

Balogh Márk

# A PSZICHIÁTRIAI BETEGEK INTÉZETI GYÓGYKEZELÉSÉVEL KAPCSOLATOS BÍRÓSÁGI ELJÁRÁSOK KIHÍVÁSAI

„Tökéletes fokozatosság van az egészséges emberek és az örültek között... időnként mindenki örült.”

Robert Darwin

A pszichiátriai betegek intézeti gyógykezelésével kapcsolatos jogi szabályozás a polgári nemperes eljárásoknak egy szűk, méltatlanul marginális helyzetű része. Az utóbbi időben azonban erre a területre is nagyobb figyelem terelődött, részben annak köszönhetően, hogy az alapvető jogok biztosa 2017 januárjában<sup>1</sup> és 2018 februárjában kelt<sup>2</sup> jelentései foglalkoztak a pszichiátriai betegek sürgősségi és kötelező intézeti gyógykezelésével kapcsolatos bírósági eljárások gyakorlatával, aminek eredményeként a Kúrián is joggyakorlat-elemző csoport alakult.<sup>3</sup> Az e területen elfogadott jelentések azonban csak a pszichiátriai intézeti gyógykezelés elrendelésére fókuszáltak, és nem foglalkoztak az ezt követő időszakos felülvizsgálattal. Írásomban ezért a területet annak komplexitásában, a bírósági felülvizsgálati eljárásokra is kiterjedően kívánom vizsgálni, és elemzem, hogy a mindennapokban milyen nehézségek, visszasságok, jogszabályi anomáliák merülnek fel. Értékelem azt is, hogy a hazai gyakorlat mennyiben felel meg a nemzetközi elvárásoknak.

## A HAZAI JOGI SZABÁLYOZÁS KERETE

A vonatkozó jogszabály előírja, hogy a fogyatékos személyek számára meg kell teremteni azokat a feltételeket, melyek lehetővé teszik a társadalmi életben való részvételüket.<sup>4</sup> Mindez összhangban van az ENSZ fogyatékosággal élő személyek jogairól szóló egyezménye (a továbbiakban: CRPD) és az ahhoz kapcsolódó fakultatív jegyzőkönyv rendelkezésével, miszerint rehabilitációs és rehabilitációs programokkal, szolgáltatásokkal kell támogatni a fogyatékos társadalmi részvételét, befogadását. A CRPD szerint az ilyen programokban való részvételnek önkéntesnek kell lennie, és a programokat a fogyatékosággal élő személyek számára elérhető távolságban kell működtetni.<sup>5</sup> Mindez Magyarországon nem valósul meg maradéktalanul, hiszen nem biztosítja jogszabályi

előírás, hogy a kérelmezett – saját anyagi források hiányában – államilag finanszírozott betegszállítót vehessen igénybe, ha járóbeteg-kezelés formájában történő rehabilitációs ellátást kell igénybe vennie – annak ellenére, hogy a fogyatékos személyeknek biztosítani kell az állapotromlásuk megelőzéséhez, az állapotuk esetleges javításához szükséges, rendszeres és hatékony egészségügyi ellátást.<sup>6</sup> A hatályos magyar szabályozás ezt a problémát úgy oldja meg, hogy a kötelező pszichiátriai intézeti gyógykezelés fenntartásának feltételül meghatározott veszélyeztető magatartás fogalmi elemeként szabja, hogy „a kezelés hiánya a kérelmezett állapotának további romlását eredményezné” Tekintve, hogy a gyakorlatban a kezelés elmaradása jellemzően az érintettek szociális helyzetével függ össze, ez a jogszabályi rendelkezés álláspontom szerint nincs összhangban a nemzetközi normákkal, melyek szerint a rehabilitációs ellátást az érintett számára a lakóhelyéhez lehető legközelebb kell biztosítani, ami azt az elvárást is magában foglalja, hogy a fekvőbeteg-ellátás keretei között zajló, intézeti pszichiátriai ellátásnak a lehető legrövidebb ideig kell tartania. Sőt, valójában a magyar szabályozásnak sem felel meg maradéktalanul az a megoldás, ha felülvizsgálat során a járóbeteg-ellátáshoz való hozzáférés hiánya miatt kerül fenntartásra a kötelező pszichiátriai intézeti gyógykezelés, ugyanis a veszélyeztető magatartás fogalmi eleme az is, hogy az állapotromlás csak kötelező pszichiátriai intézeti gyógykezeléssel hárítható el, amely körülmény egyes esetekben nem áll fenn, vagyis az intézeti ellátás orvos-szakmai szempontból nem megalapozott.

A vonatkozó jogszabály szerint az állam köteles gondoskodni megfelelő intézményrendszer működtetéséről a fogyatékos személyek számára, a nemzetgazdaság mindenkori lehetőségeihez mérten.<sup>7</sup> Ezen követelményt a CRPD is tartalmazza, előírva a fogyatékosággal élő személyek számára az állami lakhatási programokhoz való hozzáférés elősegítését.<sup>8</sup> Ugyanakkor véleményem szerint a rendeltetésszerű

joggyakorlás követelményébe ütközik, ha a kötelező pszichiátriai intézeti gyógykezelés lakhatás biztosítása érdekében kerül elrendelésre, fenntartásra: az Eü. tv. a veszélyeztető, közvetlen veszélyeztető magatartás fogalmánál a mentális zavarból eredő veszélyhelyzet elhárítását teszi a kötelező pszichiátriai intézeti gyógykezelés elrendelésének feltételévé, vagyis az intézeti kezelésnek a kérelmezett egészségügyi állapotával kell ok-okozati összefüggésben lennie, és nem a szállásnélküliségével. A lakhatáshoz való joggal – a korábbi alkotmány rendelkezése kapcsán – már foglalkozott az Alkotmánybíróság, határozatában kimondva, hogy a szociális biztonsághoz való jog a szociális ellátások összessége által nyújtott megélhetési minimum állami biztosítását tartalmazza, amire egyébként a CRPD is utal.<sup>9</sup> A megélhetési minimum garantálásából konkrétan meghatározott részjogok – így a „lakhatáshoz való jog” – mint alkotmányos alapjogok nem vezethetők le. E tekintetben az állam kötelezettsége és felelőssége sem állapítható meg. Az állam a polgárok megélhetéséhez szükséges ellátásra való jogának realizálása érdekében társadalombiztosítási és szociális intézményrendszert köteles működtetni, mert az emberi lét alapvető feltételeiről – így hajléktalanság esetén az emberi életet közvetlenül fenyegető veszélyhelyzet elhárítása érdekében szállásról – kell gondoskodnia.<sup>10</sup> A határozat az Alaptörvény hasonló rendelkezése kapcsán ma is iránymutatásként szolgál, jelentőségét a kérelmezettek (betegek) pszichiátriai intézeti gyógykezelésének felülvizsgálata során nyeri el.

#### A PSZICHIÁTRIAI INTÉZETI GYÓGYKEZELÉSBE VÉTEL ELRENDELÉSE

A pszichiátriai betegek intézeti gyógykezelésével kapcsolatos bírósági eljárások alapja az orvosi és jogi követelmények együttes és teljes körű érvényesülése. A bíróság elsődleges feladata a jogi garanciarendszer érvényre juttatása, ennek érdekében megfelelően alkalmazni kell a Pp. rendelkezéseit.<sup>11</sup> Az alábbiakban a nemperes eljárás folyamatának részletes bemutatására kerül sor, különös tekintettel az alapelvekre. A

UGYANAKKOR VÉLEMÉNYEM SZERINT A RENDELTETÉSSZERŰ JOGGYAKORLÁS KÖVETELMÉNYÉBE ÜTKÖZIK, HA A KÖTELEZŐ PSZICHIÁTRIAI INTÉZETI GYÓGYKEZELÉS LAKHATÁS BIZTOSÍTÁSA ÉRDEKÉBEN KERÜL ELRENDELÉSRE, FENNTARTÁSRA: AZ EÜ. TV. A VESZÉLYEZTETŐ, KÖZVETLEN VESZÉLYEZTETŐ MAGATARTÁS FOGALMÁNÁL A MENTÁLIS ZAVARBÓL EREDŐ VESZÉLYHELYZET ELHÁRÍTÁSÁT TESZI A KÖTELEZŐ PSZICHIÁTRIAI INTÉZETI GYÓGYKEZELÉS ELRENDELÉSÉNEK FELTÉTELÉVÉ, VAGYIS AZ INTÉZETI KEZELÉSNEK A KÉRELMEZETT EGÉSZSÉGÜGYI ÁLLAPOTÁVAL KELL OK-OKOZATI ÖSSZEFÜGGÉSBEN LENNIE, ÉS NEM A SZÁLLÁSNÉLKÜLISÉGÉVEL

jogalkotó által elérni kívánt cél, hogy a kérelmezett személyes szabadságának akarata ellenére történő korlátozása bírósági eljárás nyújtotta garanciák mellett történjen. Az Alkotmánybíróság ezzel kapcsolatos határozatában kimondta, hogy a konkrét eljárásokra irányadó rendelkezések, valamint a bírósági eljárás ténye megfelelő garanciát nyújtanak nemperes eljárás keretében is, nincs szükség a kérdések perben történő vizsgálatára.<sup>12</sup>

A kérelmezett pszichiátriai intézeti gyógykezelésbe vételére három formában kerülhet sor: önkéntes, sürgősségi és kötelező gyógykezelés. Az elrendeléssel kapcsolatos bírósági eljárási szabályokat a törvény részben az egyes gyógykezelésbe vételi formáknál, részben a közös eljárási rendelkezések között rögzíti. Az elrende-

lésre irányuló eljárás főszabályként kérelemre, pontosabban a kérelmező által küldött értesítésre indul, kivéve a korlátozottan cselekvőképes, illetve a cselekvőképtelen kérelmezettek önkéntes és ideiglenes önkéntes gyógykezelésbe vételekor, mert ilyen esetekben a bíróság az intézeti gyógykezelés indokoltságát és a beleegyezés érvényességét hivatalból vizsgálja.<sup>13</sup> Megjegyzendő ugyanakkor, hogy a gyakorlatban ekkor is értesítés érkezik a kórháztól, más különben a bíróság nem szerezne tudomást az intézetbe való felvételtől.

#### AZ ELRENDELÉS KÖZÖS SZABÁLYAI

##### *A kérelem (értesítés)*

A kérelmet a kórház, mivel elektronikus kapcsolattartásra kötelezett, elektronikusan, ÁNYK űrlapon terjesztheti elő, de a kérelmezett egészségügyi adatait tartalmazó kórlap postai úton érkezik be, mert a vonatkozó jogszabály alapján zártan kezelendő iratnak minősül, emiatt elektronikus úton nem továbbítható.<sup>14</sup> Több olyan kórház is van az országban, ahol az elektronikus eljárást nem tudják vállalni, faxon küldik a kérelemnek nevezett értesítést a bíróság felé. A kötelező tartalmi elemekről jogszabály nem rendelkezik, emiatt a kérelemben közölt információk köre kórházanként igen eltérő lehet.<sup>15</sup> Az alapvető jogok

biztosának jelentése utal a minimálisan elvárható elemekre, de a megjelölt kritériumoknak a gyakorlatban lehetetlen egyszerre megfelelni. Az Országos Mentőszolgálat beszállítási jegyzőkönyvét elvben csatolni tudja a kérelmező képviselője a meghallgatáson, de miután a mentőknél is átálltak a digitális (tableten történő) jegyzőkönyvezésre, a jegyzőkönyv beszerzése rendkívül körülményes, hiszen közvetlenül nem lehetséges az eljuttatása, továbbá adminisztratív okokból érdemi információt lényegében nem tartalmaz. Ha rendőrségi intézkedés történt, az arról készült jegyzőkönyvet nem bocsátják a kérelmező rendelkezésére, a kórháznak nem adják át a beszállításkor, a bíróság pedig a rövid határidő miatt nem tudja hivatali úton beszerezni. Az orvosok leterheltsége miatt a jogszabályoknak megfelelően kidolgozott szakorvosi álláspont a kérelemből általában hiányzik; hivatkozva arra, hogy a releváns tényeket a postai úton megküldött – vagy a rövid eljárási határidő miatt a meghallgatáson csatolt – kórlap tartalmazza. A kérelmek nem tartalmazzák érdemi információt a kérelmezett aktuális – illetve, sürgősségi gyógykezelés esetén a meghallgatáson várható – állapotáról, így konkrétan arról sem, hogy lehet-e kommunikálni vele.

