
A pszichiátriai betegek gyógykezelésével kapcsolatos bírói eljárás gyakorlata és gyakorlati problémái

Matisz Ágnes*

minden korra jellemző, ahogy a másként viselkedő, a világot és önmagukat az átlagtól eltérően megélő és értelmező emberekkel bánik, a máglyától a zene- és fürdőterápián át a kemikáliáig. A kihívás, úgy tűnik, még mindig a régi: megérteni az emberi viselkedés alapjait, elfogadni, értékelni a változatosságot, és a lehető legkevesebb kárt okozva segíteni a mentális problémákban szenvedők életét.”¹

A pszichiátria az orvostudomány ágai közül talán a legmisztikusabb és legvitatottabb egység. Misztikus, hiszen a lélek betegségeit kutatja és igyekszik azt gyógyítani, történelmi koronként eltérő eljárásokat preferálva, ugyanakkor a legvitatottabb, hiszen sem maga a BNO (Betegségek Nemzetközi Osztályozása) kóddal azonosított betegségek nem egyértelműen kimutathatók, kézzel foghatóak az orvostudomány módszereivel, sem pedig a gyógymód alkalmazása és annak eredménye között nem állítható fel egyértelmű ok-okozati kapcsolat. A lelki betegségek ugyanis folyamatosan hullámzó tendenciát mutatnak az egyén genetikájától, az időjárás befolyásoló hatásától, az őt ért aznapi érzelmi-értelmi behatásoktól is függően, így az esetlegesen felállított diagnózis szerinti megbetegedés „gyógyítására” alkalmazni szánt gyógyszer, vagy terápia nem feltétlenül hoz akár két azonos beteg esetében sem hasonló eredményt.

A pszichiátria tudományának szakmai szintű kritikája abból fakad, hogy nem jelenthető ki egzakt módon az egyes betegségek testi-szervi eredete, emellett nem ismert azok egyértelmű mechanizmusa sem. Mindösszesen egy tudományos testület által kidolgozott és a pszichiáterek által elfogadott, a mindennapokban alkalmazott, pszichiátriai zavarok tünettani leírását tartalmazó BNO-könyvben nevesítetteknek megfelelően állítható fel egy-egy páciens állapotának tünetei alapján a diagnózis. Nem létezik az egyes betegségekre általánosan elfogadott definíció, de nincs a betegeknél egyértelműen kimutatható, látható, prezentálható

* Bírósági titkár, Miskolci Járásbíróság.

¹ Kéri Szabolcs: A pszichiátriai betegség fogalma és értelmezése az újabb idegtudományi kutatások tükrében: *Magyar Tudomány*, A Magyar Tudományos Akadémia folyóirata, 2009.augusztus.09.-
<http://www.matud.iif.hu/2009/09aug/02.htm> — (letöltve: 2018.09.20.)

idegrendszeri elváltozás sem, amely az orvosi beavatkozás szükségességét egyértelműen indokoltta tenné.

A pszichiátriával szemben álló másik támadási pont a gyógyszerlobby állandóan erősödő munkája. A hétköznapi lelki traumái kórossá minősítésének eredményeként elsődlegesen gyógyszeres kezelést alkalmaznak a szakemberek, amely a beteg élete végéig szedendő, a kemikáliák egyre bővülő kombinációinak állandó, vagy tartós igénybevételét ösztönzi felnőttél, gyereknél egyaránt.

- Ki lehet tehát pszichiátriai beteg?
- Hol húzható meg a 'csekélyebb viselkedési zavar' és a betegség határa?
- Ki jogosult erről dönten?

Mindenki találkozhatott már olyan emberrel az élete során, akár az utcán, buszmegállóban várakozva, netán a bevásárló központokban, akiknek a viselkedése egyértelműen, szemmel láthatóan eltért az 'általánosan elfogadott'-nak tekintett normától. Olyannal, aki kissé különc módon viselkedett, mert esetlegesen a járása nem volt célirányos, hanem kalandozó, imbolygó, a beszéde nehezen volt követhető, csapongó, hullámvázó indulatú; túl halk, vagy épp harsány, magában motyogó, netán hangosan polemizáló. Olyannal, akinek a gondolatai eltértek a konvencionálistól, felhangoltak, vagy épp melankolikusak voltak. Az sem kizárt, hogy épp ezeken a helyszíneken tapasztalhattuk meg egy másik ember valóságtól elrugaszkodó illúzióját, hallucinációját. Ők mégis dolgoznak, bevásárolnak, önellátók, társas kapcsolatokat építenek, az életünk részesei, tehát a viselkedésükben tapasztalható furcsaságok mégsem annyira súlyosak, deviánsak, hogy a pszichopatológiai tünetek alapján a zavar szintjét meghaladóan pszichiátriai beavatkozást igényelnének, ekként a BNO kód szerint besorolható beteg szintjére lépne a páciens.

Az érintett emberek egy része nem is jut el bármely orvosi vizsgálatig, hiszen az őket körülvevő közeg velük szemben maximálisan elfogadó, toleráns. Viselkedésük eltérő jellegét az egyén sajátosságának fogják fel. Vagy épp az állapotuk ellenére/miatt nincs kialakult betegség tudatuk és mivel jogilag a teljes cselekvőképesség birtokában nem kényszeríthető akarata ellenére senki orvosi rendelőbe, így nincs mód a kivizsgálásukra és a diagnosztizálásra sem.

A pszichiáter ugyanis a diagnózist ún. „klinikai interjú”²-val állítja fel, azaz a beteggel elbeszélget. Meghallgatja az egyén élettörténetét, az elbeszélésében kutatja az egyes betegségek jellegzetes tüneteit, majd a kapott képet belehelyezi az egyén neme, életkora, társadalmi elhelyezkedése, az őt ért gyermekkori, vagy felnőttkori traumák által kiváltott magatartási jelenségek egyedi összességébe és mindezek mérlegelésével beazonosítja a betegséget. Az azonban sem testi-, sem laborvizsgálattal nem mutatható ki, de még -egyértelműen nem bizonyítottan - az agy szerkezetének számítógépes analizálásával sem pontosan igazolható.

² Dr. Bácskai Krisztina, Dr. Borza Beáta, Dr. Csikós Tímea, Dr. Fogarassy Edit, Dr. Farkas Zsuzsanna, Dr. Kapronczay Stefánia, Dr. Kozicz Ágnes, Dr. Kussinszky Anikó, Dr. Lápossi Attila, Dr. Pajcsicsné Csóré Erika, Dr. Szabó-Tasi Katalin, Dr. Tóth Livia, Dr. Varga Éva: „Beteg jogaink – egészséges méltóság” Betegjogi projekt: *AJB PROJEKTFÜZETEK*, (Szerk: Dr. Borza Beáta) Alapvető Jogok Biztosának Hivatala, Budapest 2012. február 49. oldal https://www.parlament.hu/irom39/06102/pdf/ajb_betegjogi_projekt_2012.pdf– (letöltve: 2018.07.10.)

