

DISSERTATIONES

A PSZICHIÁTRIAI BETEGEK INTÉZETI GYÓGYKEZELÉSÉVEL KAPCSOLATOS ELJÁRÁSOK ELMÉLETI ÉS GYAKORLATI ANOMÁLIÁI KÉT MENTÁLIS ZAVAR TÜKRÉBEN

BALOGH Márk

bírósági titkár (Pesti Központi Kerületi Bíróság)

1. Bevezetés

A pszichiátriai betegek intézeti gyógykezelésével kapcsolatos eljárásokra az utóbbi években nagyobb figyelem terelődött, melyet korábban az alapvető jogok biztosának jelentései, újabban az elmúlt hetek, hónapok eseményei, így különösen a járványhelyzettel összefüggésben felmerülő ágyszámkapacitás-növelés generált. A bíróságok gyakorlata országos szinten eltérő. Ennek oka részben az ügyteher különbözősége, ami visszavezethető arra, hogy a döntéshozó nem követeli meg maradéktalanul a jogszabályokban foglaltak betartását a felektől, de részben oka a szociális-egészségügyi ellátórendszerrel szembeni „empátia” is, sok esetben a kérelmezettek (betegek) kárára.

A téma kapcsán a személyes szabadsághoz és a biztonságához való jog kollíziója figyelhető meg, nemcsak jogszabályi, hanem gyakorlati szinten is. A nemzetközi és a hazai szabályozási háttér keretében szükséges megemlíteni, hogy a személyes szabadsághoz való jogot, mint alapjogot, már az Emberi Jogok Európai Egyezménye (EJEE)¹ és a Polgári és Politikai Jogok Nemzetközi Egyezségokmánya² is említi. Fontos azonban kiemelni, hogy az EJEE a személyi szabadsághoz való jog korlátozását elmebetegek, alkoholisták és kábítószer-élvezők esetében az őrizetbe vétel formájában nevesíti, kriminálizációs jelleget adva ezzel egy részben egészségügyi problémának. Megjegyzendő e körben, hogy a korábbi évtizedekben a pszichiátria területén folytatott gyakorlattal szemben éppenséggel pont a büntetés-végrehajtási jelleg – így például a zárt körtermek rendszere – képezte kritika tárgyát. Utóbbi alapján elméletileg az

¹ Emberi Jogok Európai Egyezménye 5. cikk 1. e) pont; Negyedik Kiegészítő Jegyzőkönyv 2. cikk.

² 1976. évi 8. törvényerejű rendelet az Egyesült Nemzetek Közgyűlése XXI. ülésszakán, 1966. december 16-án elfogadott Polgári és Politikai Jogok Nemzetközi Egyezségokmánya kihirdetéséről 2. § 9. cikk 1.

egészségügyi, medikális szemléletnek kellene előtérbe kerülnie, melyet a nemzetközi dokumentumokban foglaltak nem feltétlenül követtek. A biztonsághoz való jog jelentős mértékben korlátját képezi a személyi szabadsághoz való jog kiteljesedésének, mert a mindennapokban utóbbi biztosításának lehetősége jelentős mértékben a szociális indikáció hatása alá került, ami egy szankciós jellegű kényszerintézkedés esetében más értelmezésben kapna szerepet. Az egyes esetszoportok vonatkozásában a biztonsághoz való jog kettős megvilágításba került. Míg némelyeknél a társadalom biztonsága, addig más ügyekben a kérelmezett (beteg) biztonsága van előtérben, utóbbiak esetében nem feltétlenül szolgálva érdeküket, legalábbis középtávon. E körben a nemzetközi szabályozók közül kiemelendő A Fogyatékosággal élő személyek jogairól szóló egyezmény (CRPD),³ ami amellet, hogy deklarálja a rehabilitáció követelményét,⁴ előírja, hogy a fogyatékosággal élő számára biztosítani kell többféle otthoni, intézményi és egyéb közösségi támogató szolgálathoz való hozzáférést.⁵ A biztonsághoz való jog követelményén túl ezáltal megjelenik a fokozatosság elvárása is, ami nem fedhető el, nem szorítható háttérbe az „észszerű alkalmazkodás” követelményével,⁶ hiszen a részes államoknak minden megfelelő lépést meg kell tenniük az egyenlőség előmozdítása és a hátrányos megkülönböztetés eltörlése érdekében.⁷ Az egészségügyi intézmények által biztosított személyi- és tárgyi feltételekben, valamint a kérelmezettek állapotában jelentős különbségek mutatkoznak, ezért a bíróság által az „észszerű alkalmazkodás” követelményének ügyekre történő egyediesítése jogbizonytalansághoz is vezetne, továbbá erősen kérdéses, miként egyeztethető össze ez az eljárásban résztvevő felek érdekeivel, a rendeltetésszerű joggyakorlás követelményével. Az „észszerű alkalmazkodás” követelményét elsősorban az államnak kell megvalósítania részben megfelelően kidolgozott, cizellált jogszabályi háttér megteremtésével, részben megfelelő szociális háló kiépítésével.