#### *Az ügygondnok*

A bírósági eljárásban biztosítani kell a kérelmezett megfelelő képviselőségét, így ha az eljárás során nincs törvényes vagy meghatalmazott képviselője, a bíróság ügygondnokot rendel ki számára. Problémát jelent a gondnokság hatálya alatt álló kérelmezettek esetében, hogy nincs olyan adatbázis, mely a gondnok nevét és elérhetőségét is tartalmazná, emiatt – és a rendkívül rövid eljárási határidő miatt is – adott esetekben szinte lehetetlen a törvényes képviselő értesítése, idézése. Kiskorú kérelmezett esetén a bíróság rövid úton,<sup>16</sup> telefonon idézheti a szülőt mint törvényes képviselőt – ha a kórlapon szerepel az elérhetősége –, de a megfelelő jogvédelem érdekében ilyen esetekben is célszerű ügygondnokot kirendelni. Garanciális jelentőségű lenne, ha az ügygondnokok kirendelésére a cégbíróságokon már bevált<sup>17</sup> számítógépes elektronikus kijelölő program segítségével kerülne sor, azzal, hogy a felülvizsgálati eljárásokon is ugyanaz az ügygondnok lássa el a feladatot, aki az elrendelésnél eljár, kiterjesztve ezáltal a közvetlenség elvét. A 72 órás határidő miatt azonban kivite-

lezhetetlen, hogy az ügygondnok a bírósági meghallgatás előtt tájékozódjon a beszállítás körülményeiről, továbbá felkeresse a kérelmezettet, és tájékoztassa a jogairól.<sup>18</sup> A fővárosban a magas betegszám miatt, az alacsonyabb betegszámmal dolgozó vidéki kórházak esetében pedig a megfelelő személyi, tárgyi és anyagi feltételek hiánya miatt a bíróság nem tud hétvégi ügyeletet biztosítani, ezért a 72 óra csütörtöki kérelem esetén gyakorlatilag 24 órára rövidül, ezen időtartam alatt az ügygondnok pedig nem keresi fel – nem is tudja felkeresni – a meghallgatást megelőzően a kérelmezettet. Megjegyzendő, hogy ehhez a kórházak sem tudnák a megfelelő személyi és tárgyi feltételeket biztosítani humánerőforrás-kapacitás hiányában. A kérelmezett tehát az esetek döntő többségében a meghallgatáson találkozik először az ügygondnokkal

#### *A szakértő*

A megalapozott elsőfokú döntés meghozatalának feltétele a szakértő kirendelése is, aki a rendelkezésre álló rövid határidő miatt a meghallgatáson szóban, esetleg kézzel kitöltött nyomtatvány formájában, terjeszti elő szakvéleményét a felek által elmondottak és a feltett kérdések alapján. Ennek több, egymástól eltérő oka lehet: a fővárosban a már említett magas beteglétszám, vidéken a jelentős szakértőhiány, kisebb települések esetében pedig (ahol nincs szakértői intézet) a kirendelt szakértő nagy távolságról érkezik, és ezért nem keresi fel a kérelmezettet a meghallgatást megelőzően. A szakértőt azonban minden esetben nyilatkoztatni kell a kérelmezett által tanúsított magatartásról. A szakvélemény szóbeli előterjesztési módjának van egy nagy előnye is: a személyesen jelen lévő szakértőnek kérdéseket lehet feltenni a szakvélemény esetleges hiányosságainak pótlása céljából.

Itt jegyzendő meg, hogy a veszélyeztető magatartás köznyelvi és jogi fogalma nem fedi egymást teljes mértékben. Szakmai körökben többször kritikaként hangzik el a jogszabállyal szemben, hogy a gyakorlatban nem alkalmazható, mert a kérelmezett intézeti körülmények között veszélyeztető magatartást nem tanúsít. Véleményem szerint ezért célszerű a veszélyeztető magatartás jogszabályban meghatározott fogalmának egyes elemeiről<sup>19</sup> nyilatkoztatni a szakértőt. Az elemek közül kiemelendő az a kérdés, hogy a kérelmezett jelentős veszélyt jelenthet-e – vagyis a kérdés nem az, hogy jelent-e veszélyt. Ezzel

feloldható az a paradox helyzet is, mely a veszélyeztető magatartás és fogalmi eleme között húzódik, hiszen ha a kérelmezett jelentős veszélyt jelenthet, akkor végső soron jogilag, a többi elem megléte esetén, a kérelmezett veszélyeztető magatartást tanúsít, mert annak jogszabályban meghatározott fogalmi elemeit kimeríti. A közvetlen veszélyeztető magatartással kapcsolatban, a beszállítás indoklására vonatkozóan, a veszélyeztető magatartáshoz hasonlóan célszerű eljárni. Ha a konjunktív feltételek fennállnak, akkor a bíróság megállapíthatja, hogy jogilag a kérelmezett veszélyeztető, illetve közvetlenül veszélyeztető magatartást tanúsít. Így megalapozottabb szakvélemény nyerhető, hiszen a szakértőnek nyilatkoznia kell, hogy mi volt az a konkrét magatartás, amivel a kérelmezett közvetlen és súlyos veszélyt jelentett, például a sürgősségi gyógykezelés formájában való beszállítás során.

A gyakorlatban ritkán fordul elő, hogy a kérelmező és a szakértő más álláspontra helyezkedjen (ez inkább a felülvizsgálatoknál történhet meg), mégpedig feltehetően az orvostársadalom tagjai körében meglévő kollegialitás miatt. A megoldás az lenne, hogy a szakértő addig ne lehessen jelen a meghallgatáson, amíg a kérelmező képviselője referál, de a nagy beteglétszám miatt ez nem kivitelezhető, továbbá vélhetően konfliktushelyzetet teremtene. A szakvélemény szóbeli előterjesztése és a meghallgatás időtartamának korlátozottsága miatt azonban így a törvényben foglalt szempontok nem minden esetben kapnak részletes kifejtést a jegyzőkönyvben. A hiányosságok miatt a bíróságok csökkenthetnék a szakértők díját, ezzel a lehetőséggel azonban – a szakértőhiányra való tekintettel – ritkán élnek.

#### *A meghallgatás helyszíne*

A jogszabályi rendelkezést sem hagyva figyelmen kívül,<sup>20</sup> önkéntes és sürgősségi gyógykezelés esetében – tekintettel a 72 órás határidőre is – a kórház a meghallgatás helyszíne, míg kötelező intézeti gyógykezelésnél lehetőség szerint a bíróság tárgyalóterme. Az egészségügyi intézmények azonban sok esetben nem tudnak elkülönített helyiséget biztosítani a meghallgatáshoz, a személyzet számára pedig kellemetlen többletterhet jelentenek a bírósági meghallgatások, melyek felborítják a kórház életének rendjét.<sup>21</sup> Előfordul, hogy a meghallgatás elkülönített helyiségben történő lefolytatása a kérelmezett állapota miatt sem le-

hetséges, ha mentális zavara akut stádiumában éppen rögzítve van a szubintenzív (zárt) részlegen. Mindez paradox helyzetet teremt, mert az adatvédelmi szempontból szenzitív adatokat tartalmazó kórlapot még elektronikus úton sem lehet továbbítani, ugyanakkor a meghallgatás során a kérelmezett személyes adatait, a vele kapcsolatos információkat – különösen akkor, ha tanút is meghallgatnak –, a betegársak is megismerhetik. (Mellékesen említendő az is, hogy hazánkban nem működnek magas biztonsági fokozatú részlegek, eltérően sok más országtól.<sup>22</sup>) Pedig az ombudsmani állásfoglalás szerint a meghallgatás helyszínének az eljárásra jelentős, a kimenetelt befolyásoló hatása lehet, a körülmények zavartalansága előfeltétele az alapjogi garanciák érvényesülésének, továbbá a már említett adatvédelmi szempont sem mellőzhető.<sup>23</sup>

#### *Egyéb bizonyítási cselekmények*

A meghallgatás során a bíróság személyesen hallgatja meg a kérelmezettet és a szakértőt, valamint a kérelmező képviselőjeként megjelenő orvost.<sup>24</sup> A felvett nyilatkozatok és észrevételek mellett a kérelmezettől is meg kell kérdezni, hogy mi volt az oka a beszállításának. Indokolt rögzíteni, hogy az eljáró bírósági titkár milyenek észlelte a kérelmezett állapotát, különösen akkor, ha a kérelmezettel nem lehet kommunikálni. Célszerű kerülni a direkt, eldöntendő kérdéseket; oldani kell a kérelmezett szorongását, hagyni kell minél szabadabban megnyilvánulni. Nem szerencsés jegyzetelni, törekedni kell a bizalom légkörének megteremtésére,<sup>25</sup> ami adott esetben a szakértő munkáját is megkönnyíti (különösen akkor, ha korábban még nem találkozott a kérelmezettel), valamint pótolhatja az adott esetben hiányos egészségügyi dokumentációt, információval szolgálhat a beszállítást megalapozó közvetlen veszélyeztető magatartásra vonatkozóan is. A hiányos egészségügyi dokumentáció ugyanis gyakran okoz problémát, hiszen a kórlap a felvevő orvos által rögzítetteket tartalmazza, a szakértő pedig erre alapozva nyilatkozik a közvetlen veszélyeztető magatartást illetően, miközben a kérelmezett – sok esetben a betegsége miatt is – tagadja a tényállást. A kérelmező képviselője adott esetben az ápolási betétlapot tudja bemutatni arra vonatkozóan, hogy a kérelmezett az osztályon milyen magatartást tanúsított, de ez a dokumentum nem tartalmaz információkat a bekerülést megelőzően történtekről. A bizonyítási eljárás során elvben

tanúbizonyítás is lehetséges a beszállítás körülményeire vonatkozóan, azonban a rövid határidő miatt erre a gyakorlatban nincs lehetőség. A kérelem ilyen indítványt gyakorlatilag nem tartalmaz; az eljáró titkár hivatalból idézhet tanút rövid úton,<sup>26</sup> ha a rendelkezésre álló egészségügyi dokumentációból ez szükségesnek látszik, továbbá a kórlapon szerepel olyan személy elérhetősége, aki vélhetően nyilatkozni tud a beszállítás körülményeiről. Ez viszont ismét egy paradox helyzet a kérelemhez kötöttség és a kérelmezőt terhelő bizonyítási teher, valamint a bíróság közrehatási tevékenysége vonatkozásában, ami egyrészt felveti a hivatalbóli bizonyítás kérdését, másrészt adott esetben a bíróság pártatlanságába vetett bizalmat veszélyeztetheti. Előfordul, hogy a kérelmező előállítja az észlelő – sok esetben hozzátartozó – tanút a meghallgatásra. A bíróság ekkor elrendelheti az előállított személy tanúként történő meghallgatását. Ezzel kapcsolatban felmerül, hogy mennyiben alkalmazhatók háttér-szabályként a Pp. személyi állapotot érintő pereinek közös szabályai, hiszen az ilyen perekben, a hozzátartozó a tanúvallomást nem tagadhatja meg<sup>27</sup> (bár ez nem is szokott előfordulni). Mindez viszont jelentősen megnyújthatja a meghallgatás időtartamát, amit azután sokszor pont a kérelmező képviselője szokott nehezíteni (egyéb kórházi elfoglaltságaira hivatkozva), és ez hátráltathatja a kérelmezettel kialakítandó együttműködő légkör megteremtését, amire azért lenne szükség, hogy némi információt lehessen tőle szerezni a beszállítás körülményeiről, illetve arról, hogy beismeri-e a neki tulajdonított magatartást. A sürgősségi beszállítás indokoltsága mindezek miatt sok esetben, az alapul szolgáló tényállás bizonyítottságának hiányában nem állapítható meg, hiszen a szakértő a közvetlen veszélyeztető magatartás fennállását olyan tényállásra mondja ki, ami nem nyer bizonyítást.