Léteznek ugyanis kísérletek pl. számítógépes mintaosztályozó programra, amely egy skizofrén és egy egészséges ember agyszerkezetét hasonlítja össze mágnerezonancia-felvételek alapján, az agy térfogatát apró részletenként egymásra helyezve. Egy másik kutatás lényege a depressziós betegeknél szomorú arcok mutatása, amely által kiváltott pszichés hatást az agy mágneses rezonanciájának rajzos leképezése, majd számítógépes összehasonlítása jelenti. Mindezen eredmények ugyan már kézzel foghatók, azonban kizárólag ezekre alapozva diagnózis mégsem állítható fel pontosan. Nem mondható ki egyértelműen, hogy valami fáj, éget, hasogat, ugyanakkor nem mutatható ki pl. sejtburjánzás, vagy testi elváltozás sem, amely egy konkrét betegség állandó tünete lehet.

Felmerül tehát a kérdés: Ki lehet pszichiátriai beteg? Ki szorul ténylegesen orvosi segítségre? A legegyszerűbb eset a betegségtudattal rendelkező személy, aki a tüneteket megélve *önként* vonul pszichiátriai intézetbe vizsgálat, majd gyógykezelés céljából. Ezt a módot szabályozza az 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről (továbbiakban: Eütv.) 197.§-a.

„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. Azok a pszichiátriai betegek, akik önkéntes nyilatkozatot tesznek, saját kérésükre intézeti gyógykezelésbe vehetők.”³

A cselekvőképes beteg a pszichiátriai intézetbe történő önkéntes jellegű felvételét megelőzően írásbeli nyilatkozatot köteles tenni, amely nyomtatvány aláírásával beleegyezését adja a pszichiátriai gyógykezelésébe. A nyilatkozatot az orvos is aláírja, ezzel tanúsítva, hogy a beteg a nyilatkozattételkor nem volt cselekvőképtelen állapotban, illetve tudomása szerint nem állt gondnokság hatálya alatt. Ezzel a nyilatkozattal érvényesülhet az önrendelkezési jog, mint alapvető emberi jog, melyet a beteg szabad akaratából, befolyásmentesen tesz.

Aki viszont életkora, cselekvőképtelen állapota miatt, avagy mert gondnokság alatt áll, önként jogszerűen nyilatkozatot nem tehet, de sem veszélyeztető, sem pedig közvetlen veszélyeztető magatartást nem tanúsít, az egészségügyi intézetbe csak akkor fogadható be és kezelésben csak akkor részesülhet, ha helyette a beleegyező nyilatkozat megtételére jogosult törvényes képviselő, meghatalmazott, vagy hozzátartozó az írásbeli hozzájárulást megadta.

Előfordulhat mindezekon túl olyan eset is, amikor a nem cselekvőképes betegnél ugyan sem a sürgősségi, sem pedig a kötelező gyógykezelés jogszabályi feltételei nem állnak fenn, a beteg a gyógykezelését szükségesnek ítéli meg, a kezelőorvos is megállapítja valamely betegség tüneteinek fennállását, azonban jogszerű beleegyező nyilatkozat nem szerezhető be a törvényes képviselőtől, meghatalmazottól, gondnoktól, annak akadályoztatása, távolléte, avagy kifejezett

³ http://www.debrecenijogimuhely.hu/archivum/1_2_2016/a_pszichiatriai_betegek_gyogykezelese_elrendelesenek_es_birosagi_felulvizsgalatanak_elmeleti_es_gyakorlati_kerdesei/

Kerekes Szilvia: A pszichiátriai betegek gyógykezelése elrendelésének és bírósági felülvizsgálatának elméleti és gyakorlatikérdései: *Debreceni Jogi Műhely*, (2016. évi (XIII. évfolyam) 1-2 szám, 2016. július 31.)– (letöltve: 2019.0521.)

tiltakozása miatt. Ilyenkor ugyan a beteg önállóan - cselekvőképességgel nem rendelkezésként - jogszerűen beleegyező nyilatkozatot nem tehet, azonban az Eütv.197.§ (3) bekezdése lehetőséget biztosít a számára ideiglenes jelleggel kérni az ideiglenes intézeti felvételét. A döntés véglegessége a törvényes képviselő utólagos jóváhagyásától függ, avagy ennek hiányában, - ha az orvos is szükségesnek ítéli meg a beteg kezelését -, a bíróság elrendelő határozatától. Elrendelés esetén a pszichiátriai intézetnek értesítenie kell a gyámhatóságot a beteg ideiglenes intézeti felvételéről, annak okáról, szükségességéről.

A jogbiztonság alapvetése csak akkor érvényesülhet egy jogállamban, amennyiben az olyan alapvető emberi jogok, mint az önrendelkezéshez-, szabad mozgáshoz-, élethez-, emberi méltósághoz, szociális biztonsághoz való jog az *önkéntes* pszichiátriai kezelés „igénylése” előtt maximálisan biztosított. Ezen jog érvényesülését garantálja az írásbeli nyilatkozat.

Megjegyzendő, hogy intézeti gyógykezelésbe vételre az Eütv.196.§-a három esetet nevesít, ekként elsődlegesen a már említett *önkéntes*, a fél, vagy a törvényes képviselője kérelmére igénybe vett egészségügyi ellátást, másodlagosan a *sürgősségi* gyógykezelést, melyet közvetlen veszélyeztető magatartás orvosi észlelésekor az orvos kezdeményezi a beteg beleegyezésétől függetlenül és harmadlagosan a *kötelező* gyógykezelést, melyet a bíróság rendel el határozattal.

Ellentmondásosnak tűnhet az *önkéntes* gyógykezelés elrendelése esetében, hogy amennyiben a beteg cselekvőképes és kifejezetten kéri az intézeti kezelését, ennek ellenére a törvény mégis előírja a bíróság közreműködését.

A bíróság ekkor két dolgot köteles vizsgálni:

1. a gyógykezelés indokoltságát, és
2. a beteg beleegyezésének érvényességét, nevezetesen, hogy nem állt befolyásolás hatása alatt, nem kényszerítették, nem fenyegették meg a kérelme megtételekor, pontosan tudta és értette, hogy az adott nyomtatvány aláírásával kifejezett kérelemmel fordul a pszichiátriai intézethez szakorvosi kivizsgálása és gyógykezelése lefolytatásáért.

Az eljárás ez esetben teljesen formális, s ha a beteg állapota nem romlik, nem éri el a sürgősségi, avagy kötelező gyógykezeléshez szükséges szintet, kérelmére, a bíróság elrendelő határozata ellenére is 24 órán belül otthonába kell őt bocsátani.

Ha azonban a beteg nem cselekvőképes és a törvényes képviselője vagy meghatalmazottja, ezek hiányában a hozzátartozója, kifejezetten kéri az intézeti kezelését, valamint az ideiglenes felvételkor, a bíróság már hivatalból jár el.

Az osztályt képviselő orvos a cselekvőképes beteg kérelméről, az ideiglenes felvételről, vagy a nem cselekvőképes képviselőjének nyilatkozatáról „haladéktalanul” köteles értesíteni a bíróságot eljárás lefolytatása céljából az Eütv.197.§ (6) bekezdése alapján.