A hazai szabályozás, e tekintetben nem feltétlenül követve az EJEE szellemiségét, a polgári jog területén taglalja a problémát, több szempontból a medikális nézetet előtérbe helyezve. Mindez persze felvet olyan, a későbbiekben is tárgyalt gyakorlati problémákat is, minthogy ügygondnok kirendelése esetén alkalmazható-e a büntető-eljárás törvény idézésre vonatkozó szabályozása. Az egészségügyről szóló 1997. évi. CLIV. törvényből (továbbiakban: Eü. tv.) azért is a medikális szemlélet előtérbe helyezése következik, mert a rövid eljárási határidők arra engednek következtetni, hogy a bírósági eljárások az „akut ellátást” igénylő kérelmezettek vonatkozásában folytatandók le. Az Eü. törvényt kiegészítik a fogyatékos személyek jogairól és esélyegyenlőségük biztosításáról szóló 1998. évi XXVI. törvény (továbbiakban: Fot. tv.) rendelkezései, melyek szerint az állam köteles gondoskodni a fogyatékos személyek hátrányait kompenzáló intézményrendszer működtetéséről a nemzetgazdaság mindenkorai lehetősége-

³ A fogyatékosággal élő személyek jogairól szóló egyezmény és az ahhoz kapcsolódó fakultatív jegyzőkönyv kihirdetéséről szóló 2007. évi XCII. törvény.

⁴ CRPD 26. cikk.

⁵ CRPD 19. cikk.

⁶ CRPD 2. cikk.

⁷ CRPD 5. cikk 3. pont.

ivel összhangban.⁸ A krónikus állapotú kérelmezettek (betegek) szociális elhelyezése ugyanakkor a gondnokság jogintézményének hatáskörébe tartozó kérdés, a bíróság kizárólag ezen ok generálta döntése „sikán” megoldás, mondhatni a rendeltetésszerű joggyakorlás követelményébe ütköző. Ellentmondás mutatkozik tehát akkor, amikor a szabályozók egy része medikális, míg másik része pönalizáló, illetve szociális oldalról közelíti meg a kérdést.

A következőkben, anélkül, hogy a vonatkozó jogszabályi háttér alapján az eljárást részletesen ismertetném, néhány olyan ellenmondásra kívánom felhívni a figyelmet, ami a jogszabályi követelmények és gyakorlati megvalósíthatóságuk között húzódik. Ezt követően kitérek két, a mindennapokban gyakran előforduló mentális zavarra, azok jogi megítélésére, végül munkámat egy rövid nemzetközi kitekintéssel zárom.

2. Az eljárás megindulása, a kérelem

A pszichiátriai betegek intézeti gyógykezelésével kapcsolatos ellentmondások már az eljárás kezdeténél jelentkeznek. A pszichiátriai intézet (kórház), továbbá a fél jogi képviselője, ügygondnoka⁹ és e körben a szakértő elektronikus kapcsolattartásra kötelezett¹⁰ a 2018. január 1. napján vagy azt követően indult ügyekben. A pszichiátriai osztályok azonban nem önálló jogi személyek, ezért az adott kórház elektronikus kapcsolattartási felületén keresztül tudják a bíróság felé az eljárást megindító kérelmet, illetve a jogszabály szövege szerinti értesítést megküldeni, ha egyáltalán vállalják az elektronikus kapcsolattartást. A kérelem tartalmára vonatkozóan nincs konkrét rendelkezés, ezért vélelmezhetően az általános szabályok irányadók, így abban meg kell jelölni az eljáró bíróságot, a feleknek, valamint képviselőiknek – kivéve értelemszerűen a még ki nem rendelt ügygondnokot – nevét, lakóhelyét, eljárásbeli állását, az érvényesíteni kívánt jogot az alapjául szolgáló tények és bizonyítékok előadásával és a bíróság döntésére irányuló határozott kérelmet. Emellett azokat az adatokat, amelyekből a bíróság hatásköre és illetékessége megállapítható,¹¹ hiszen a gyógykezelés elrendelése kapcsán indított eljárásban a kérelmezett lakó- vagy tartózkodási helye szerint illetékes járásbíróság jár el, kivéve, ha az eljárás kezdeményezésekor már a pszichiátriai intézetben tartózkodik, mert ekkor az intézet székhelye szerinti járásbíróság illetékes.¹² Sajnos azonban a kérelemből nem mindig derül ki a kérelmezett (beteg) tartózkodási helye, ilyenkor legfeljebb rövid úton történő megkeresésre van lehetőség. A kötelező gyógykezelés esetén¹³ érdekes helyzetet eredményez, hogy az észlelő szakorvosnak javasla-