## A PSZICHIÁTRIAI INTÉZETI GYÓGYKEZELÉSBE VÉTEL ESETEI

### *Az önkéntes gyógykezelés*

Önkéntes gyógykezelésbe vételre akkor kerül sor, ha a kérelmezett nem tanúsít közvetlenül veszélyez-

tető, illetve veszélyeztető magatartást, de betegsége, állapota pszichiátriai intézeti gyógykezelést tesz szükségessé. A cselekvőképes személy az osztályra történő felvétel előtt nyomtatvány kitöltése révén kérheti az önkéntes pszichiátriai intézeti gyógykezelést.<sup>28</sup> A korlátozottan cselekvőképes, illetve a cselekvőképtelen személy pszichiátriai intézeti gyógykezelésbe vételét az Eü. törvényben meghatározott személy<sup>29</sup> kérheti a megfelelő melléklet kitöltésével.<sup>30</sup> Abban az esetben, ha a nevezett személy hoz-

zájáruló nyilatkozatának beszerzése késedelemmel járna, vagy felmerül annak veszélye, hogy a kérelmezett gyógykezelésében ellenérdekelt, a kérelmezett a vonatkozó nyomtatványon<sup>31</sup> kérheti ideiglenes pszichiátriai intézeti felvételét és gyógykezelését. A bíróság ilyen esetekben csak az intézeti gyógykezelés szükségességét és a hozzájárulás érvényességét vizsgálja. Ideiglenes önkéntes gyógykezelésbe vételnél azonban paradox helyzet áll elő, hiszen az egészségügyi ellátással összefüggő jogok gyakorlása tekintetében gondnokság hatálya alatt álló kérelmezett esetében eleve nem lehet érvényes – legfeljebb szabályszerűen kitöltött – a vonatkozó

rendelet mellékletében szereplő hozzájáruló nyilatkozat. Az önkéntesen felvett kérelmezettet saját vagy a felvételét kérő kérelmére az intézetből el kell bocsátani, kivéve, ha veszélyeztető állapotba került, mert ez esetben a bíróság utólag rendeli el kötelező pszichiátriai intézeti gyógykezelését.<sup>32</sup> A gyakorlatban tehát előfordulhat, hogy az önkéntesen felvett kérelmezett gyógykezelése később veszélyeztető magatartás tanúsítása miatt „átfordul” kötelező pszichiátriai intézeti gyógykezelésbe, azonban a sürgősségi gyógykezelésre vonatkozó kérelem logikátlan, hiszen a kérelmezett már bent tartózkodik az intézetben, tehát a beszállítás indokoltságáról a bíróságnak ésszerűtlen határoznia. Másfelől viszont problémát jelent, hogy kötelező gyógykezelés esetében az eljárási határidő 15 nap, és csak írásbeli szakvélemény terjeszthető elő, kórház viszont 72 óránál tovább nem tarthatja bent akarata ellenére a kérelmezettet. Megoldás lehet, hogy kötelező intézeti gyógykezelésbe vételre irányuló kérelem esetén soron kívül jár el a bíróság, de az írásbeli szakvélemény miatt ekkor sem lehet a kérelem beérkezését követő 72 órán belül dönteni. Esetleg még arra van lehetőség, hogy a gondnokság alatt nem álló kérel-

mezzel maga kérje az önkéntes beleegyező nyilatkozata érvényességének és pszichiátriai intézeti gyógykezelése indokoltságának felülvizsgálatát,<sup>33</sup> mely kérelmét a kórház továbbítja a bíróság részére. Kiemelendő, hogy az irányadó bírói joggyakorlat alapján nem sért jogszabályt a pszichiátriai intézet, ha a közvetlen veszélyeztető magatartást tanúsító beteg intézeti felvételéről és bent tartásáról intézkedik a bíróság által történő személyes meghallgatásig (a törvényi határidők korlátai között), de a bíróság a sürgősségi gyógykezelést – a beteg aktuális pszichés állapota alapján – végül nem rendeli el.<sup>34</sup> Elképzelhető tehát olyan helyzet, hogy a kérelmező már eleve úgy nyújtja be a sürgősségi gyógykezelésbe vételre vonatkozó kérelmét, hogy tisztában van annak megalapozatlanságával, hiszen a kérelmezett már hosszú hetek, hónapok óta bent tartózkodik, de így elérhetővé válik a 72 órán belüli döntéshozatal. Ezzel kapcsolatban érdemes kitérni arra, hogy a gondnokság hatálya alatt nem álló kérelmezett intézeti gyógykezelésbe vételére vonatkozó beleegyező nyilatkozatának érvényessége, hatálya meddig és mire terjed ki. Előfordul, hogy a kérelmezett a kezelés alatt tanúsít veszélyeztető, esetleg közvetlen veszélyeztető magatartást, például öngyilkosságot kísérel meg, és ezért a zárt részlegre helyezik át, ám ez ellen sem szóban, sem írásban nem tiltakozik, korábbi beleegyező nyilatkozatát semmilyen módon nem vonja vissza, és nem is kívánja visszavonni. Ebben az esetben véleményem szerint szükségtelen a kötelező intézeti gyógykezelés elrendelésére vonatkozó bírósági eljárás lefolytatása csak amiatt, mert időszakosan – adott esetben csupán néhány óráig – hiányzott a kérelmezett belátási képessége. A kórház számára nem feltétlenül a bíróság kötelező intézeti gyógykezelést elrendelő határozata jelent ilyen esetben biztosítékot; elegendő, ha a kérelmezett az önkéntes beleegyező nyilatkozat aláírásakor megfelelő tájékoztatásban részesül arra vonatkozóan, hogy kezelése mivel járhat, milyen kényszerítő, adott esetben személyi szabadságot korlátozó kényszerintézkedések időszakos foganatosítására kerülhet sor állapotából kifolyólag. Nyilvánvaló, hogy ha a kérelmezett a kezelést elutasítja, és beleegyező nyilatkozatát visszavonva kifejezetten távoznia akar, miközben veszélyeztető magatartást tanúsít, akkor szükség van a kötelező intézeti gyógykezelés elrendelésére vonatkozó bírósági eljárás lefolytatására. Ha azonban az intézeti gyógykezelés nem indokolt, a bíróság jogerős határozatának köz-

lésétől számított huszonnégy órán belül el kell bocsátani a kérelmezettet.

### *A sürgősségi gyógykezelés*

Sürgősségi gyógykezelésre akkor kerülhet sor, ha közvetlen veszélyeztető magatartást tanúsít a kérelmezett, ami azonnali intézeti gyógykezelést tesz szükségessé. A gyakorlatban ez az eset a leggyakoribb. A kérelmezett beleegyezésére ilyenkor nincs szükség, a bíróság a pszichiátriai intézeti kezelésbe vétel jogszerűségét utólag vizsgálja. Fontos azonban, hogy a bíróság a valóságnak megfelelő képet kapjon a kérelmezett állapotáról, ezért a bírósági határozat meghozataláig az állapotromlás megelőzésére kell törekedni, és csak olyan gyógykezelést szabad a kérelmezettnél alkalmazni, ami stabilizálja az állapotát. Kerülni kell tehát azokat a beavatkozásokat, melyek lehetlenné tennék, hogy a bíróság megítélhesse a pszichés állapotát.<sup>35</sup> Amennyiben ez nem lehetséges, és a gyógykezelés halaszthatatlan, azt részletesen indokolni és dokumentálni kell. A jogszabály rendkívül szoros határidőket ír elő a felek részére,<sup>36</sup> ami a kérelmezettek érdekét sem szolgálja, hiszen a meghallgatást nem lehet megfelelően előkészíteni,<sup>37</sup> és ez felületes szakértői munkát eredményezhet. Az ügydöntő végzésben ettől függetlenül határozni kell a sürgősséggel történő beszállítás indokoltságáról, valamint a kötelező pszichiátriai intézeti gyógykezelés elrendeléséről.<sup>38</sup> Az indokolt végzés munkaigényességére utal, hogy tartalmára a Polgári perrendtartás szabályai alkalmazandók.<sup>39</sup> A bíróság, ha a kérelmezett veszélyeztető magatartást nem tanúsít, a kötelező intézeti gyógykezelésének elrendelésére vonatkozó kérelmet elutasítja, és – elméletileg – elrendeli az intézetből történő elbocsátását. Ha azonban a kérelmezett nem áll gondnokság hatálya alatt, és önkéntes beleegyező nyilatkozatot tett a kezelésre vonatkozóan, ami ellen a kezelőorvos sem tiltakozott, akkor kérdéses, hogy el kell-e bocsátani. Mert noha az önkéntes nyilatkozatot a jogszabály szerint az intézetbe történő felvétel előtt kell megtenni, de elbocsátás elrendelése esetén – azt követően, hogy kilépett az intézet ajtaján – is tehet ilyen nyilatkozatot a kérelmezett. Ennek oka egyébként a szociális indikáció, a kérelmezett megfelelő lakhatási körülményeinek hiánya. Véleményem szerint ebben az esetben az elbocsátásról értelmetlen rendelkezni, elegendő a kötelező intézeti gyógykezelés elrendelésére vonatkozó kérelmet elutasítani.

A kötelező gyógykezelést a bíróság előzetesen rendeli el, a kezelés végrehajtására pedig utólag kerül sor, akár kényszerrel is, hiszen ha a kérelmezett a jogerős határozat kézhezvételétől számított három napon belül<sup>40</sup> nem jelenik meg a megjelölt pszichiátriai intézetben, akkor az eljárást kezdeményező orvos intézkedik a beszállításáról. A sürgősségi és a kötelező gyógykezelés közti alapvető különbség tehát nem fokozati, illetve a betegség súlyosságának fokához köthető: a különbségtétel alapja az ellátás sürgőssége.<sup>41</sup> Az eljárásra abban az esetben van lehetőség, ha az intézeti gyógykezelésbe vétel az eljárás lefolytatásának időtartamára elhalasztható. A bíróság az értesítés kézhezvételétől számított 15 napon belül határoz a kötelező intézeti gyógykezelés elrendeléséről. A gyakorlatban azonban ez a határidő is rövid, hiszen a kérelmezett nem tartózkodik az intézetben, a lakóhelyéről kell idézni, és fennáll a kockázata, hogy a meghallgatáson nem jelenik meg. A törvény ugyan lehetővé teszi a kérelmezett rendőri elővezetését,<sup>42</sup> de ez általában új határnap kitűzését jelenti, ugyanis – főleg vidéken, a nagyobb távolságok miatt – az azonnali elővezetés a gyakorlatban ritkán lehetséges. Eleve az sem biztos, hogy az intézkedést foganatosító rendőrök ott találják a kérelmezettet a megadott címen; ha nem, akkor a 15 napos határidő ilyen esetekben sem tartható. Továbbá a szakértői vélemény beszerzése is rendkívül körülményes, a szakértőhiány miatt sokszor nem lehetséges a szakvélemény 15 napon belüli előterjesztése. A szakértőnek ahhoz, hogy a kérelmezettet meg tudja vizsgálni, fel kell felkeresnie; esetleg előzetesen telefonon egyeztethet vele helyszínt, időpontot. Jogilag ugyanis nem elfogadható – kétségeket ébreszt a vizsgálat tisztességes és megfelelő voltát illetően –, ha a meghallgatás előtt vagy annak szünetében, adott esetben a bíróság épületében folytatja le a szükséges vizsgálatokat.<sup>43</sup> E körben megjegyzendő az is, hogy a (sokszor idősebb korú) szakértők egy része nem szívesen keresik fel otthonukban a kérelmezetteket, akik a kérelem megalapozottsága esetén jelentős veszélyt jelenthetnek a szakértő életére, testi épségére, egészségére is.

## A PSZICHIÁTRIAI INTÉZETI GYÓGYKEZELÉS FELÜLVIZSGÁLATA

A pszichiátriai intézeti gyógykezelésbe vétel mind egyik formájának esetében időszakonként felül kell vizsgálnia az indokoltságot a pszichiátriai intézet székhelye szerint illetékes járásbíróságnak. Az ön-

kéntes intézeti gyógykezelésre vonatkozó szabályozás akként különböztet, hogy fekvőbeteg gyógyintézetekben 30, pszichiátriai betegek rehabilitációs intézetében 60 naponként kell az eljárást lefolytatni.<sup>44</sup> A gyakorlatban problémát okoz a fekvőbeteg-intézet rehabilitációs osztályának besorolása. Létezik olyan orvos-szakmai álláspont, amely szerint a bíróságnak a kérelmezett intézeti gyógykezelésének szükségességét rehabilitációs osztályon 60 naponként kell felülvizsgálnia,<sup>45</sup> sőt, a valóságban is van példa erre a gyakorlatra. A jogszabály ugyanakkor a 60 napos felülvizsgálati időtartamot rehabilitációs intézetre és nem osztályra írja elő, ezért véleményem szerint az a gyakorlat, hogy rehabilitációs osztályon 60 naponta kerül sor felülvizsgálatra, nem felel meg a jogszabályi előírásoknak, még ha az ügyteher adott esetben indokolja is ezt a megoldást.