Itt időzzünk el egy kicsit! Jelentős jogszabályi hiányosság ugyanis, hogy a „haladéktalan” szó, mint fogalom az egészségügyről szólótörvényben nem került értelmezésre, így amennyiben a kórház képviselője, esetleg osztályvezető orvosa belső utasításában, netán a kialakított intézeti szokásjogban nem írja elő, hogy az *önkéntes* beteg kórházba lépésétől mennyi időn belül kell a bíróságot a felvétel jogszerű megtörténének kontrollálásához és elrendelő határozat meghozatalához

értesíteni, jelentősen sérülhet a jogbiztonság, a tisztességes eljáráshoz-, az élethez és emberi méltósághoz-, valamint az egészségügyi önrendelkezéshez való jog. Amíg ugyanis a bíróság határozatot nem hoz, a kérelmező betegségének tünetei célzottan nem orvosolhatók, legfeljebb az állapotromlásának megakadályozásához, fájdalma csökkentéséhez nyújtható számára orvosi segítség.

A bíróságnak ugyanis azt kell a személyes megjelenésekor az eljárásban megvizsgálnia, hogy az önkéntes gyógykezelés feltételei adott időpontban, tehát a meghallgatás pillanatában fennállnak-e. A beteg felvételtől állapota ugyanis a bírósági meghallgatás idején már pontosan nem rekonstruálható, így amennyiben a felvétele és a bírósági eljárás lefolytatása közötti időben olyan kezelésben, gyógyszeres ellátásban részesül, amely a tünetei átmeneti megszűnéséhez, jelentős tompulásához vezetnek, azaz az állapota olyan jelentősen javul, amely tünetek az önkéntes gyógykezelés elrendeléséhez szakmailag már nem elegendők, a bíróság a meghallgatásakor tapasztaltak szerint kell döntsön. Ez azonban jelentős kockázattal járhat, ugyanis egy pl. skizofrén, vagy mániás depressziós beteg állapotának átmeneti javulása a tünetek elfedésével a tartós állapot-stabilizálódás lehetőségétől foszthatja meg a beteget, újabb intézeti visszakерülésének a lehetőségét is magában hordozva. A döntéshozatalban segítségére van ugyan a kirendelt igazságügyi orvosszakértő által készített szakvélemény, azonban a bíró, avagy a bírósági titkár személyes tapasztalata, a szemlén lefolytatott beszélgetés közvetlen befolyásoló hatása soha nem mellőzhető.

A bírósági eljárás menete a valóságban a következő. Az intézet „lejelenti” haladéktalanul, azaz - a személyes érintettségem szerinti intézet esetében – az *önkéntes* beteg felvételének napján, vagy ha ez már a napi jelentést követően történik, úgy a következő munkanapon az új betegek nevét, személyi adatait telefaxon, az ügyintézési határidő lerövidítése érdekében a bíróság felé. Itt kell kitérni arra, hogy ezzel szemben a *sürgősségi* gyógykezelés esetén a határidő szigorú betartása az intézet kötelezettségei körében még szükségesebb, és még nagyobb jelentőséggel bír, melyet azonban az Eütv. már pontosan és részletesen szabályoz. Az intézet vezetője ugyanis a beteg felvételétől számított 24 órán belül köteles kezdeményezni a beszállítás indokoltságának megállapítását az Eütv.199.§ (2) bekezdése alapján a bíróság előtt. Az értesítés beérkezésétől számított 72 órán belül a bíróság köteles az indítvány tárgyában határozatot hozni. A határidők pontos betartása a beteg érdekvédelmét szolgálja. Az intézet számára előírt 24 órás határidő kikötése nagyon fontos garanciális szabály ahhoz, hogy bírósági döntés nélkül a lehető legrövidebb ideig legyen bárki a személyes szabadáságában korlátozva.

A problémát a valóságban az jelentette, ha a beteget pénteken, vagy épp többnapos ünnepnapon, munkaszüneti napon szállították be az intézetbe. Ilyenkor sok megyében gondot okozott, hogy nem volt a bíróságokon „ügyeleti rendszer”, így a beteg felvételének pontos, törvény szerinti bejelentésére csak a következő munkanapon kerülhetett sor, jelentősen elhúzva ezzel a beteg benntartása jogszerűségének törvényességi felülvizsgálati lehetőségét.

„A törvényben tételesen előírt értesítési határidő meg nem tartása miatt az egészségügyi intézmények mulasztásukkal a panaszosok személyes szabadsághoz való jogával összefüggő visszásságot okoztak.”⁴

Székely László Alapvető Jogok Biztosa a sürgősségi pszichiátriai ellátottak jogainak vizsgálata tárgyában a megállapításairól jelentést készített, melyben – egyebek mellett – „aggályosnak nevezte azt a gyakorlatot, amely szerint a kórházakban a sürgősségi beszállításokkal, a kötelező gyógykezelések elrendelésével és fenntartásával összefüggő bírói szemléket mindig hetente két, előre rögzített időpontban tartják”.⁵

Az Eütv.197.§ (7) bekezdése az *önkéntes*, valamint a 199.§ (3) bekezdése a *sürgősségi* gyógykezelés szabályozásánál csak annyit ír elő, hogy a bíróság az intézet értesítésének kézhezvételétől számított 72 órán belül köteles a gyógykezelés szükségességéről határozatot hozni, amely hetente két, előre rögzített napra tűzött bírósági eljárás esetében kétségtelenül túl hosszú ideig vonja el a beteget – részint - az önkéntes gyógykezelés elrendelésére várva a tüneti kezelést meghaladó, beható orvosi beavatkozás lehetőségétől, míg a sürgősségi gyógykezelés esetén az intézeti felvételétől a bírósági döntés meghozataláig, a benntartása jogi megalapozottságának megállapításától és a gyógykezeléstől.

„Az ombudsman utalt arra, hogy gyakran jöveteletlenek a kiszolgáltattott helyzetben lévőekkel szemben alkalmazott jogszerűtlen, aránytalan intézkedések következményei, az érintett számára nem lehet meg nem történtté tenni a jogfosztott állapotban töltött időszakot, vagyis a megelőzés kulcsfontosságú.”⁶

Ez a jogsértés még lehetőségként sem merült fel a Miskolci Törvényszék járásbíróságainak illetékességi területén, hiszen a bírák, vagy bírósági titkárok hetente három napon tartottak és tartanak változatlanul helyszíni meghallgatást, a munkaszüneti és az ünnepnapokat is beleértve. Így az ombudsman által megfogalmazott jogi aggály – a szabályozás pontatlan és hiányos volta ellenére – a gyakorlatban ezen bíróságok illetékességi területén fogalmilag fel sem merülhetett.

A bíróság a „lista” birtokában a személyes meghallgatások, azaz szemlék időpontját kitűzi, amelyre igazságügyi független szakértőt rendel ki, szakértői vélemény készítése céljából. Az értesítés bíróságra történő benyújtásától számított 72 órán belül a bíróságnak a szemlélet le kell folytatnia és érdemi határozatot kell hoznia. Az eljárás lefolytatásának helye: a kórház Pszichiátriai Osztályának valamelyik helyisége. Leggyakrabban erre a célra egy vizsgáló, avagy egy orvosi szoba szolgál.