⁸ Fot. 2. § (5) bek.

⁹ Az elektronikus ügyintézés és a bizalmi szolgáltatások általános szabályairól szóló 2015. évi CCXXII. törvény (továbbiakban: E-ügyintézési tv.) 1. § 29. pont és Pp. 608. § (2) bekezdése és 75. § (1) bekezdése

¹⁰ E-ügyintézési tv. 1. § 23. pont és Pp. 7. § 6. pont

¹¹ CSIKY Péter – KISS Daisy – NÉMETH János – VIDA Sándor: *A bírósági nemperes eljárások magyarázata*. Budapest, KJK-KERSZÖV, 2002. 602.

¹² Eü. tv. 201. § (3) bek.

¹³ Eü. tv. 200. § (2) bek.

tot kell tennie a gyógykezelést végző pszichiátriai intézetre, mert ez előre vetíti, hogy a végzésben határozni kell a végrehajtás helyéről is, ugyanakkor arra nincs konkrét jogszabályi lehetőség, hogy a kérelmezett (beteg) lakó-, illetve tartózkodási helyéhez legközelebb eső pszichiátriát jelölje ki a bíróság.

Az alapvető jogok biztosának álláspontja szerint a felsoroltakon kívül a kérelemnek minimálisan tartalmaznia kell a kérelmezett – adott esetben sürgősségi – gyógykezelésbe vételét megalapozó körülmények dokumentálását, így ha van, akkor a beutalót, az OMSZ beszállítási jegyzőkönyvét, az esetleges rendőrségi intézkedésről készült jegyzőkönyvet és a felvételi kórlapot, továbbá a kezelőorvos szakmai álláspontját a kérelmezett állapotáról konkrét indokolással, valamint azt, hogy milyen magatartással valósul meg a felvételkori közvetlen veszélyeztető és az adott pillanatban tanúsított veszélyeztető magatartás. A kérelem nyelvezetének laikusok számára is érthetőnek kell lennie.¹⁴ A kórház, ha egyáltalán küld értesítést, gyakran a kórlapot mellékeli, mondván, hogy az tartalmazza a releváns információkat. A zárt adatokat tartalmazó iratok azonban elektronikus úton nem továbbíthatók, így a kórlap postán érkezik, gyakran késve, a meghallgatást követően. Emellett nem szabad a bírósági lajstromprogramba feltölteni, hasonlóan az ugyancsak ilyen adatokat tartalmazó jegyzőkönyvhöz és szakvéleményhez,¹⁵ bár az utóbbi elkészítése érdekében előállított adatok nem egészségügyi, hanem szakértői adatok.¹⁶ Az eljárás tárgyi költségmentessége¹⁷ miatt azonban illetéket leróni nem kell, ami nem feltétlenül szerencsés, hiszen nincs visszatartó erő a kérelem előterjesztésére vonatkozóan, számtalan megalapozatlan, a körülmények tekintetében indokolatlan eljárás megindítását generálva.

3. Az ügygondnok

A bírósági eljárásban biztosítani kell a kérelmezett (beteg) megfelelő képviselét,¹⁸ melyre a jogszabály elsődlegesen a törvényes vagy meghatalmazott képviselőt rendeli. A törvényes képviselő az esetek többségében azonban elérhetőség hiányában nem idézhető. E körben hangsúlyozni kell, hogy a bíróságok nem rendelkeznek a gondnokok címét, telefonszámát tartalmazó nyilvántartással, illetve ahhoz való hozzáféréssel. A kérelem gyakran a meghallgatás napján érkezik, ezért a törvényes képviselő, például szülő, megjelenése rendkívül bizonytalan, még szabályszerű idézés ellenére is. A rövid eljárási határidőkre és az elérhetőségek hiányára figyelemmel célszerű ügygondnokot kirendelni, akinek idézése első alkalommal papír alapon történik, de az elektronikus kapcsolatfelvételt követően már digitális úton zajlik a kommunikáció. Előfordul olyan

¹⁴ *Az alapvető jogok biztosának kiegészítő jelentése az AJB-344/2018. számú ügyben* (<https://bit.ly/3fXWHES>) 9.