Alapvető kérdés, de az ország különböző pontjain eltérő a gyakorlat arra vonatkozóan, hogy a felülvizsgálatra hivatalból vagy kérelemre kerül sor. A törvény csak annyit ír elő, hogy a gyógykezelés szükségességét a bíróságnak időszakosan felül kell vizsgálnia. Jogilag mind a két megoldás indokolható, hiszen a kérelemhez kötöttség elvéből következően a felülvizsgálati eljárást kérelemre kell lefolytatni, továbbá az alapjogi biztos által készített jelentésben is összehasonlítási alapként említett, a büntető igazságszolgáltatás terén alkalmazott szabadságkorlátozó intézkedések (például a letartóztatás) meghosszabbítása is ügyészi indítványra történik.<sup>46</sup> A kérelemhez kötöttséget támasztja alá az a bírósági belső utasítás is, mely szerint a pszichiátriai betegek gyógykezelésével és gondozásával kapcsolatos eljárásban az intézeti gyógykezelés szükségességének időszakonkénti felülvizsgálatát kezdeményező irat kezelendő kezdőiratként (felülvizsgálatonként).<sup>47</sup> A kérdés a bizonyítási eljárás során kap jelentőséget. Abban az esetben, ha az eljárást hivatalból kell lefolytatni, akkor hivatalból folytathatók a bizonyítási cselekmények is, adott esetben analóg módon alkalmazva a Pp. személyi állapotot érintő perekre vonatkozó közös szabályait.<sup>48</sup> Ha azonban a háttérzabályként alkalmazandó Pp. rendelkezési elvét<sup>49</sup> vesszük alapul, és az eljárás kérelemre zajlik, akkor a bizonyítási teher a kérelmezőt terheli. A kérdés anyagi kihatása a szakértő meghallgatásánál mutatkozik meg. Abban az esetben, ha kérelemre folyik az eljárás, és a kérelmező képviselője eláll az intézeti gyógykezelés fenntartása iránti kérelmétől, a bíróság a szakértő meghallgatását mellőzi, az eljárást megszünteti, és elrendeli a kérelmezett elbocsátását; ugyanakkor, ha hivatalból folyik az eljárás, a szakértő meghallgatása – és a szakértői díj meghatározása – nem maradhat el.

A felülvizsgálatok során is gyakori probléma, hogy a kórteremben kerül sor a meghallgatásra, ami adatvédelmi aggályokat vet fel, különös tekintettel az orvosi titoktartásra. Az elrendelést követően legalább egy hónap eltelt, a kezelőorvos és a kérelmezett között sor került több terápiás beszélgetésre, ezáltal a kérelmező képviselője számos különleges személyes adattal, információval rendelkezhet, melyeknek szerepe lehet az intézeti gyógykezelés fenntartásában. A meghallgatáson ugyanakkor jelen van a kérelmezett, ezért a kérelmező képviselője gyakran csak általánosságban nyilatkozik a kérelmezett állapotáról, hivatkozva az orvosi titoktartásra. Azonban, ha háttérszabályként alkalmazhatók a Pp. személyi állapotot érintő perekre vonatkozó közös szabályai, akkor a kérelmező képviselője, aki adott esetben a kezelőorvos is, az orvosi titoktartásra nem hivatkozhatna.<sup>50</sup> Az más kérdés, hogy a pszichiátriai betegségek gyógyítása során különösen fontos szerepe van az orvos és a beteg közötti bizalmi viszonyoknak. Ha a kérelmezett visszahallaná a kérelmező képviselőjétől a meghallgatáson az általa korábban elmondottakat (például a politikai nézeteiről, világnézeti meggyőződéséről, egészségi állapotáról, szexuális életéről) a mentális zavara, adott esetben szuicid készletesei és kísérletei hátterét illetően, az aláásná a sikeres kezeléshez szükséges bizalmi viszonyt, visszavetné, de legalábbis késleltetné a gyógyulását. Ezek nélkül azonban nehéz olyan egyediesített végzést írni, mely teljes részletességű indokolást tartalmaz a kérelmezett magatartásának veszélyeztető mivoltát illetően.

Kérdés tehát az is, hogy mit kell vizsgálnia a bíróságnak a felülvizsgálat során. Az említett jogszabályhelyeken csak annyit áll, hogy a bíróság az intézeti gyógykezelés,<sup>51</sup> illetve gyógykezelés<sup>52</sup> szükségességét felülvizsgálja. Kötelező gyógykezelés esetén az elrendelés alapja a veszélyeztető magatartás. Ideiglenes önkéntes felvétel és gyógykezelés lehetséges abban az esetben is, ha sem a sürgősségi, sem a kötelező intézeti gyógykezelés feltételei nem állnak fenn, de a kérelmezett ebben az esetben sem bocsátható el, ha a gyógykezelés során közvetlenül veszélyeztető vagy veszélyeztető magatartást tanúsít.<sup>53</sup> Az intézeti gyógykezelés fenntartását véleményem szerint az intézeti gyógykezelés szükségessége alapozza meg. A „felügyelet szükségessége” önmagában nem alapozza meg a fenntartást egyik elrendeléstípus esetében sem, hiszen a vonatkozó jogszabályhely kimondja, hogy a pszichiátriai beteg jogosult arra, hogy pszichiátriai gyógykezelésére lehetőség szerint családi,

illetőleg lakókörnyezetében, továbbá az állapotának megfelelő és a többi beteg fizikai biztonságát védő, a lehető legkevésbé hátrányos és kellemetlen módszerrel kerüljön sor.<sup>54</sup> A jelentős veszély fogalma és az állapotrosszabbodás lehetősége közötti kapcsolat felülvizsgálatok során is felmerül. Véleményem szerint ilyenkor az okozatosságot kell vizsgálni; konkrétan azt, hogy az állapotromlás a pszichiátriai intézeti gyógykezelés hiányára vagy csak a felügyelet hiányára vezethető vissza. Az Eü. tv. irányadó rendelkezései szerint tehát a sürgősségi és kötelező intézeti gyógykezelésre kötelezett beteget az intézetből el kell bocsátani, ha intézeti gyógykezelése, illetve gyógykezelése már nem indokolt.<sup>55</sup> Amint arról az elrendelésről szóló rész-

ben már szó esett, a szakértőt azért is célszerű nyilatkoztatni a veszélyeztető magatartás fogalmi elemeiről, mert intézeti körülmények között egyik beteg sem tanúsít veszélyeztető magatartást. Abban az esetben, ha a kérelmezettnek nincs betegségbelátása, egyedül él, esetlegesen korábban is állt pszichiátriai kezelés alatt, akkor a visszaesés kockázata jelentős, ezért a szakértő nyilatkozata szerint elbocsátása esetén jelentős veszélyt jelenthet saját vagy mások életére, testi épségére; sőt, betegségének esetleges akuttá válásával akár közvetlen veszélyeztető magatartást is tanúsíthat. Ilyen esetben, amikor egyébként a kérelmezett elmeszociális otthoni elhelyezése nem indokolt, mert képes az önellátásra, megállapítható, hogy a pszichiátriai intézeti kezelés hiánya állapotának további romlását eredményezné. Másrészt viszont az is igaz, hogy ha a gyógyszerbeállítással végeztek, és további állapotjavulásra nincs kilátás, akkor a kötelező pszichiátriai intézeti gyógykezelés fenntartása vég- és cél nélkülivé válik. Véleményem szerint a személyes szabadsághoz fűződő jog védelme azonban nem jelenthet egyet azzal, hogy a kérelmezettet a kezelés felénél elbocsássák, arra hivatkozva, hogy a meghallgatás időpontjában veszélyeztető magatartást nem tanúsított. A kötelező pszichiátriai intézeti gyógykezelést fenn kell tartani, amennyiben arra orvosi szempontból szükség van – az okokat pedig a bíróságnak részletesen ki kell fejtenie a végzése indoklásában, továbbá a jegyzőkönyvbe foglalt szakvéleménynek is kellő részletességgel kell taglalnia a veszélyeztető magatartás már említett tényállási elemeinek megalapozottságát. Meg kell teremteni ugyanakkor azokat a feltételeket, amelyek lehetővé teszik a kérelmezett számára a társadalmi életben való részvételt, illetve a társadalmi életbe való visszailleszkedést; az ellátásnak elő kell segítenie a kérelme-



zett rehabilitációját. Ezt a célt szolgálja az adaptáció: ez azon folyamatok általános és átfogó elnevezése, amelyek az egyén és a társas környezete közötti egyensúly megteremtésére irányulnak. Ennek eszköze az adaptációs szabadság, vagyis a kérelmezett egészségi állapota és szociális érettsége alapján, szociális és társadalmi rehabilitációja érdekében biztosított szabadság, az adott pszichiátriai intézet házirendjének eltávozásra vonatkozó szabályainak megfelelően.<sup>56</sup> A bíróságnak véleményem szerint a felülvizsgálat során vizsgálnia kell, hogy a kérelmezett adaptációja milyen szintet ért

el; volt-e adaptációs szabadságon, ha igen, az konfliktusmentesen, rendben zajlott-e. Ez azért is fontos, mert szakértők gyakran nyilatkozzák, hogy a kérelmezett megfelelő szociális elhelyezés, felügyelet esetén saját vagy mások életére, testi épségére, egészségére jelentős veszélyt nem jelenthet, kizárólag felügyelete szükséges, így gyakorlatilag az intézeti gyógykezelés fenntartásának alapjául szolgáló veszélyeztető magatartás fogalmi eleme<sup>57</sup> kérdőjeleződik meg, hiszen az állapotromlás nem csak pszichiátriai intézeti gyógykezeléssel akadályozható meg. Kérdéses azonban, hogy a bíróság ilyen esetben, figyelemmel a kérelmezett állapotára és az intézeti gyógykezelés eltelt időtartamára, hivatalból vizsgálhatja-e, hogy van-e a kérelmezettnek tartásra kötelezhető házastársa, volt házastársa vagy volt élettársa,<sup>58</sup> ezek hiányában gyermeke, távolabbi leszármazója,<sup>59</sup> esetlegesen rendelkezik-e otthoni ápolás biztosítását szolgáló jövedelemmel. Megjegyzendő, hogy e körben testvértartásra csak kiskorú jogosult vonatkozásában van lehetőség.<sup>60</sup> A másik alternatíva, hogy a bíróság – a szakvéleményre támaszkodva –, ténykérdésként kezeli, hogy a kérelmezett további pszichiátriai intézeti gyógykezelése orvosi szempontból indokolt-e, várható-e a kezelés révén további állapotjavulás. A szociális biztonságához való jog alapjog, ezért az állam köteles gondoskodni a fogyatékos személyek hátrányait kompenzáló szociális intézményrendszer fenntartásáról, működtetéséről a nemzetgazdaság mindenkorai lehetőségeihez mérten. Ez utóbbi költségvetési szempont azonban véleményem szerint a szociális otthoni elhelyezés minőségében érvényesülhet csak, a férőhelyek számában nem. Az ombudsmani jelentés többször összehasonlítási alapként hivatkozik a büntető igazságszolgáltatás terén alkalmazott személyi szabadságot korlátozó kényszerintézkedésekre. E körben jegyzendő meg, hogy nem ismert olyan eset, amikor a büntetőbíró a büntetés-végrehajtási intéze-

tek túlsúfoltságra tekintettel mellőzte volna a szabadságvesztés büntetés kiszabását vagy a letartóztatás elrendelését, hiszen a terheltek elhelyezése állami kötelezettség. Ha a szociális ellátórendszerben túlterheltség mutatkozik, az nem ösztönözheti a bíróságot megalapozatlan, felületes, sablonszerű, joggal bírálható végzések meghozatalára. Az ilyen motiváció nem szolgálja a kérelmezett érdekét, tehát nem eredményezheti hosszú hónapokig – a fővárosban esetleg évekig – tartó pszichiátriai intézeti elhelyezését sem, hiszen az az elérni kívánt célhoz képest

aránytalan és szükségtelen mértékben korlátozná a személyi szabadsághoz fűződő jogát, figyelemmel arra is, hogy a szociális otthonok a kórházakhoz képest nyitottabbak, nagyobb mozgásteret adnak, családiasabb körülményeket biztosítanak. Arról nem is beszélve, hogy a pszichiátriai osztályon való megalapozatlan elhelyezés a kérelmezetteket, akik

nem ritkán idős, törekeny egészségi állapotú emberek, kiteszi a kórházi fertőzések nem jelentéktelen kockázatának is. Véleményem szerint ezen utóbbi okokból nem alkalmazható az „ésszerű alkalmazkodás” követelménye sem,<sup>61</sup> hiszen a pszichiátriai intézeti gyógykezelés fenntartása aránytalan és indokolatlan módon korlátozná a kérelmezettet alapvető emberi jogainak és szabadságának gyakorlásában, adott esetben még életét is veszélyeztethetné, tekintettel a különféle infekciókra, járványokra. Ezért nem fogadható el önmagában a kérelmezők képviselőjé-  
től gyakran hallható érvelés, miszerint a kérelmezett benntartásának szociális indikációja van, szociális otthoni elhelyezése egyelőre nem lehetséges, a várólista hosszú, a szociális ellátórendszer nem bírja el a várakozók sokaságát. Alkotmánybírói határozat is kimondta, hogy alapvető alkotmányi követelmény az emberi élet és méltóság védelme, ennek megfelelően az állam köteles az emberi lét alapvető feltételeiről – így hajléktalanság esetén az emberi életet közvetlenül fenyegető veszélyhelyzet elhárításához szállásról – gondoskodni, emellett a szociális biztonsághoz való jog az állam által biztosított szociális ellátások összessége által nyújtott megélhetési minimumot magában foglalja.<sup>62</sup> A bíróságnak tehát, figyelemmel a kérelmezett érdekére is, véleményem szerint jogszabályból eredő kötelezettsége az elbocsátás elrendelése abban az esetben, ha a kérelmező képviselője és a szakértő úgy nyilatkozik, hogy a kérelmezett további pszichiátriai intézeti gyógykezelése nem indokolt. A bíróság végzése nem használható legitimációs eszközként a szükségtelen, adott eset-