⁴ Dr. Bácskai Krisztina, Dr. Borza Beáta, Dr. Csikós Tímea, Dr. Fogarassy Edit, Dr. Farkas Zsuzsanna, Dr. Kapronczay Stefánia, Dr. Kozicz Ágnes, Dr. Kussinszky Anikó, Dr. Lápossi Attila, Dr. Pajcsicsné Csóré Erika, Dr. Szabó-Tasi Katalin, Dr. Tóth Livia, Dr. Varga Éva: „Beteg jogaink – egészséges méltóság” Betegjogi projekt: *AJB PROJEKTFÜZETEK*, (Szerk: Dr. Borza Beáta) Alapvető Jogok Biztosának Hivatala, Budapest 2012. február 49. oldal https://www.parlament.hu/irom39/06102/pdf/ajb_betegjogi_projekt_2012.pdf – (letöltve: 2018.10.01.)

⁵ <https://jogaszvilag.hu/napi/az-ombudsman-aggodik-a-surgossegi-pszichiatrian-ellatottak-jogaiert/> – Jogászvilág :Az ombudsman aggódik a sürgősségi pszichiátrián ellátottak jogaiért,2018.02.19. – (letöltve: 2018.07.10.)

⁶ <https://jogaszvilag.hu/napi/a-surgossegi-pszichiatrai-gyogykezeles-problemai/> - Jogászvilág: A sürgősségi pszichiátriai gyógykezelés problémái, 2017.02.14. – (letöltve: 2018.07.10.)

Az önkéntes betegek esetén ritkábban, míg a sürgősségi, vagy a kötelező gyógykezelés elrendelése, avagy bírósági felülvizsgálata céljából lefolytatandó eljárásokban azonban gyakran a beteg állapota nem teszi lehetővé a kórház folyosóján a beteg szabad mozgását, így ők a kórteremben kerülnek meghallgatásra. Ennek általában az az oka, hogy a beteg ön-, vagy közveszélyes állapota miatt a kezelőorvos a beteget már olyan mértékben kénytelen nyugtatni, amely a mozgóképességét, vagy épp a beszédképességét, beszédértését akadályozza, holott a felvételétől a meghallgatás időpontjáig az Eütv.197.§ (4) bekezdése egyértelműen kimondja, hogy *elsősorban a beteg állapotromlásának megakadályozására kell törekedni*. Ha a betegnél tapasztalható késztetések, indulatosság, erőszakos magatartás tanúsítása a szabad mozgásának fizikai, vagy mechanikai eszközökkel, berendezésekkel való korlátozását teszi szükségessé, a bírósági eljárást szintén a beteg ágya mellett, a kórteremben kell lefolytatni.

Az sem kizárt, hogy a beteg legyengült fizikuma nem teszi lehetővé a vizsgálóban történő személyes megjelenését még ápolói kíséret mellett sem; mert pl. a demencia, időskori szellemi leépülés, Alzheimer-kór, vagy más, a járásképeséget negatívan befolyásoló megbetegedések miatt válik ágyhoz kötötté. Sokszor tapasztaltam személyesen is, hogy az idültalkoholizmus vagy a drog, mint szenvedélybetegség súlyos fokában szenvedők sem képesek az ágyukat elhagyni. Ilyenkor a meghallgatás lefolytatására szintén a beteg ágyához, a kórterembe kell menni.

Az eljárás menete mind a vizsgálóban, mind pedig a beteg ágyánál azonos. Röviden összefoglalva: „A 21/2010 (II. 25.) AB határozat mindhárom eljárás együttes vizsgálatakor – többek között – rámutatott arra, hogy a bíróság döntése az eljárás központi eleme, amely során a bíróság gyors eljárásra kötelezett: a soron kívüli – az előírt eljárási - határidők mellett a beteget (vagy a beteg megfelelő képviselőjében eljáró személyt), az intézet vezetőjét vagy az általa kijelölt orvost meg kell hallgatnia, be kell szereznie a független elmeorvos szakértő véleményét és mindezek alapján – mérlegelve a tényeket és a körülményeket – kell döntenie a gyógykezelés adott formájának indokoltságáról. A bírósági eljárás tehát a személyes szabadság korlátozása eljárási garanciájának tekinthető.”⁷

A bíróság, a kórház képviselője és – szükség esetén – a beteg törvényes képviselője, meghatalmazottja, hozzátartozója, ezek hiányában a bíróság által kirendelt ügygondnok jelenlétében a szakértői vélemény birtokában személyesen meghallgatásra kerül a beteg.

Itt kell megjegyezni, hogy a kórteremben lefolytatott szemlék során nem zárható ki az azonos szobában elhelyezett – sok esetben szintén ágyhoz kötött – többi beteg személyes jelenléte, amely a meghallgatások nyilvános volta ellenére az eljárással érintett beteg személyiségi jogainak jelentős csorbulását eredményezi. Azonban sem a kórház, sem a kórházi alkalmazottak nem képesek technikailag e tekintetben a jogi követelményeknek megfelelni. Fizikálisan nem megoldható a beteg elkülönítése, más szobába való átszállítása a meghallgatás idejére, hiszen a

⁷ file:///D:/2018_1_kovesne-tanulm%C3%A1ny%20cikk.pdf - Dr. Kövesné dr. Kósa Zsuzsanna: A sürgősségi intézeti pszichiátriai gyógykezelés elrendelésének gyakorlata, I. Szabályozási háttér: *Forum Sententiarum Curiae*(2018/1.)- 6. oldal –(letöltve:2019. 05.21.)

kórtermek túlszűfoltak, a fekvőbeteg mozgatása pedig szabad ápolói kapacitást igényelne. Ez a probléma – sajnos – jogszabály módosítással nem megoldható.

A meghallgatás célja az *önkéntes* eljárásnál – amint az már fentebb kifejtésre került – csak formális: az vizsgálendő, hogy valóban önként és jogszerűen tette-e a beleegyező írásbeli nyilatkozatát a formanyomtatványon a beteg, melyben kérte a gyógykezelését, valamint az, hogy a gyógykezelés ténylegesen indokolt-e.

A beteg – amennyiben kommunikálni képes –, nyilatkozatot tesz, majd a bíróság a kórház képviselőjét hallgatja meg a gyógykezelés indokoltsága vonatkozásában. Végül a szakértői vélemény birtokában haladéktalanul határozatot hoz és azt szóban kihirdeti.

A bíróság határozatának írásba foglalására a törvény – a sürgősségi kezeléssel szemben – az önkéntes gyógykezelésnél külön határidőt nem rendel, azonban ez nem is lényeges, hiszen a jogorvoslati jog a határozat közlésétől nyílik meg, amely a jelen lévő beteg, továbbá az intézmény esetében a szemle időpontjától kezdődik és 8 nap tartamú az Eütv.201.§ (8) bekezdése szerint. Másrészt az önkéntes beteg bármikor kérheti az otthonába bocsátását, ha kizáró ok nem áll fenn.