¹⁵ HEINEMANN Csilla: *Az elektronikus kapcsolattartás kihívásai a sürgősségi gyógykezelés tárgyában indult bírósági eljárásokban*. A Magyar Igazságügyi Akadémián 2018. június 19. napján tartott előadás vázlatja.

¹⁶ BDT2013.2906.

¹⁷ Eü. tv. 201. § (2) bek.

¹⁸ Eü. tv. 201. § (4) bek.

is, hogy a meghatalmazott jogi képviselő a meghallgatáson megjelenik, ilyenkor a gondnokot felmenti a bíróság, de sokkal kisebb kockázatot hordoznak magukban ezen ritka esetek, mint az, hogy a meghallgatást halasztani kelljen a kérelmezett megfelelő képviselőének hiánya miatt. Megjegyzendő, hogy a kérelmezett képviselőre – meghatalmazás alapján – a betegjogi képviselő is jogosult, bár a gyakorlatban ez utóbbi rendkívül ritkán fordul elő. Az ügygondnok kirendelése tehát csak másodlagos lehetne a jogszabály szerint, azonban a gyakorlati szempontok ezt felülírják és elsődleges megoldássá teszik.

Az ügygondnok a törvény alapján köteles a kérelmezettet (beteget) a meghallgatás előtt felkeresni,¹⁹ azonban az idézés és a meghallgatás közötti rövid időtartamra tekintettel ez általában elmarad. Kérdésként merül fel, hogy ilyenkor a vonatkozó jogszabály szerint²⁰ csökkenthető-e az ügygondnoki díj arra hivatkozással, hogy a meghallgatást megelőzően az ügygondnok nem kereste fel, nem tájékoztatta jogairól megfelelően a kérelmezettet, hiszen ezen kötelezettségét önhibáján kívüli okból mulasztotta el például akkor, ha a meghallgatás napján kapta kézhez az idézést. Kérdés az is, hogy analógiával alkalmazható-e a büntetőeljárás törvény azon szabálya,²¹ hogy az idézés szabályszerű, ha azt a védő az eljárási cselekményt megelőző két órával kapta meg, tekintettel arra, hogy a pszichiátriai intézeti gyógykezelés a személyi szabadság korlátozását eredményező eljárás és a nemzetközi szabályozásban is a letartóztatással esik egy tekintet alá. Megjegyzendő ugyanakkor, hogy a bírósági meghallgatás már önmagában fennakadást okoz az egyébként is szűkös humán erőforrás kapacitással rendelkező kórházaknál, a meghallgatásokra csak előzetesen egyeztetett időpontokban van lehetőség, hiszen a kérelmező képviselőjének (osztályos orvosnak) is jelen kell lennie, ezért az ügygondnok és a kérelmezett előzetes találkozásának megfelelő körülmények közti biztosítása szinte megoldhatatlan feladat, mely csak további fennakadásokat okoz a pszichiátriai intézet működési rendszerében.²² Egyébként az ügyvédek jelentős része nem szívesen vállal ilyen ügyekben kirendelést az alacsony díj miatt, bár ennek kapcsán álláspontom szerint ellentmondás mutatkozik a vonatkozó rendeletek szabályozásában. Az egyik értelmezés szerint az ügygondnoki óradíj 5.000,- forint,²³ és ennek megfelelően állapítják meg az összeget az egy óra időtartamot bizonyosan el nem érő meghallgatásokon, míg a másik olvasat alapján nem lehet kevesebb, mint 15.000,- forint.²⁴ A gyakorlati tapasztalatok szerint vélhetően az előbbi értelmezés

¹⁹ Eü. tv. 201. § (5) bek.

²⁰ A pártfogó ügyvéd, az ügygondnok és a kirendelt védő részére megállapítható díjról szóló 32/2017. (XII. 27.) IM rendelet 5. § (1) bekezdése folytán alkalmazandó, a bírósági eljárásban megállapítható ügyvédi költségekről szóló 32/2003.(VIII.22.) IM rendelet 3. § (6) bek.