ben (a már említett fertőzésveszély miatt) a kérelmezett életét is kockáztató „bent tartáshoz”. A megalapozottabb döntés érdekében a bíróság vizsgálhatja – országosan kialakított álláspont, kötelező érvényű jogegységi határozat hiányában –, hogy a kérelmezett elbocsátását követően milyen módon lesz biztosítva a felügyelete, hiszen a veszélyeztető magatartás fogalmi eleme, hogy „jelentős veszélyt jelenthet” a kérelmezett, ami nyilván jelentős mértékben függ a szociális körülményeitől is. Abban az esetben, ha a kérelmezett elbocsátását követően veszélyeztető magatartást tanúsít, akár saját, akár mások életére, testi épségére vonatkozóan, akkor elsősorban a tartásra köteles hozzátartozók vonatkozásában merül fel a gondozási kötelezettség elmulasztása,<sup>63</sup> másodsorban az állami fenntartású szociális intézmények vezetőinek felelőssége vizsgálendő. Az elrendelésnél már kifejtettekhez hasonlóan a felülvizsgálati eljárás során hozott végzéssel szemben is van lehetőség fellebbezésre; és ezt véleményem szerint elbocsátás esetén a kérelmezett gondnokának is szükséges biztosítani, akkor is, ha a meghallgatáson ügygondnok volt jelen. E körben érdemes megjegyezni, hogy a gyakorlatban változatosságot mutat az ügygondnok és a (hivatásos) gondnokok hozzáállása is. Az ügygondnok a kérelmezett mellett jár el – az Eü. tv. szerint: a képviselőjében –, hasonlóan a gondnokhoz, tehát elviekben a kérelmezett érdekét kell szem előtt tartania, azonban figyelemre méltó, hogy ez esetenként miként valósul meg a fellebbezésekben, tekintettel a hozzátartozók vagy a szociális ellátórendszer elvárásaira is.

## A SZÁMOK TÜKRÉBEN

Statistikai szempontból is érdemes megvizsgálni a pszichiátriai intézeti gyógykezeléssel kapcsolatos bírósági eljárásokat. Az alább ismertetett vizsgálat egy megyeszékhelyi járásbíróságon egy éves időintervallumon belül (2018. április 1. – 2019. április 1.) folyamatban volt ügyekre terjedt ki.<sup>64</sup> A szóba forgó bíróságon 2018. április 1. napjától ezen ügytípusban egy titkár jár el (akit távolléte alatt helyettesítettek); korábban a titkárok heti váltásban végezték a munkát. A változtatás nagy előnye, hogy a kérelmezett (beteg) állapotában az eltelt időszakban bekövetkezett változások könnyebben észlelhetők, ha egy személy foglalkozik az ügyvel, így a közvetlenség elve tágabb

értelemben érvényesülhet; különösen, ha úgy tekintjük, hogy a felülvizsgálati eljárás hivatalból zajlik. A bírósági számítógépes rendszer adatai alapján a vizsgált időszakban, a felülvizsgálati eljárások miatti újnak iktatásokat is figyelembe véve, összesen 358 ügy érkezett, melyből a Titkár1 304-et, a helyettesítésére kirendelt Titkár2 54-et kapott. Az érdemi döntések közül 156 sürgősségi, 44 önkéntes és 6 kötelező került be a vizsgálatba, továbbá 23 felülvizsgálat során hozott elbocsátást elrendelő végzés és a 19 fellebbezés. (A sürgősségi és önkéntes gyógykezelés elrendelésével kapcsolatos adatok alább táblázatba rendezve ismerhetők meg.)

A sürgősségi pszichiátriai intézeti gyógykezeléshez kapcsolódó ügyekben többnyire nem nyert bizonyítást a beszállítás alapjául szolgáló tényállás, így a szakértő is olyan cselekmény kapcsán adta elő szóbeli szakvéleményét, amely – részben az iratanyag hiányossága, részben a kérelmezett tagadása miatt –

A SÜRGŐSSÉGI PSZICHIÁTRIAI INTÉZETI GYÓGYKEZELÉSHEZ KAPCSOLÓDÓ ÜGYEK-BEN TÖBBNYIRE NEM NYERT BIZONYÍTÁST A BESZÁLLÍTÁS ALAPJÁUL SZOLGÁLÓ TÉNYÁLLÁS, ÍGY A SZAKÉRTŐ IS OLYAN CSELEKMÉNY KAPCSÁN ADTA ELŐ SZÓBELI SZAKVÉLEMÉNYÉT, AMELY – RÉSZBEN AZ IRATANYAG HIÁNYOSSÁGA, RÉSZBEN A KÉRELMEZETT TAGADÁSA MIATT – NEM VOLT KÉTSÉGET KIZÁRÓAN BIZONYÍTHATÓ

nem volt kétséget kizáróan bizonyítható. Ezen kérelmezettek egy részénél hónapok vagy évek óta zajló folyamatokról volt szó, vagyis esetükben a közvetlen veszélyeztető magatartás fogalmi elemeként meghatározott azonosság követelménye nem állt fenn, miközben a sürgősségi és a kötelező gyógykezelés közti alapvető különbséget az ellátás sürgőssége adja meg.<sup>65</sup> Emellett előfordultak intézetben belüli áthelyezések is, ezekben az esetekben szintén a fenti érv alapján ítélték indokolatlannak a sürgősségi beszállítást: a korábban az intézeti más osztá-

lyon elhelyezett kérelmezett ugyanis védett környezetben volt, a vonatkozó jogszabály nem kizárólag pszichiátriai osztályon való rögzítést ír elő,<sup>66</sup> emellett intézetben belül konzílium is bármikor kérhető pszichiáter szakorvostól – a kérelmezett közvetlen és súlyos veszélyt ilyen környezetben aligha jelenthetett, különösen nem olyan mértékűt, amit csak azonnali pszichiátriai intézeti gyógykezelésbe vétellel lehetett volna elhárítani. Az arányokat tekintve a Titkár1 és a Titkár2 joggyakorlata eltérő a sürgősségi gyógykezelésekkel kapcsolatban, hiszen míg a Titkár1-nél a vizsgált ügyek 25%-ában nem volt indokolt a beszállítás sürgősségi gyógykezelés keretében, és a kötelező intézeti gyógykezelésre vonatkozó kérelmek 11%-át elutasították, addig a Titkár2-nél 100%-ban indokoltak voltak a beszállítások, és az elrendelésre vonatkozó kérelmek 5%-át utasították el.

Az önkéntes gyógykezelés esetében – amikor a jogszabályban meghatározott személy nyilatkozata<sup>67</sup> is rendelkezésre állt, és a 2. számú melléklet került kitöltésre – a kötelező pszichiátriai intézeti gyógykezelés elutasítására jellemzően olyan személyek vonatkozásában került sor, akik szociális indikációból kerültek intézetbe. A bíróság álláspontja szerint az ilyen esetekben nem is zajlik gyógykezelés, kizárólag a kérelmezett felügyeletére van szükség. A nyilatkozatok érvénytelensége mögött egyébként általában figyelmetlenség áll: a nyilatkozatot elfelejtik bemutatni a kérelmezettnek, illetve aláírni vele, vagy összekeverik a 4. számú melléklettel, és a feljogosított másik személy – például a gondnok – nem jegyzi ellen.

Ideiglenes önkéntes gyógykezelések esetében – amikor a 4. számú melléklet kitöltésére kerül sor, mert a törvényben meghatározott személy nyilatkozatának beszerzése késedelemmel járna, vagy felmerül vele kapcsolatban annak az aggálya, hogy a beteg indokolt gyógykezelésében ellenérdekelt – a pszichiátriai intézetbe történő ideiglenes felvétel és a gyógykezelés is indokoltnak bizonyult. Ennek hátterében az áll, hogy a jogszabály szerint ezen ügýtípusban sem a sürgősségi, sem a kötelező pszichiátriai intézeti gyógykezelés feltételeinek nem szükséges fennállnia, elegendő az, hogy az intézeti gyógykezelés indokolt.<sup>68</sup> Mindez persze nem jelentheti azt, hogy a kérelmezettnek csak a felügyelete szükséges. A törvény 72 órás eljárási határidőt ír elő ekkor is, de a gyakorlatban általában ennél is rövidebb idő alatt zajlik le az eljárás. Ilyen rövid idő alatt lehetetlen megalapozott véleményt kialakítani arról, hogy a kérelmezett pszichiátriai intézeti gyógykezelése indokolt-e, és nem lenne-e elegendő csak a felügyelete, ezért a bíróság a kérelmezett obszervációjára, illetve az esetleges gyógyszerbeállításra alapozva szokta az ideiglenes felvétel és a gyógykezelés indokoltságát megállapítani, jellemzően demens kérelmezetteknél.

A felülvizsgálati eljárásokban a titkár azokban az ügyekben állapította meg, hogy a kérelmezett további intézeti gyógykezelése nem indokolt, és rendelte el elbocsátását, amikor a kérelmezettnek nem volt hozzátartozója, vagy a hozzátartozója nem kívánta hazavinni. Megjegyzem, hogy álláspontom szerint ilyen esetekben az elbocsátás elsősorban a kezelőorvos feladata lenne. Az eltelt időben a joggyakorlat is változott. A szóban forgó időszak első hónapjaiban a bíróság vizsgálta a szociális hátteret, hozzátartozókat idézett tanúként, és beszerezte a jövedelemre vonatkozó adatokat annak megállapítása érdekében, hogy rendelkezik-e a kérelmezett az otthonápoláshoz szükséges forrásokkal. Ezen eljárások ugyanakkor hónapokig elhúzódtak, rendkívüli mértékben

meghosszabbították, órákra nyújtották a meghallgatások idejét, gyakorlatilag átfordultak szülő- és rokontartási perekbe, és mindez a kérelmezettek pszichés állapotának sem tett jót. Sőt, előfordult olyan is, hogy iratismertetést követő napon bocsátotta el a kórház a kérelmezettet, aki már több mint egy éve bent tartózkodott, tehát a hosszadalmas eljárás lényegében érdemi, nagyobb terjedelmű határozat meghozatala nélkül zárult. Változást a másodfokú bíróság fellebbezés eredményeként meghozott végzése hozott, mely kimondta, hogy az anyagi és szociális körülményekre vonatkozó érvek pszichiátriai intézeti gyógykezelés felülvizsgálata körében nem vehetők figyelembe; ténykérdésnek minősül, hogy a pszichiátriai beteg (kérelmezett) szorul-e a továbbiakban fekvőbeteg-intézeti szakellátásra, vagy gyógykezelése ambulánsan is biztosítható. Utóbbi esetben a pszichiátriai intézeti gyógykezelés megszüntetésére és a beteg (kérelmezett) elbocsátására van szükség. Az elsőfokú bíróság a vizsgálat későbbi időszakában az elbocsátást elrendelő döntéseiben a 42/2000. (XI.8.) AB határozat fentebb már részletesen ismertetett rendelkezéseire és az Eü. tv. 190. § b) pontjára is hivatkozott.

A fellebbezéseket megvizsgálva megállapítható, hogy a beszállítások sürgősségi gyógykezelés keretében való megalapozatlanságával szemben a kérelmező képviselője, az elrendelések ellen az akut mentális zavarban szenvedő, betegségbelátással nem rendelkező kérelmezettek, míg az elbocsátásokkal szemben a gondnokok szoktak jogorvoslattal élni, de az ügygondnok önállóan lényegében egyetlen alkalommal sem élt ezzel a lehetőséggel, legfeljebb a kérelmezett-höz csatlakozott. Teljesen szabályos fellebbezést gyakorlatilag senkinek sem sikerült előterjeszteni (általában az anyagi felülbírálati jogkör megjelölése okoz problémát), ezért a fellebbezés a kérelmezettek és a kérelmező képviselője esetében az elsőfokú bíróság eljárástámogatási kötelezettségének teljesítésével történt, míg a meghallgatáson jelen nem lévő gondnokok esetében automatikusan felterjesztésre kerül a jogorvoslati kérelem, hivatkozva az eljárás jellegére.<sup>69</sup> A másodfokú bíróság egy esetben utasította vissza a fellebbezést elkészttség miatt, a többi ügyben érdemben elbíráltta, és egy eset kivételével helyben hagyta az elsőfokú bíróság végzéseit, azok helyes indokainál fogva.