Ha a bíróság az eljárás eredményeként azt állapítja meg, hogy a beteg fekvőbeteg-ellátó intézetben ellátásra nem szorul, a kezelése akár ambulánsan is eredményesen megtörténhet, akkor elrendeli a beteg elbocsátását, melyre ténylegesen 24 órán belül sor kell kerülnön.

Ha a bíróság azt állapítja meg, hogy a nyilatkozattétel az *önkéntes* gyógykezelés elrendeléséhez nem jogszerűen történt meg, mert pl. a beteg nem volt cselekvőképes és nem került beszerzésre a képviselő hozzájáruló nyilatkozata, azt kell megvizsgálni, hogy az állapota veszélyeztető, avagy közvetlen veszélyeztető-e és a *kötelező*, avagy a *sürgősségi* gyógykezelés elrendelésének a jogszabályi lehetősége fennállhat-e. Ha igen, úgy a bíróság hivatalból elrendelő határozatot hoz. Ha viszont egyik sem, úgy a beteget az intézetből el kell bocsátani.

Tekintve, hogy az *önkéntes* gyógykezelésbe vétel bírói eljáráshoz kötött – annak önkéntessége ellenére is –, ezért az Eütv.198.§ (1) és (2) bekezdése a gyógykezelés szükségességének időszakos felülvizsgálatát is pontosan szabályozza. Nevezetesen, az intézmény jellegétől függően fekvőbeteg-gyógyintézetben 30, míg a pszichiátriai betegek rehabilitációs intézetében 60 naponként kell erre sort kerítsen a bíróság. A pszichiátriai intézet igénybevételének *önkéntes* típusa mellett a *sürgősségi* és a *kötelező* gyógykezelési módok ismereteseek.

A pszichiátriai beteg sürgősségi, vagy kötelező gyógykezelésének elrendeléséhez a bíróság az Eütv.199.§ (1) és 200.§ (1) bekezdéseibe foglalt definíciókat alkalmazva jár el, figyelembe véve az egyes jogintézményekhez rendelt, az Eütv.188.§ b) és c) pontjaiba foglalt értelmező rendelkezéseket. Az egyes konjunktív feltételek együttes fennállása teszi lehetővé a bíróság számára a sürgősségi, vagy a kötelező gyógykezelés elhatárolását, majd az elrendelését.

Sürgősségi gyógykezelés az Eütv.199. § (1) bekezdése értelmében akkor indokolt, ha a pszichiátriai beteg *közvetlen veszélyeztető magatartást* tanúsít, és *ez csak azonnali pszichiátriai intézeti gyógykezelésbe vétellel hárítható el*. Ilyenkor a tüneteket észlelő orvos közvetlenül intézkedik a beteg megfelelő pszichiátriai

intézetbe szállításáról. A beteg beszállításánál szükség esetén a rendőrség is közreműködik.

Ehhez képest az Eütv.200.§ (1) bekezdése csak árnyalatnyi különbséget tartalmaz a *kötelező* gyógykezelés elhatárolásánál, azonban az épp elég a jogkövetkezmények eltéréséhez, nevezetesen a gyógykezelés fajtájának, módjának bíróság általi elrendeléséhez mind anyagi, mind pedig eljárási jogi szempontból.

A hivatkozott Eütv.200. § (1) bekezdése ugyanis kimondja, hogy a bíróság annak a pszichiátriai betegnek a *kötelező* intézeti gyógykezelését rendeli el, aki *veszélyeztető magatartást tanúsít, de a sürgősségi gyógykezelése nem indokolt*. Az Eütv. fogalomrendszere megkülönbözteti a *veszélyeztető állapot*, a *veszélyeztető magatartás* és a *közvetlen veszélyeztető magatartás* fogalmát.

Mit is jelentenek ezek a törvényben elkülönített fogalmak? Az Eütv.3.§ j) pontja szerint *veszélyeztető állapot*: az az állapot, amelyben az azonnali intézkedés hiánya a beteg vagy más személy életét, testi épségét vagy egészségét közvetlenül fenyegető helyzetet eredményezne, illetőleg a környezetére közvetlen veszélyt jelentene.

A törvény 188.§ b) pontja értelmében *veszélyeztető magatartás*: a beteg – mentális zavara következtében – saját vagy mások életére, testi épségére, egészségére jelentős veszélyt jelenthet, és a kezelés hiánya állapotának további romlását eredményezné, amely a 196. § c) pontja szerinti gyógykezeléssel hárítható el, de a megbetegedés jellegére tekintettel a sürgős intézeti gyógykezelésbe vétel nem indokolt, míg

c.) *közvetlen veszélyeztető magatartás*: ha a beteg – akut mentális zavara következtében – saját vagy mások életére, testi épségére, egészségére közvetlen és súlyos veszélyt jelent, és az azonnali kezelés hiánya állapotának további romlását eredményezné, amely a 196. § b) pontja szerinti azonnali intézeti gyógykezeléssel hárítható el.

Már maga a törvény is külön fejezetben, a fogalommeghatározások között helyei el a *veszélyeztető állapot* fogalmát, míg a *veszélyeztető magatartást* és a *közvetlen veszélyeztető magatartást* a X. fejezetben nevesíti, azaz a „Pszichiátriai betegek gyógykezelése és gondozása” alcím értelmező rendelkezései körében.

A fogalmak tematikus elkülönítése egyértelműen arra utal, hogy a *veszélyeztető állapot* csupán egy általános, a törvény egészére alkalmazható fogalom, pl. a sürgősségi mentés, vagy a betegjogi fejezetben is nevesítve. Egy olyan általános állapotot jelent, amely közvetlen veszélyt *jelentene* azonnali intézkedés hiányában. Az intézkedés is olyan általános beavatkozást takarhat, olyan azonnali eljárást, amely a beteg, vagy más személy életét, testi épségét vagy egészségét közvetlenül fenyegető helyzet elhárításához vezethet.

Ezzel szemben a *veszélyeztető és a közvetlen veszélyeztető magatartás* fogalma már csak és kizárólag a pszichiátriai betegek jogaira vonatkozó fejezetben használatos. A *veszélyeztető magatartás* olyan magatartást, azaz valamilyen tevést, vagy épp nem tevést jelent, amely a beteg, vagy más személy életére, testi épségére, egészségére *feltételezhetően jelentős veszélyt jelenthet, de a sürgősségi intézeti felvétele még nem indokolt*. A *közvetlen veszélyeztető magatartás* azonban már olyan magatartást, azaz valamilyen tevést, vagy épp nem tevést jelent, amely

a beteg, vagy más életére, testi épségére, egészségére *bizonyosan, nagy valószínűséggel közvetlen és súlyos veszélyt jelent*. Ez utóbbi esetben tehát nem elegendő a feltételezés, valamint az eshetőségesség, hanem bizonyosság kell annak a kimondására, hogy a beteg állapota az intézeti beszállításakor kifejezetten a magatartásából következően olyan súlyos, hogy az magára és /vagy másokra közvetlen és súlyos veszélyt jelent. Valamennyi konjunktív feltétel egyidejű fennállása teszi indokolttá ennek a nagyon súlyos szabadságmegvonással járó jogfosztott állapotnak a törvényes elrendelhetőségét.