²¹ A büntetőeljárásról szóló 2017. évi XC. törvény 113. § (4) bek.

²² Ld. AJB-344/2018. 10.

²³ A pártfogó ügyvéd, az ügygondnok és a kirendelt védő részére megállapítható díjról szóló 32/2017. (XII. 27.) IM rendelet 5. § (1) bekezdése folytán alkalmazandó, a bírósági eljárásban megállapítható ügyvédi költségekről szóló 32/2003.(VIII.22.) IM rendelet 3. § (3–4) bek.

²⁴ A pártfogó ügyvéd, az ügygondnok és a kirendelt védő részére megállapítható díjról szóló 32/2017. (XII. 27.) IM rendelet 5. § (1) bek. folytán alkalmazandó (2) bek. és 3. § (1) bek. b) pont.

az elterjedtebb, sőt nem ritka az ügygondnoki díj mérséklése, arányosítása sem, az elvégzett ügyvédi tevékenységgel összefüggésben.²⁵

4. A szakértő

A szakértő kirendelése első alkalommal ugyancsak papír alapon történik, különösen, ha az e-kapcsolattartásra szolgáló hivatalos elérhetősége nem ismert. Kiemelendő, hogy a kirendelő végzésnek tartalmaznia kell a tényállás rövid ismertetését, amely gyakorlatilag kivitelezhetetlen a rövid – az Eü. tv. 200. §-ában szabályozott eljárás kivételével – 72 óras határidő és a rendelkezésre álló iratok, gyakran a kérelem hiányosságai miatt, hiszen mint már említésre került, előfordul, hogy a tényállást csak a postai úton küldött (vagy a meghallgatáson benyújtott) és ezáltal később beérkező körlevél tartalmazza. Írásbeli szakvélemény előterjesztésére pedig – a kötelező²⁶ gyógykezelés elrendelésén kívül – abban az esetben van lehetőség, ha a kérelmezett alaposabb vizsgálatára, hosszabban tartó megfigyelésére van szükség,²⁷ ezáltal a szóbeli szakvélemény azonnali előterjesztése nem lehetséges, feltéve persze, ha háttérjogszabályként analóg módon alkalmazhatók a polgári perrendtartás vonatkozó szabályai. Kérdéses azonban, hogy a Pp. gondnoksági perekre vonatkozó rendelkezései sürgősségi gyógykezelés esetében alkalmazhatók-e, hiszen ez ellentétben állna azzal a jogalkotói céllal és nemzetközi követelménnyel, hogy a személyi szabadság korlátozása vonatkozásában mihamarabb döntés szülessen. A kérelmezett megfelelő fekvőbeteg-gyógyintézetben történő, legfeljebb 30 nap időtartamú elhelyezésének elrendelése, adott esetben megfigyelés céljából, vagy a szakértő javaslatát figyelembe véve a kérelmezett szakértői vizsgálatra való elővezetése – véleményem szerint – csak az Eü. tv. 200. §-ában foglalt kötelező gyógykezelés esetében jöhet szóba, amikor a kérelmezett még nincs az intézetben. Ilyen eljárásra azonban rendkívül ritkán kerül sor. Gyakorlat tehát, hogy a szakértő a meghallgatáson szóban terjeszti elő szakvéleményét, megfelelően az időszűrés követelményének, esetlegesen a megalapozottsággal fordított arányban. A szakértőt ilyenkor is nyilatkoztatni kell a kérelmezett ügyei viteléhez szükséges belátási képességéről, és ennek eredményeként a szóbeli szakvélemény jegyzőkönyvi kivonatát meg kell küldeni a kérelmezett lakóhelye szerint illetékes gyámhatóság részére gondnokság alá helyezési eljárás megindítása céljából.²⁸ A gyakorlati tapasztalatok alapján azonban a gyámhatóság sok esetben megszünteti az eljárást, mert a kérelmezett állapotota javul, vagy a családi, szociális háttér nem indokolja a gondnokság alá helyezést. Utóbbi egyébként a szoros határidő miatt nem is vizsgálható. E körben érdemes megjegyezni, hogy sürgősségi gyógykezelés esetén a korábbi törvény még nyolc napot

²⁵ A pártfogó ügyvéd, az ügygondnok és a kirendelt védő részére megállapítható díjról szóló 32/2017. (XII. 27.) IM rendelet 5. § (1) bekezdése folytán alkalmazandó, a bírósági eljárásban megállapítható ügyvédi költségekről szóló 32/2003.(VIII.22.) IM rendelet 3. § (6) bek.