A vizsgált ügyeket tekintve megállapítható, hogy noha a két titkár jelentősen eltérő ügymennyiséggel dolgozott, az arányokat figyelembe véve megfigyelhető a joggyakorlatuk közötti eltérés. Ez részben látásmódbeli, illetve attitűdbeli okokra vezethető vissza. Míg az egyik titkár esetében az a szemlélet érvényesül, hogy a kérelmezett érdeke az elsődleges,

figyelemmel a személyi szabadság korlátozására, a zárt, ingszegény környezet állapotrosszabbodást eredményező hatására és a kórházi fertőzésveszélyre, addig a másik titkára inkább a konfliktuskerülés jellemző. A meghallgatásokra a kórházban kerül sor, hiányzik tehát a tárgyalóterem légköre. Ugyanakkor (a szakértőt is számításba véve) két orvos van nagyon gyakran azonos állásponton a kérelmezett egészségi állapotát illetően, miközben (a hiányos dokumentáció és a kérelmezett tagadása miatt) a beszállítást megalapozó magatartás nem bizonyított, ezen esetekben a végzés indokolása sok esetben vitába, veszekedésbe torkollik, és az ilyen helyzeteket nem minden titkár vállalja fel. Más szemszögből nézve: míg a kérelmező képviselője egy nyugdíjhoz közelítő, pszichiátriai szakvizsgálóval, több évtizedes tapasztalattal rendelkező, adjunktusi beosztásban lévő szakorvos, addig a sürgősségi beszállítás indokoltságáról, kötelező gyógykezelés elrendeléséről döntő titkár harminc év körüli, jogi diplomával és szakvizsgálóval rendelkezik, és az elutasítás indokait az eljárás résztvevői, így a kérelmezett (beteg) jelenlétében, azok előtt, nekik indokolja. Nem csoda, ha a kérelmező képviselője vagy a szakértő személyében sértve, megalázva érzi magát, és nem hagyja szó nélkül az elhangzottakat, minek következtében szó szót követ, figyelmeztetések hangzanak el a rendzavarás jogkövetkezményeire vonatkozóan. Az azonban az eljárás egyik résztvevőjének sem róható fel, hogy a szóban forgó ügyekben nem bírják, hanem titkárok járnak el, ezt viszont a tapasztalatok szerint az orvosok egy része szakterületére vonatkozóan degradálónak érzi. A rendelkezésre álló, hangfelvevőre diktált, majd leíró által elkészített jegyzőkönyvek alapján azonban nem fordult elő olyan, hogy a kérelmező képviselője ne jelent volna meg a meghallgatáson, vagy nem a szakértővel és a titkárral együtt ment volna a zárt részlegre, hanem a meghallgatást vezető egy kulccsal küldték volna oda be.<sup>70</sup> Álláspontom szerint a kérelmező képviselőjének hiányában a vonatkozó háttérjogszabály alapján<sup>71</sup> az eljárás megszüntetésének van helye, a kérelmezett intézetben tartásával kapcsolatban ezt követően felmerült nehézségek a kérelmezőt terhelik. Mindez azonban a titkárral szemben is elvárásokat támaszt: a vonatkozó szakirodalom minimális szintű ismerete nélkülözhetetlen, máskülönben nem tudna kérdéseket feltenni a szakértőnek. A jegyzőkönyvbe foglalt szakvélemények alapján a szakértő gyakran csak demenciát jelöl meg mentális zavarként, holott annak foka is jelentőséggel bír. Az elhelyezés szempontjából fontos lehet például az is, hogy egy delírium miből (milyen alapbetegségből) eredt. Ilyen irányú kérdéseket azonban csak akkor tud a döntéshozó a szakértőnek fel-

tenni, ha a vonatkozó irodalmat, szakmai protokollokat legalább alapszinten ismeri. Tapasztalat ugyanakkor az is, hogy egyes szakértők megdöbbenéssel veszik a kérdéseket, pedig álláspontom szerint a jó szakvélemény – különösen, ha szóban terjesztik elő – olyan, mint a jó előadás: generálja a kérdéseket. Az ügyszak tehát megkövetel bizonyos fokú határozottságot és akaratot, valamint bizonyos fokú szakismeretet, mert ezek hiányában az egészségügyi rendszer maga alá gyűri a titkárt, amit részben a statisztika is mutat. Másrészt az eljárásokban lehetőséget is látnak kérelmezői oldalon. Ismeretes ugyanis olyan (jegyzőkönyvbe nem foglalt) álláspont, miszerint az egészségügyben elfoglalt hierarchiában a pszichiátria inkább hátul van, semmint elől, annak ellenére, hogy a biztosítási jelentések is kitérnek arra, hogy a pszichiátriai intézeti gyógykezelés az egyik legszigorúbb személyi szabadságot korlátozó kényszerintézkedés, amire az eljáró titkár a vizsgált végzésekben több alkalommal is utalt. Ellentmondásos helyzet keletkezik tehát: a más kórházi osztályokon dolgozók első helyen a pszichiátriára gondolnak akkor, amikor egy problémás szociális háttérű beteget kell elhelyezni, míg a titkár utolsó, végső lehetőségként jelöli meg a pszichiátriai intézeti kezelésbe vételt, és azt figyelembe véve rendeli el a kérelmezett elbocsátását, hogy állapotából eredően más osztályon is elhelyezhető vagy kifejezetten másutt szükséges elhelyezni. Ezen esetekben a kérelmező képviselőjének nem kell a konfliktust felvállalnia egy másik osztály (esetleg befolyásosabb) osztályvezető főorvosával, elég a bíróság végzésére utalnia. A sürgősségi gyógykezelés keretében történő indokolatlan beszállítások magas száma mögött tehát ilyen okok is húzódnak.

A felülvizsgálatokat elemezve, kiindulva, hogy a vizsgált időszakban összesen 170 sürgősségi és 48 önkéntes gyógykezelés elrendelésére vonatkozó kérelem érkezett, és ebből kivonva összesen 22 kötelező pszichiátriai intézeti gyógykezelés elrendelésére vonatkozó kérelem elutasítását, azt látjuk, hogy legfeljebb 196 esetben rendelt el a bíróság kötelező pszichiátriai intézeti gyógykezelést. Azért legfeljebb, mert – amint az fentebb említésre került – adminisztrációs okokból csak 156 sürgősségi és 44 önkéntes ügy került bele a vizsgálatba, a fennmaradó ügyek némelyike esetében elképzelhető a kötelező gyógykezelés elrendelésére vonatkozó kérelem elutasítása. Véleményem szerint a hiányzó 18 ügy vizsgálata érdemben nem módosítaná a kapott, statisztikai hibahatáron belül lévő eredményeket, figyelemmel arra is, hogy a rendelkezésre álló információk szerint a 9 kötelezőből<sup>72</sup> egy sem zárult elrendeléssel. Összességében tehát a bíróság (a 196 üggyhöz viszonyítva) 10-11%-ban rendelte el a kérelmezettek elbocsátását. Ennek oka

az, hogy a szociális ellátórendszer is megoldottnak tekinti azoknak a betegeknek az elhelyezését, akiket pszichiátriai intézeti gyógykezelésbe vettek, annak ellenére, hogy az Eü. tv. vonatkozó szakasza kimondja, hogy a beteg jogosult arra, hogy a pszichiátriai gyógykezelésére az állapotának megfelelő és a többi beteg fizikai biztonságát védő, a lehető legkevesbé hátrányos és kellemetlen módszerrel kerüljön sor.<sup>73</sup> Ha azt vesszük, hogy az a 23 kérelmezett, akiknek elbocsátását a bíróság rendelte el, még további fél évet tartózkodik bent megalapozatlanul, akkor a 30 napos felülvizsgálatokkal számolva ez a 131 felülvizsgálati eljárás mellé további 138-at jelentett volna, vagyis az eljárások számának megduplázódását okozta volna, ami érzékelhető növekedés, különös tekintettel arra, hogy a jegyzőkönyvek tanúsága szerint minimum 30 percet vesz igénybe egy felülvizsgálati meghallgatás. Arról nem beszélve, hogy a megalapozatlan pszichiátriai intézeti elhelyezés a kérelmezett állapotának sem tesz jót, amint arról a korábbiakban már szó esett. Mindez persze az ügygondnokokat is nehéz helyzet elé állítja, hiszen a bíróság nem a hozzátartozók és nem a szociális ellátórendszer, hanem a kérelmezett képviselőjére rendeli ki őket, ami változatos nyilatkozatokat eredményez a jegyzőkönyvek tanúsága szerint; különösen azokban az esetekben, amikor más-más ügygondnok járt el ugyanazon kérelmezett esetében az elrendelés és az egyes felülvizsgálati eljárások során. Az ügyszám csökkenésével párhuzamosan az ügygondnoki és a szakértői díjak is rendezésre kerültek (a vizsgált egy év során többszörösére emelkedtek). Felülvizsgálatok esetében az időszak végére a szakértő ügyenként (felülvizsgálatonként) teljes szakvéleményt terjesztett elő díjjegyzék csatolása mellett, tehát ilyen értelemben anyagi hátrány senkit nem ért az elbocsátásokkal.

A végzések szerkezete az eltelt egy évben jelentős mértékben átalakult, színvonaluk emelkedett: a biztosító jelentésekben és a jogszabályban foglalt tartalmi követelményeknek megfelelően, az elbocsátásokat elrendelő végzések indokolása néha több oldalnyi terjedelmű. Megalapozottságukat a helybenhagyó másodfokú döntések is mutatják. A fellebbezések száma egyébként, figyelemmel arra, hogy összesen 358 darab ügy érkezett, határozottan alacsonynak mondható, aránya 5% körül alakul. Mindez annak fényében tekintendő, hogy az eljáró titkárok a végzések kihirdetését követően már nyilatkoztatják a kérelmezetteket, hogy kívánnak-e a jogorvoslat lehetőségével élni. Az alacsony szám ugyanakkor a kötelező pszichiátriai intézeti gyógykezelések elrendelésének

megalapozottságát vonhatja kétségbe, annak magas arányára utalhat, hiszen egy „klasszikus” elmebetegnek nincs betegségbelátása, ebből következően a pszichiátriai intézeti gyógykezelést aligha fogadja el. Az adatokból leszűrhető még az is, hogy a kötelező

ÖSSZESEN TEHÁT MEG-  
ÁLLAPÍTHATÓ, HOGY A VIZ-  
GÁLT IDŐSZAKBAN JELENTŐS  
ELMOZDULÁS TÖRTÉNT  
MENNYISÉGI IRÁNYBÓL  
„MINŐSÉGI” IRÁNYBA

pszichiátriai intézeti gyógykezelés elrendelésére vonatkozó eljárás azokban az esetekben, amikor a kérelmezett nem tartózkodik az intézetben,<sup>74</sup> a gyakorlatban végrehajthatatlannak szokott bizonyulni. Abban az esetben, ha a kérelmezett együttműködik, a 15

napos határidő tartható, ez esetben viszont a kezelés járóbeteg-ellátás keretében folytatható, a fekvőbeteg-intézeti ellátást a szakértő sem javasolja, ezért a kérelem elutasításra kerül. Ha viszont ellenállást tanúsít, illetve nem jelenik meg a szakértői vizsgálaton, meghallgatáson, akkor az eljárás hónapokig elhúzódik, mely idő alatt állapota esetlegesen annyira leromlik, hogy sürgősséggel történő beszállítására kerül sor. A demenseknél a járulékos tünetekkel kapcsolatos kivizsgálás, gyógyszerbeállítás idejére szóba jöhetne ez az eljárásforma, azonban a hozzátartozók ismeretek hiányában inkább egyszerűen beszállítják a kérelmezettet az intézetbe, és a kérelem sürgősségi gyógykezelés keretében érkezik. A kérelmező képviselője gyakran hivatkozik arra is, hogy a hozzátartozók ugyan jelzik, hogy gyógyszereit nem szedő pszichés betegről van szó, akinek romlik az állapota, mivel azonban ő ezt személyesen nem észleli (mert az illető járóbeteg szakrendelésen nem jelenik meg), és csak telefonos értesítés alapján szerez a problémáról tudomást, a beszállítás szükségességéről nem áll módjában nyilatkozni.<sup>75</sup>