A bíróság több döntésében egyértelműen megfogalmazta, hogy „A pszichés állapot akut zavara következtében az ún. sürgősségi gyógykezelés elrendelésére, mint a személyi szabadságot és önrendelkezési jogot jelentősen korlátozó intézkedésre csak a garanciális szabályok betartásával lefolytatott eljárásban, a közvetlen veszélyeztető magatartás bizonyítottsága esetén kerülhet sor”.⁸

A *sürgősségi* gyógykezelés tehát csak akkor rendelhető el, ha a betegnél a közvetlen veszélyeztető magatartás jogszabályi feltételei megállapíthatók és az azonnali pszichiátriai intézeti kezelése szükséges. E két feltétel fennállását csak orvos állapíthatja meg a személyes észlelése, vizsgálata eredményeként, melyre akár pszichiáter, általános-, vagy háziorvos egyaránt jogosult.

A probléma abban áll, hogy sok esetben a beutaló orvos nem rögzíti a beutaló okiraton a beteg állapotának a leírását, vagy annak BNO kódját, így az intézetben nem tudható pontosan, hogy az általa észlelt állapot közvetlen veszélyeztető jellege mit is jelent és milyen mértékű.

„Ismételten fel kell hívni a figyelmet arra, hogy a közvetlen veszélyeztető magatartás nemcsak arra vonatkozik, ha a beteg saját vagy mások életét, testi épségét veszélyezteti, hanem arra is, ha az észlelt állapota egészségére jelent súlyos közvetlen veszélyt. Fontos, hogy a sürgősséget megállapító és beutaló orvos ne csak jelezze a közvetlen veszélyeztető állapot fennállását, hanem írja is le, hogy ez miben állt.”⁹

Ha az orvos észleli a beteg állapotán azokat a tüneteket, amelyek indokolttá tehetik a pszichiátriai intézeti gyógykezelését, akkor a beteg akarata és beleegyezése hiányában is őt – akár rendőrségi közreműködés igénybevételével, erőszakkal – a pszichiátriai intézetbe szállíthatja, majd speciálisan ezt követi a bírósági eljárás lefolytatása.

Ezzel szemben a *kötelező* gyógykezelés elrendelésére fordított sorrendben kerül sor a törvény szerint: először le kell folytatni a bírósági eljárást és ha a bíróság elrendelő határozatot hoz, mert a jogszabályi feltételek azt igazolják, úgy a beteget második lépésben fel kell venni a pszichiátriai intézetbe, feltéve, hogy a beteg valóban veszélyeztető magatartást tanúsít, de a sürgősségi gyógykezelés feltételei

⁸ <https://uj.jogtar.hu/#doc/db/1/id/A12H0001.EHP/ts/10000101/-> (EBH2012. P.1.)

⁹ Dr. Bácskai Krisztina, Dr. Borza Beáta, Dr. Csikós Tímea, Dr. Fogarassy Edit, Dr. Farkas Zsuzsanna, Dr. Kapronczay Stefánia, Dr. Kozicz Ágnes, Dr. Kussinszky Anikó, Dr. Lápossi Attila, Dr. Pajcsicsné Csóré Erika, Dr. Szabó-Tasi Katalin, Dr. Tóth Lívია, Dr. Varga Éva: „Beteg jogaink – egészséges méltóság” Betegjogi projekt: *AJB PROJEKTFÜZETEK*, (Szerk: Dr. Borza Beáta) Alapvető Jogok Biztosának Hivatala, Budapest 2012. február 47. oldal https://www.parlament.hu/irom39/06102/pdf/ajb_betegjogi_projekt_2012.pdf– (letöltve: 2018.07.10.)

nem állnak fenn. A tünetek észlelésekor a szakorvosnak elsősorban arra kell törekednie, hogy a beteget meggyőzze az önkéntes gyógykezelés szükségességéről és azt a beteg maga kérje. Ennek hiányában viszont – pl. ha a beteg kritikus állapotban van, képtelen önmagát ellátni, magatehetetlen, vagy ha kezelésre szorulna ugyan, amely elmaradása esetében az egészsége súlyosan károsodna, de ezt be nem látja, - kötelező a gyógykezelés.

Speciális a kötelező gyógykezelés esetén, hogy csak pszichiátriai gondozó intézet szakorvosa, tehát nem általános orvos, háziorvos, valamint nem a kényszergyógykezelést végző szerv főorvosa, vagy a büntetőeljárást követően az ügyész kezdeményezheti az elrendelést.

„A pszichiátriai intézetbe szállított személyek személyes szabadságához és ezzel összefüggésben – az emberi méltósághoz való alapvető emberi jogát sérti, ha a sürgősségi beszállítást a beutaló orvos kizárólag közvetlen veszélyeztető magatartás észlelése esetében (valamennyi feltétel fennállásakor) rendeli el, valamint ezt a tényt nyomon követhető módon nem szerepelteti az orvosi dokumentációban.”¹⁰

Alapvető jogi garancia mind a beutaló orvos, a pszichiátriai intézet, mind pedig a bíróság számára a beteg szabad mozgáshoz-, önrendelkezéshez való jogának csorbítása során az, hogy az észlelt tüneteket, melyek a gyógykezelés szükségességét megalapozzák orvosi szemszögből, egyértelműen, pontosan és részletesen dokumentálja a beutaló orvos.

Gondoljunk csak bele! A bíróság eljárására, a személyes és közvetlen tapasztalatszerzésen és észlelésen alapuló határozathozatalra az intézeti felvételt követő 72 órán belül kerül sor. Ez idő alatt már részeseül a beteg tünetkezelő orvosi ellátásban - az Eütv.199.§ (4) bekezdésében foglaltak szerint -, bekerül egy zárt intézetbe, amely közegváltozás már önmagában is tünetmódosító jelleggel bírhat, hiszen a megszokott lakóhelyről történő kiszakadás akár egy-két nap alatt is jelentős változást hozhat a betegnél. S amennyiben a pontos tünetleírás elmarad, egy esetleges elrendelő határozat meghozatalát követően – még ha azt a független igazságügyi szakértő szakvéleménye alá is támasztja – a jogorvoslatot lefolytató másodfokú bíróság számára az iratokból már nem lesz egyértelműen és pontosan a beteg állapota rekonstruálható. A bíróság döntését nagyban segítené mind első-, mind pedig másodfokon a körülményeket részletező orvosi beutalót meghaladóan pl. a mentők részletes beszállítási jegyzőkönyve, a beteg felvételét végző szakorvos, kezelőorvos laikus számára is jól érthetően megfogalmazott álláspontjának részletes kifejtése, annak rögzítése, hogy felvételkor a beteg milyen konkrét viselkedése utalt a közvetlen veszélyeztető magatartásra.