Összességében tehát megállapítható, hogy a vizsgált időszakban jelentős elmozdulás történt mennyiségi irányból „minőségi” irányba. Míg 2018 júniusában több, legalább 5 olyan kérelmezett volt, aki egy évet vagy azt meghaladó időtartamot tartózkodott az intézetben, addig 2019 áprilisában már nem volt olyan, akit kötelező pszichiátriai intézeti gyógykezelés keretében 6 hónapon túli bent tartottak volna, a kezelések átlagos időtartama 3–4 hónap körül alakult. Az elbocsátások eredményeként a felülvizsgálati eljárások száma közvetetten csökkent, és a felszabaduló erőforrásokat a meglévő ügyekre lehetett összpontosítani, nemcsak a végzések színvonalának emelése, hanem a meghallgatások alapossága tekintetében is. Elrendeléssel kapcsolatos ügyekben a meghallgatás a jegyzőkönyvek tanúsága szerint 30 és 60 perc közötti időtartamban zajlott, felülvizsgálatoknál átlagosan 30 perc volt, de 2018 július-augusztusáig (amíg a felülvizsgálatok során tanúkat is meg-

A Titkár1 által hozott és elemzett döntések a vizsgált időszakban <sup>77</sup>											
Sürgősségi				Önkéntes							
				Önkéntes (2. számú melléklet)				Ideiglenes önkéntes (4. számú melléklet)			
Beszállítás		Kötelező pszichiátriai intézeti gyógykezelés		Nyilatkozat érvényessége		Kötelező pszichiátriai intézeti gyógykezelés		Felvétel		Gyógykezelés	
Indokolt	Nem indokolt	Elrendelés	Elutasítás	Érvényes	Nem érvényes	Elrendelés	Elutasítás	Indokolt	Nem indokolt	Indokolt	Nem indokolt
89	31	106	14	11	1	6	6	23	0	23	0

A Titkár2 által hozott és elemzett döntések a vizsgált időszakban <sup>78</sup>											
Sürgősségi				Önkéntes							
				Önkéntes (2. számú melléklet)				Ideiglenes önkéntes (4. számú melléklet)			
Beszállítás		Kötelező pszichiátriai intézeti gyógykezelés		Nyilatkozat érvényessége		Kötelező pszichiátriai intézeti gyógykezelés		Felvétel		Gyógykezelés	
Indokolt	Nem indokolt	Elrendelés	Elutasítás	Érvényes	Nem érvényes	Elrendelés	Elutasítás	Indokolt	Nem indokolt	Indokolt	Nem indokolt
36	0	33	2	3	2	5	0	4	0	4	0

hallgattak) esetenként a 60 percet is meghaladta. Mindezen változások eredményeként bizonyos szempontból az orvosok terhe is növekedett, és a már említett fejlemények is szerepet játszhattak abban, hogy a megye egy másik, hasonló népességszámú megyei jogú városában a vizsgált időszakban összesen csak 41 darab ügy volt.<sup>76</sup> Ennek hátterében állhat az is, hogy kizárólag akkor terjesztettek elő kérelmet, ha a kérelmezett tevőlegesen, erőszakosan, nagy indulati töltöttséggel állt ellen a gyógykezelésnek, de elképzelhető – ami nem zárja ki az előbbi –, hogy a már vázolt procedúrát szerették volna elkerülni, és inkább 72 órán belül elbocsátották a kérelmezettet.

Megjegyzendő, hogy a jelen tanulmány, elemzés kereteit meghaladta annak a kérdésnek a vizsgálata, hogy a szociális ellátórendszer is felkészült-e az említett változtatásokra.

## NEMZETKÖZI KITEKINTÉS

Az Európai Unió egyes tagállamai között jelentősek a különbségek a pszichiátriai intézetben történő nem önkéntes elhelyezés szabályozásával kapcsolatban. Alapvetően két modell létezik: a „*parens patriae*” és a „rendészeti jogkör”. Az előbbi, orvosi alapú megközelítés elegendőnek tekinti a kezelés szükségességének megállapítását, míg az utóbbi modell esetében szigorúbb jogi látásmód érvényesül, mely megköveteli a „veszélyességi kritériumot”, vagyis annak a veszélynek a fennállását, hogy a beteg magában vagy másokban kárt tesz. A veszélyességi kritérium hiány-

zik például az olasz és a spanyol jogszabályokból, míg alapvető feltétel például az osztrák és német törvényekben. Több szabályozás az állapotrosszabbodás kockázatát is figyelembe veszi (például a brit); sőt, a francia szabályozás a belátási képesség hiányát is mérlegeli. Kiemelendő, hogy Dániában a gyógyíthatatlan mentális zavarban szenvedők pszichiátriai osztályon való elhelyezése egyenesen jogellenes, ha annak nincs egészségügyi célja; gondozóotthonokban történő ellátásukra a gondnoksági törvény alkalmazandó. Ezzel szemben Görögországban a veszélyességi kritériumnak való megfelelésen kívül is sor kerülhet az elrendelésre, ha a beteg mentális zavara következtében önellátásra képtelenné válik, vagy ha a kezeléstől állapotának javulása várható. Az Egyesült Királyságban az állapotfelmérés vagy kezelés céljából történő őrizetbe vétel feltétele a veszélyesség mellett az, hogy létezzen olyan kezelésmód, amely „valószínűsíthetően enyhíti vagy megelőzi” az állapotrosszabbodást. A finn szabályozás alternatívát tartalmaz a „kezelés szükségessége” és a „veszélyesség” vonatkozásában, ugyanakkor a kezelés szükségességére hivatkozó elrendelésnél kifejezetten utalni kell a betegség lehetséges rosszabbodására, az elrendelés folyamatának megszervezése pedig elsősorban orvosi kompetenciának számít, hasonlóan a dániai rendszerhez.

Az elrendelés feltételeinek fennállását megalapozó szakértelem vonatkozásában is eltérő a gyakorlat az egyes uniós államokban. Pszichiáter szakértő véleményének beszerzése kötelező például az osztrák és brit rendszerben, valamint egyes német tartomá-

nyokban is. Ausztriában több – akik között nem csak pszichiáter lehet – szakértő véleményét is megkövetelik. A betegek képviselőjét illetően érdemes megjegyezni, hogy az osztrák rendszerben a magyarhoz hasonlóan a bíróság által kirendelt ügyvéd biztosítja a beteg jogi képviselőjét. A jogi képviselőt ingyenes, a kirendelt ügyvéd tanácsadást és tájékoztatást nyújt nemcsak a betegeknek, hanem adott esetben a családtagjaiknak is. Az országban két nonprofit szervezet működik, melyek az Igazságügyi Minisztérium felügyelete alatt állnak, és az ilyen ügyekben eljáró ügyvédek képzéséért, ellenőrzéséért felelősek.

A szükségesség-arányosság kérdését illetően több tagállam megköveteli a személyi szabadságot kevésbé korlátozó kezelés lehetőségének megfontolását, az intézetben történő gyógykezelés alternatívájaként. Ezen tagállamokban, amennyiben a beteg nem adja beleegyezését önkéntes gyógykezeléshez, akkor kerülhet sor, kötelező járóbeteg-kezelés elrendelésére. Ilyen lehetőséget a svéd és luxemburgi jogszabályok biztosítanak.

Az uniós országok szabályozását áttekintve tehát az látszik, hogy a legtöbb ország a veszélyesség mellett az önkéntes beleegyezés adására, illetve az önelátásra való képtelenséget is elfogadja a nem önkéntes pszichiátriai intézeti gyógykezelés alapjaként, továbbá az egészségromlás kockázata is számos országban szerepelhet az elrendelés okaként. A szükségesség-arányosság kritériuma is felbukkan több állam szabályozásában. Ahol korlátozottabb a kötelező intézeti gyógykezelésbe vétel lehetősége, a gondnokság alá helyezési törvényeket alkalmazzák a betegek beleegyezés nélküli elhelyezése, kezelése céljából.<sup>79</sup>

## KONKLÚZIÓ

Látható tehát, hogy a hazai és a nemzetközi jogi környezet által támasztott követelményeknek, elvárásoknak a mindennapi gyakorlatban nem egyszerű megfelelni. Az alapvető jogok biztosának közelmúltban megjelent, hivatkozott jelentése kizárólag az elrendelésekkel foglalkozott, magas színvonalú tevékenységet várva el a bíróságoktól a végzések és az eljárások lefolytatása tekintetében. A vizsgálat nem terjedt ki viszont a felülvizsgálatokra, a betegállomány összetételére, a szociális indikáció megítélésére.

ÍGY LÁTHATÓ, HOGY A MENNYISÉG A MINŐSÉG ELLEN HATÓ TÉNYEZŐ. A SZAKÉRTŐK ÉS A KEZELŐORVOSOK VÉLEMÉNYÉRE, TAPASZTALATAIRA ALAPOZOTT, NEM HIVATALOS BECSLÉS ALAPJÁN A FŐVÁROSI BETEGÁLLOMÁNY KÖRÉBEN A SZOCIÁLIS INDIKÁCIÓ MINTEGY 60-65%, VIDÉKEN EZ AZ ARÁNY ALACSONYABB, 50% KÖRÜLI. A BETEGÁLLOMÁNYON BELÜL A DEMENCIÁBAN SZENVEDŐK ARÁNYA BUDAPESTEN 50%, VIDÉKEN PEDIG 20-30% – TEHÁT MINDENKÉPPEN MAGAS SZÁMOKRÓL VAN SZÓ, NEM PEDIG EGYEDI ESETEKRŐL

Így látható, hogy a mennyiség a minőség ellen ható tényező. A szakértők és a kezelőorvosok véleményére, tapasztalataira alapozott, nem hivatalos becslés alapján a fővárosi betegállomány körében a szociális indikáció mintegy 60-65%, vidéken ez az arány alacsonyabb, 50% körüli. A betegállományon belül a demenciában szenvedők aránya Budapesten 50%, vidéken pedig 20-30% – tehát mindenképpen magas számokról van szó, nem pedig egyedi esetekről. Pontos számításokat, kutatásokat egyébként azért is nehéz végezni, mert az egészségügyi adatok különleges személyes adatnak minősülnek,<sup>80</sup> emiatt fokozottan védendők. A társadalom

előregedésével ugyanakkor a szociális problémák várhatóan csak súlyosbodni fognak. Az alaptalan pszichiátriai intézeti „gyógykezelések”, elhelyezések száma rendkívüli módon leterheli az ilyen ügyekben eljáró titkárokat, ami felületes munkát, sablonszerű végzéseket eredményez.

## JAVASLATOK A JOGI SZABÁLYOZÁS REFORMJÁRA

Az önkéntes gyógykezelés jogintézménye, ha a kérelmezettnek hivatásos gondnoka van, gyakorlati szempontból indokolatlan. A bíróságnak a gondnokság alá helyezett személyek egyetlen más jogügyleténél sincs felülbírálati jogköre, kötelezettsége, ha a gondnok hozzájárul a gondnokolt cselekményéhez. Gondnokság alatt álló kérelmezett esetében ugyanakkor nincs lehetőség a bírósági felülvizsgálat mellőzésére akkor sem, ha az intézetben való elhelyezés orvosi szempontból indokolatlan; annak ellenére, hogy nemzetközi példák szerint is alapvetően a gondnok hatásköre a szociális alapú intézeti elhelyezés. A jogszabály módosításával részben elérhető lenne a konfliktus- és ügyszám csökkentés elbocsátások nélkül, ezáltal a fennmaradó ügyekben a végzések színvonalának emelése.