¹⁰ Dr. Bácskai Krisztina, Dr. Borza Beáta, Dr. Csikós Tímea, Dr. Fogarassy Edit, Dr. Farkas Zsuzsanna, Dr. Kapronczay Stefánia, Dr. Kozicz Ágnes, Dr. Kussinszky Anikó, Dr. Láposi Attila, Dr. Pajcsicsné Csóré Erika, Dr. Szabó-Tasi Katalin, Dr. Tóth Lívia, Dr. Varga Éva: „Beteg jogaink – egészség méltóság” Betegjogi projekt: *AJB PROJEKTFÜZETEK*, (Szerk: Dr. Borza Beáta) Alapvető Jogok Biztosának Hivatala, Budapest 2012. február 48. oldal https://www.parlament.hu/irom39/06102/pdf/ajb_betegjogi_projekt_2012.pdf– (letöltve: 2018.07.10.)

Előfordul olyan eset, hogy az intézeti felvételt követően a bíróság mégsem hoz a 72 órán belül lefolytatásra kerülő eljárásban elrendelő határozatot, mert a beteg gyógykezelése nem indokolt a fekvőbeteg-ellátó intézetben. Közben azonban az intézet kezelőorvosa a beteget részben tünetkezelő ellátásban részesítheti, részben pedig – jogi szempontból a legfontosabb – az érintettet az önrendelkezéséről, személyi szabadságtól –a legsúlyosabb kényszerintézkedést alkalmazva – megfosztja. Ezt sérelmezve több ízben fordultak a betegek a bírósághoz a személyi szabadság korlátozásának jogellenessége megállapítása és kártérítésre kötelezés iránt.

A bírói gyakorlat azonban egységesen kimondta, hogy nem sért jogszabályt a pszichiátriai intézet, ha a bíróság által történő személyes meghallgatásig, a törvényi határidők korlátai között a közvetlen veszélyeztető magatartást tanúsító beteg intézeti felvételéről és bent tartásáról intézkedik, de a bíróság a sürgősségi gyógykezelést – a beteg aktuális pszichés állapota alapján – nem rendeli el.¹¹ A törvényi határidők szigorú betartásának azonban nagyon nagy jelentősége van, különösen az esetben, ha a beteget utóbb az intézeti felvétele után, a gyógykezelése elrendelése híján el kell bocsátani, de akkor is, ha a beteg felvételétől a bírósági döntés meghozataláig 72 óránál hosszabb idő telik el s ez idő alatt a beteg célirányos kezelésben –a törvényi előírás okán –nem részesülhet. Mindkét lehetőség maga után vonja a kártérítési igény megalapozottságát. Indokolatlanul ugyanis senki nem fosztható meg a személyi szabadságától.

Éppen ez teszi nélkülözhetlenné a bíróság eljárása során valamennyi jogszabályi feltétel alapos és részletes fennállásának megvizsgálását, hogy elkerülhető legyen a beteg indokolatlan pszichiátriai intézetbe utalása, megteremtve egy kártérítési igény lehetőségét.

A bíróság megállapította „annak a háziornosnak a felelősségét, aki személyes percepció nélkül intézkedett a beteg pszichiátriai osztályra történő beszállítása iránt, miután a beteg szomszédjai, akikkel a beteg nagyon rossz viszonyban volt, kihívták a mentőket. A pszichiátriai osztályon elvégzett vizsgálatok által megállapítást nyert, hogy a beteg elmeállapotában nincs kóros elváltozás, kezelésre nem szorul, így elbocsátották az osztályról. A bíróság arra hivatkozva állapította meg az intézkedő orvos kártérítési felelősségét, hogy elmulasztotta a személyes észlelés kötelezettségét, valamint figyelmen kívül hagyta a legnagyobb gondosság követelményét.”¹²

Egy civil szervezet 2017-ben jogi aggályát fejezte ki Székely László Alapvető Jogok Biztosa felé amiatt, hogy a betegeknek a sürgősségi pszichiátriai kezelés elrendelése esetében a kórházba szállításától számított legkésőbb a 27. napon kell kézhez kapniuk a velük szemben meghozott intézkedés jogszerűségét alátámasztó határozatot, akkor, amikor a betegek már legtöbbször nem is állnak az intézeti kezelés alatt. Ily módon súlytalanná válik számukra az elrendelő határozattal szembeni jogorvoslati jog utólagos érvényesítése.

Az ombudsman a felvetett problémák kivizsgálását követően kibocsátott AJB-305/2017. számú jelentésében –több jogi visszasság megfogalmazása mellett –

¹¹BH2011.226.

¹²BH 21.418.2015.

megállapította, hogy a jogorvoslati jog jogszerű érvényesíthetőségéhez nélkülözhetetlen a pontos és leszűkített eljárási határidők egészségügyi törvényben való egységes szabályozása.

Vizsgálatának és tényfeltárásának eredményeként végül beiktatásra került a 2017. évi CXXX. törvény 39.§ (4) bekezdésében foglalt rendelkezéssel 2018. január hó 01. napjától hatályosan az Eütv.199.§ (3) bekezdésének második fordulata, amely szerint a bíróság *az értesítéstől számított 72 órán belül köteles* a sürgősségi gyógykezelés szükségességéről határozatot hozni, amelyet szóban köteles kihirdetni és amely meghozatalától számított legkésőbb 5 napon belül köteles írásba foglalni, valamint az írásba foglalástól számított két napon belül azt kézbesíteni.

„Az ombudsman utalt arra, hogy gyakran jövátéhetetlenek a kiszolgáltatott helyzetben lévőkkel szemben alkalmazott jogszerűtlen, aránytalan intézkedés következményei, az érintett számára nem lehet meg nem történtté tenni a jogfosztott állapotban töltött időszakot, vagyis a megelőzés kulcsfontosságú. Kiemelte továbbá, hogy a jogorvoslat tényleges hatékonysága ezen esetekben mindenképp szubjektív fogalom. Az ügyek zömében a másodfokú határozat megszületésekor az érintettek már nincsenek az intézményben, utólag pedig például egy hiányos szakértői vélemény alapján szinte lehetetlen megállapítani azt, hogy ott és akkor tanúsított-e veszélyeztető magatartást az eljárás alá vont személy.”¹³

A határidők be nem tartása folytán a jogorvoslati jogosultság gyakorlása egy olyan formális, tartalommentes jogintézménnyé válik, amely a jogbiztonság alapvető követelményét jelentősen sérti. Minden jogállamban szükséges a döntésekkel szembeni jogorvoslati lehetőség biztosítása, amely csak az esetben jelent garanciát az állampolgárok számára, ha nem egy színjáték jelleget, hanem tartalmaz, biztonságos eszközt takar. A jogorvoslati kérelem ugyanis arra irányul, hogy a bíróság az elsőfokú elrendelő határozatát a törvényi feltételek fennállása hiányában hozta meg. Azaz a beteg magatartása nem volt közvetlen veszélyeztető és/vagy az azonnali pszichiátriai intézeti gyógykezelése nem volt szükséges.

A betegek jelentős része a szemlék során magukat nem érzik betegnek, az általuk tanúsított viselkedési, magatartási zavart csak fikciónak, a hozzátartozók és a beutaló orvos túlkapásának minősítik. Az is gyakran előfordul, hogy kifejezetten családi okok (pl. otthon maradt idős, ápolásra szoruló szülő, vagy nevelésében álló gyermekek ellátása) miatt kérik az intézetből történő elbocsátásukat, betegségbelátás híján. Arra is volt a gyakorlatom során példa, hogy a beteg a családtagok harácsoló, vagyonszerző akciójának minősítették az orvos közreműködésével az intézeti beutalást, s a szemle során a feltett kérdésekre javarészt adekvát válaszokat adó beteg állapotából nem volt egyértelműen megállapítható az orvosi diagnózis megalapozottsága.

Ilyenkor még szükségesebb és nélkülözhetlenebb az Eütv.199.§ (6a). pontja szerint kirendelt független igazságügyi elmeorvos szakértő szakvéleményében foglaltakat bizonyítékként értékelnie a bíróság nevében eljáró bírónak, vagy

¹³<https://jogaszvilag.hu/napi/a-surgossegi-pszichiatricai-gyogykezeles-problemái/> - Jogászvilág: A sürgősségi pszichiátriai gyógykezelés problémái, 2017.02.14. – (letöltve: 2018.07.10.)

bírósági titkárnak, hiszen a bíróság az adott nemperes eljárásban nem rendelkezik az ügy eldöntése szempontjából jelentős tény megállapításához, megítéléséhez szükséges különleges szakértelemmel, ezért a 2016. évi CXXX. törvény, az új Polgári Perrendtartás (továbbiakban: új Pp.) 300.§ (1) bekezdése szerint szakértőt kell alkalmazzon.

Az igazságügyi szakértői szakterületekről, valamint az azokhoz kapcsolódó képesítési és egyéb szakmai feltételekről szóló 9/2006.(II.27.) IM rendelet rendelkezései szerint kizárólag igazságügyi pszichiáter szakértő rendelhető ki a bírósági eljárás során, aki kirendelésére, eljárására és a szakvélemény előterjesztésére az új Pp. szakaszai adnak jogi keretet.

A szakértő szakmai tekintetben a szakvéleményét az igazságügyi szakértőkről szóló 2016. évi XXIX. törvény 47.§-ában részletezettek szerint függetlenül és befolyásmentesen kell elkészítse, amely jogszabályhely (4) bekezdése ugyan rögzíti a szakvélemény kötelező tartalmi elemeit, azonban annak részletességét, alaposágát nem pontosítja. S ez jelenti a probléma valódi lényegét.

A gyakorlatban sokszor az tapasztalható, hogy a bírósági eljárás napját megelőző napon lefolytatásra kerülő szakértői vizsgálatról készült szakvélemény sok esetben csak általánosításokat, a betegségek kizárólagos felsorolását tartalmazza. Sablonszerű mind formáját, mind pedig tartalmát tekintve. Az egyénhez, mint érintett beteghez személy szerint köthető megállapításokat, állapotleírásokat, amit a vizsgálat időpontjában észlelt a szakértő, nem, vagy csak szűkszavúan tartalmaz. Lehetősége ellenére a szakértő nem rögzíti a beteg meghallgatásakor tett kulcsfontosságú kijelentéseit, nyilatkozatait, így nem állapítható meg utólag teljes bizonyossággal, hogy a beteg milyen módon tanúsított veszélyeztető, vagy közvetlen veszélyeztető magatartást ott és akkor, a vizsgálat időpontjában. Ugyan e tekintetben a törvény nem is ír elő kifejezett tartalmi kötelezettséget a szakértő számára, azonban az általa, mint szakmailag jártas részéről tett ténymegállapítások, az észlelései rögzítése sok esetben segítené a bíróságot maradéktalanul megalapozott és megingathatatlan döntése meghozatalában.

Ezt a problémát ugyan Székely László ombudsman is megfogalmazta a már hivatkozott 2017. februárjában kelt jelentésében, azonban a probléma felvetésén túl annak jogi megoldására –javaslatai és törekvései ellenére – sajnos a mai napig nem került sor. „Az ombudsman szerint szükséges a szakértői vélemények minimális tartalmának meghatározása és a helyes gyakorlat átadása képzés keretében”¹⁴, kifejezetten a pszichiátriai szakértők részére.

A bíróság eljárása, a szabadságmegvonással kényszerűleg együtt járó orvosi beavatkozást megelőzően, avagy annak megkezdését követően olyan jogi garanciális eszköz, amelynek mindenképp megalapozottnak és legfőképp arányosnak és indokoltnak kell lennie. Ehhez viszont nélkülözhetetlen a szakértő - jogszabályi kötelezés híján is – lelkiismeretes és kellően részletes tényleírását, a beteg állapotrögzítését tartalmazó véleményének adása. A kötelező, valamint a

¹⁴<https://jogaszvilag.hu/napi/a-surgossegi-pszichiatrai-gyogykezeles-problemái/> - Jogászvilág: A sürgősségi pszichiátriai gyógykezelés problémái, 2017.02.14. – (letöltve: 2018.07.10.)

sürgősségi gyógykezelés bírósági elrendelésének a célja nem a bebörtönzés, hanem a gyógykezelés. Az eszköze azonban kétségtelenül a szabadságmegvonás.

„Az Egyesült Államok Legfelsőbb Bírósága több döntésében megfogalmazta, hogy a kötelező pszichiátriai kezelés a bebörtönzésnél is súlyosabb szabadságkorlátozásnak minősül, tekintettel a kezelés során alkalmazott tudatbefolyásoló eszközökre, valamint a mentális kór stigmatizáló jellegére.”¹⁵

Összegzésként megállapítható, hogy a bíróság eljárása a személyi szabadsághoz való jog érvényesülésének legfőbb jogi garanciája a pszichiátriai gyógykezelések elrendelése és felülvizsgálata során. E jog érvényesülésének eljárási szabályait részletesen rögzítő törvény szakaszainak pontos betartása ellenére mégis sokan vélt, vagy valós jogsérelmet élnek át az intézetekben. Mindaddig, amíg az eljárás valamennyi résztvevője a feladatát nem a törvények maximális betartásával és ezen felül a legjobb lelkiismerete és tudása szerint, alaposan és megfontoltan végzi, a betegek jogai folyamatosan csorbulni fognak, s a pszichiátria – mostoha anyagi és dolgozói ellátottságán túl – nem nyerheti el azon társadalmi elismerést és megbecsülést, amint a kórházak többi egészségmegővő, helyreállító egységei élveznek.

¹⁵Dr. Bácskai Krisztina, Dr. Borza Beáta, Dr. Csikós Tímea, Dr. Fogarassy Edit, Dr. Farkas Zsuzsanna, Dr. Kapronczay Stefánia, Dr. Kozicz Ágnes, Dr. Kussinszky Anikó, Dr. Lápossi Attila, Dr. Pajcsicsné Csóré Erika, Dr. Szabó-Tasi Katalin, Dr. Tóth Lívía, Dr. Varga Éva: „Beteg jogaink – egészséges méltóság” Betegjogi projekt: *AJB PROJEKTFÜZETEK*, (Szerk: Dr. Borza Beáta) Alapvető Jogok Biztosának Hivatala, Budapest 2012. február 53. oldal https://www.parlament.hu/irom39/06102/pdf/ajb_betegjogi_projekt_2012.pdf– (letöltve: 2018.07.10.)