Megfontolandó továbbá a joganyag deregulációja. Sok esetben elegendő lenne annak megállapítása, hogy a kérelmezett pszichiátriai intézeti kezelése szükséges-e, és felesleges azt eldönteni, hogy a sürgősségi beszállítás indokolt volt-e vagy sem. A veszélyességi kritériumot – bár a nemzetközi példákban látható, hogy a szegényebb tagállamok jogi szabályo-

zásából hiányzik – célszerű meghagyni, különben az elrendelések vonatkozásában indokolatlan emelkedés lenne tapasztalható, ami nem feltétlenül szolgálja a cselekvőképes, munkahellyel rendelkező betegek érdekét. E körben fokozott hangsúlyt kellene helyezni a szükségesség-arányosság kritériumára. Érdemes lenne egy állásfoglalás a tekintetben is, hogy az eljárás kezdeményezésének okaként a kezelés elutasítása is szükséges, vagy elegendő, ha a kérelmezett belátási képessége csökkent vagy hiányzik. A döntés kihirdetését követően a kérelmezett fellebbezési jogának biztosítása a szakértő nyilatkozatának függvényében lenne lehetséges, kézbesítés pedig csak az ügygondnoknak célszerű, aki az indokolt végzést a kezelőorvossal történő egyeztetést követően ismertetheti a kérelmezettel. A felülvizsgálatokra vonatkozóan is indokolt lenne egy állásfoglalás, hogy milyen szempontokra kell figyelemmel lenni, különös tekintettel arra, hogy az intézetből való elbocsátáshoz elegendő-e az orvosi indok, szükséges-e a szociális háttér felderítése is, ami hosszú hónapokat vehet igénybe, és számtalan tanú meghallgatásával járhat. Véleményem szerint az elrendelés és a felülvizsgálat jogintézménye mindezek folytán összefügg; megalapozatlan eredményre vezet, ha ezeket külön vizsgáljuk. Ezen interdiszciplináris eljárások – kellően alapos titkári munka mellett – számtalan jogszabály alkalmazását kívánják meg, és nem kevés ismeretre van szükség a pszichiátria területéről, különös tekintettel annak nyelvezetére. Nem véletlen az, hogy több országban, például Németországban is, bírók járnak el ezen ügyekben. Az, hogy nálunk méltatlanul marginális szerepet tölt be ez az ügytípus, a leterheltségéből eredő felületes titkári munkára is visszavezethető.

#### JAVASLATOK SZERVEZETI, SZERVEZÉSI VÁLTOZTATÁSOKRA

Szükség lehet a kórházak pszichiátriai osztályainak átstrukturálására is, konkrétan ágyszám átcsoportosítására az ápolási, geriátriai osztályok javára, hiszen a szociális alapú, orvosilag megalapozatlan intézetben tartás mögött ágyszám-kihasználtsági szempontok is állhatnak, amire már más tanulmányok is felhívták a figyelmet.<sup>81</sup>

Érdemes lenne azt is megfontolni, hogy az eljárások megszervezése részben a kórházak feladata legyen, esetlegesen a szakértői, ügygondnoki díjakat az állami fenntartású egészségügyi intézmények költségvetéséből fedezzék, ezzel is csökkentve a megalapozatlan kérelmek számát. Másrészt megfontolandó az is, hogy ezen ügyek a büntetvégrehajtás törvényességi felügyelete során, a személyi szabadságot

korlátozó kényszerintézkedések területén már tapasztalatot szerzett ügyészséghez átkerüljenek. Azért is lenne célszerű ez, mert a büntetőjogban bekövetkezett értékhatár-változás a szabálysértések számának emelkedését eredményezte, ami megnövelte a titkárok ügyterhét, míg a bűncselekmények számának csökkenése vélhetően erőforrás felszabadulással járt az ügyészségeken.

Összességében megállapítható, hogy az ügytípusban – a társadalom és az állami szervek növekvő elvárásai miatt is – számtalan változtatás lenne indokolt, ami ugyanakkor csak ezen eljárások komplexitására tekintettel kivitelezhető.

#### JEGYZETEK

1. Az alapvető jogok biztosának jelentése az AJB-305/2017. számú ügyben, [https://www.ajbh.hu/documents/10180/2602747/Jelent%C3%A9s+a+s%C3%BCrg%C5%91ss%C3%A9gi+gy%C3%B3gykezel%C3%A9s+al%C3%A1+vont+szem%C3%A9lyek+jogorvoslat+jog%C3%A1r%C3%B3l+305\\_2017/9187639f-b8bd-440d-a201-8574f0ad1083?version=1.0](https://www.ajbh.hu/documents/10180/2602747/Jelent%C3%A9s+a+s%C3%BCrg%C5%91ss%C3%A9gi+gy%C3%B3gykezel%C3%A9s+al%C3%A1+vont+szem%C3%A9lyek+jogorvoslat+jog%C3%A1r%C3%B3l+305_2017/9187639f-b8bd-440d-a201-8574f0ad1083?version=1.0).
2. Az alapvető jogok biztosának kiegészítő jelentése az AJB-344/2018. számú ügyben, [http://www.ajbh.hu/documents/10180/2805034/Jelent%C3%A9s+a+s%C3%BCrg%C5%91ss%C3%A9gi+gy%C3%B3gykezel%C3%A9s+al%C3%A1+vont+szem%C3%A9lyek+jogorvoslat+jog%C3%A1r%C3%B3l+344\\_2018/b3daf793-f7e6-e2b9-bcdd-0942cbf2d8db?version=1.0&inheritedRedirect=true](http://www.ajbh.hu/documents/10180/2805034/Jelent%C3%A9s+a+s%C3%BCrg%C5%91ss%C3%A9gi+gy%C3%B3gykezel%C3%A9s+al%C3%A1+vont+szem%C3%A9lyek+jogorvoslat+jog%C3%A1r%C3%B3l+344_2018/b3daf793-f7e6-e2b9-bcdd-0942cbf2d8db?version=1.0&inheritedRedirect=true).
3. DR. KÖVESNÉ DR. KÓSA Zsuzsanna: A sürgősségi pszichiátriai intézeti gyógykezelés elrendelésének gyakorlata, *Forum Sententiarum Curiae*, 2018/1, 6–8, [https://kuria-birosag.hu/sites/default/files/fsc\\_tanulmany/2018\\_1\\_kovesne.pdf](https://kuria-birosag.hu/sites/default/files/fsc_tanulmany/2018_1_kovesne.pdf).
4. A fogyatékos személyek jogairól és esélyegyenlőségük biztosításáról szóló 1998. évi XXVI. törvény (továbbiakban: Fot.) 2. § (3)–(4).
5. CRPD 26. cikk 1. pont b).
6. Fot. 12. § (2) és (3).
7. Fot. 2. § (5).
8. CRPD 28. cikk, 2. d).
9. CRPD 28. cikk 2. c), e).
10. 42/2000. (XI.8.) AB határozat.
11. SZEMÁN Felicitász: Az elme és a jog határán I. A jogalkalmazás kérdései a kötelező pszichiátriai intézeti gyógykezeléseknél, *Családi Jog*, 2016/4, 9–13.
12. 30/2000. (X.27.) AB határozat.
13. Az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény (továbbiakban: Eü. tv.) 197. § (5) b).
14. A bírósági ügyvitel szabályairól szóló 14/2002. (VIII.1.) IM rendelet (továbbiakban: Bűsz.) 5. § (2).
15. Lásd AJB-344/2018. 8.



16. A polgári perrendtartásról szóló 2016. évi CXXX. törvény (továbbiakban: Pp.) 133. § (3).
17. A felszámoló, a vagyonfelügyelők és az ideiglenes vagyonfelügyelők elektronikus kijelölésének szabályairól szóló 36/2010. (VI.13.) IRM rendelet 1. § (1).
18. Eü. tv. 201. § (5).
19. Eü. tv. 188. § b).
20. Eü. tv. 201. § (3).
21. KORMOS Erzsébet: *A polgári nemperes eljárások iratmin-tatára*, Budapest, KJK-KERSZÖV, 2001, 98.
22. Lásd AJB-344/2018. 13.
23. DR. KUSSINSZKY Anikó: Előadásvázlat, elhangzott a Magyar Igazságügyi Akadémián. 2018. 06. 19.
24. Eü. tv. 199. § (6), (6a); 200. § (4).
25. TRINGER László: *A pszichiátria tankönyve* (Negyedik átdolgozott kiadás), Semmelweis Kiadó, 2010, 40.
26. Pp. 133. § (3).
27. Pp. 434. § (2).
28. A pszichiátriai betegek intézeti felvételének és az ellátásuk során alkalmazható korlátozó intézkedések szabályairól szóló 60/2004. (VII.6.) ESzCsM rendelet (továbbiakban: ESzCsM rendelet) 2. § (1) és 1. számú melléklet.
29. Eü. tv. 16. § (1)–(2).
30. ESzCsM rendelet 2. § (5) és 2. számú melléklet.
31. ESzCsM rendelet 2. § (6) és 4. számú melléklet.
32. Lásd CSIKY-KISS-NÉMETH-VIDA (99. vj.) 595.
33. Eü. tv. 199. § (1); 197. § (5) a).
34. BH2011.226.
35. *Polgári nemperes eljárások*, szerk. GÁSPÁRDY László, Miskolc, Novotni Kiadó, 2000, 68.
36. Eü. tv. 199. § (3).
37. DÓSA Ágnes: Az elmebetegek gyógykezelésének jogi kérdései, *Magyar Jog*, 1995/6, 331.
38. Lásd CSIKY-KISS-NÉMETH-VIDA (99. vj.) 597.
39. Pp. 346–349. §§.
40. Eü. tv. 201/B. § (1) b).
41. EBH 2004/1130.
42. Eü. tv. 200. § (5).
43. Pleso Magyarország elleni ügye, 41242/08. számú kérelem, az EJEB 2012. október 2-án kelt ítélete.
44. Eü. tv. 198. § (1).
45. Lásd TRINGER (25. vj.) 526.
46. A büntetőeljárásról szóló 2017. évi XC. törvény (továbbiakban: Be.) 297. § (3).
47. 17/2014. (XII.23.) OBH utasítás a bíróságok egységes iratkezelési szabályzatáról, 84. § (4).
48. Pp. 434. § (1).
49. Pp. 2. § (2).
50. Pp. 434. § (2).
51. Eü. tv. 198. § (1); 200. § (8).
52. Eü. tv. 199. § (8).
53. Eü. tv. 197. § (3), (11).
54. Eü. tv. 190. § a)–b).
55. Eü. tv. 199. § (9), 200. § (9).
56. ESzCsM rendelet 7. § (1)–(2).
57. Eü. tv. 188. § b).
58. A Polgári Törvénykönyvről szóló 2013. évi V. törvény (továbbiakban: Ptk.) 4:194. § (1).
59. Ptk. 4:196. § (2), (4).
60. Ptk. 4:197. §.
61. CRPD 2. cikk.
62. 42/2000. (XI.8.) AB határozat.
63. A Büntető Törvénykönyvről szóló 2012. évi C. törvény (továbbiakban: Btk.) 167. §.
64. Az adatok a Zalaegerszegi Járásbíróságon 2018. április 1. és 2019. április 1. napja közötti azon ügyeket tartalmazzák, melyekben érdemi döntés született.
65. EBH2004.1130.
66. Eü. tv. 10. § (5).
67. Eü. tv. 16. § (1)–(2).
68. Eü. tv. 197. § (3).
69. Eü. tv. 201. § (1).
70. Lásd TATÁRNÉ DR. GYÖNGYÖSI Johanna: „Állandóság? Változás?” A pszichiátriai betegek sürgősségi és kötelező gyógykezelésével kapcsolatos bírói eljárások gyakorlata, figyelemmel az Alapvető Jogok Biztosának e tárgyban készített jelentésére (in Mailáth György Tudományos Pályázat 2018: Díjazott dolgozatok, Budapest, OBH, 148, [https://birosag.hu/sites/default/files/2019-03/dijazott\\_dolgozatok\\_-\\_mailath\\_gyorgy\\_tudomanyos\\_palyazat\\_2018.pdf](https://birosag.hu/sites/default/files/2019-03/dijazott_dolgozatok_-_mailath_gyorgy_tudomanyos_palyazat_2018.pdf)).
71. Pp. 190. § (1) b).
72. Eü. tv. 200. §.
73. Eü. tv. 190. § b).
74. Eü. tv. 200. §.
75. Eü. tv. 200. § (2).
76. A számítógépes rendszer adatai alapján a Nagykanizsai Járásbíróságon 2018. április 1. napja és 2019. április 1. napja között összesen 41 darab ügy volt, a felülvizsgálati eljárások miatti újak iktatásokat is figyelembe véve.
77. „Titkár1”: az ügyszakban főszabály szerint kizárólagosan eljáró titkár. A vizsgált időszakból összesen 155 darab ügye képezte részletesebb vizsgálat tárgyát.
78. „Titkár2”: a helyettesítésre kijelölt titkár. A vizsgált időszakból összesen 45 darab ügye képezte részletesebb vizsgálat tárgyát.
79. Hans Joachim SALIZE – Harald DRESSING – Monika PEITZ: *Compulsory Admission and Involuntary Treatment of Mentally Ill Patients – Legislation and Practice in EU Member States: Final Report*, Mannheim, Germany, May 15, 2002, 147–155, [http://ec.europa.eu/health/ph\\_projects/2000/promotion/jfp\\_promotion\\_2000\\_frep\\_08\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/ph_projects/2000/promotion/jfp_promotion_2000_frep_08_en.pdf).
80. Az információs önrendelkezési jogról és az információszabadságról szóló 2011. évi CXII. törvény 3. § 3.
81. Lásd TATÁRNÉ DR. GYÖNGYÖSI (70. vj.) 143.