²⁶ Eü. tv. 200. §.

²⁷ A polgári perrendtartásról szóló 2016. évi CXXX. törvény 444. § (2) bek

²⁸ Eü. tv. 201. § (10) bek.

adott a bíróság részére a döntéshozatalra vonatkozóan,²⁹ de a jogirodalom már ezt is betarthatatlannak ítélte.³⁰

A meghallgatásról készült jegyzőkönyv tartalmát a jogszabály részletesen szabályozza.³¹ Fontos hangsúlyozni, hogy a szakértőt a sürgősségi beszállítási indokoltságának vizsgálata során a közvetlen veszélyeztető magatartás fogalmi elemeire³² vonatkozóan indokolt nyilatkoztatni, így a számára felteendő konkrét kérdések: mentális zavara van-e a kérelmezettnek, az beszállításkor akut volt-e, saját vagy mások életére, testi épségére, egészségére közvetlen és súlyos veszélyt jelentett-e, esetlegesen mi volt az a konkrét magatartás, mellyel ezt megvalósította, illetve az azonnali intézeti gyógykezelésbe vétel szükséges volt-e, hiánya olyan további állapotromlást eredményezett-e (javaslat: eredményezhetett-e) volna, melyet csak kötelező pszichiátriai intézeti gyógykezeléssel lehetett elhárítani. A gyakorlatban az indokoltság sok esetben két tényező miatt nem kerül megállapításra: az iratok hiányosságai és a kérelmezett tagadása okán a konkrét tényállást nem lehet bizonyítani vagy az azonnaliság követelménye nem állja meg a helyét, mert adott esetben hetek-hónapok óta zajló folyamatokról van szó, vagy olyan intézeten belüli áthelyezésről, amikor a kérelmezett ellátása, tekintettel az Eü. tv. 190. §-ában foglaltakra is, egyéb alapbetegségéből kifolyólag más osztályon megoldható lett volna eseti pszichiátriai konzílium igénybevételével. A kötelező pszichiátriai intézeti gyógykezelés elrendelésénél a veszélyeztető magatartás jogszabályban meghatározott fogalmának egyes elemeiről³³ célszerű nyilatkoztatni a szakértőt, így konkrétan arról, hogy mentális zavara van-e a kérelmezettnek, saját vagy mások életére, testi épségére, egészségére jelentős veszélyt jelenthet-e, a kezelés hiánya állapotának további romlását eredményezné-e, amely csak kötelező pszichiátriai intézeti gyógykezeléssel hárítható el. Ezen esetben is a leggyakrabban azért kerül sor a kérelem elutasításra, illetve a kérelmezett elbocsátására, mert a fennálló veszélyhelyzet nem kizárólag kötelező pszichiátriai intézeti gyógykezeléssel hárítható el, a kérelmezett állapotából kifolyólag nem indokolt a pszichiátriai fekvőbeteg intézeti ellátása, hanem az, tekintettel az Eü. tv. 190. §-ára, szociális otthonban, illetve családi vagy lakókörnyezetében orvos-szakmai szempontból megoldható. Megjegyzendő persze, hogy az ilyen döntés rendszerint vitát generál a kérelmező jelenlévő képviselőjével, esetenként a szakértővel. Azt azonban hibás gyakorlatnak tartom, hogy – tapasztalataim szerint – a legtöbb esetben, ha a szakértő azt nyilatkozza, hogy a kérelmezett veszélyeztető magatartást tanúsít, akkor a bíróság elrendeli kötelező pszichiátriai intézeti gyógykezelését. Az Eü. tv. 188. § b) és c) pontjai alapján a veszélyeztető, illetve a közvetlen veszélyeztető magatartás megállapíthatósága ennél szélesebb körű vizsgálatot igényel, több, konjunktív fogalmi elem együttes fennállása szükséges. Erre világított rá az Emberi Jogok Európai Bírósága, amikor eseti döntésében kifogásolta, hogy a bíróság szinte

²⁹ Az egészségügyről szóló 1972. évi II. törvény 35/B.§ (5) bek.

³⁰ KÁNTORNÉ DR. BURUS Zsuzsa: A kötelező pszichiátriai gyógykezelés elrendeléséről és felülvizsgálatáról. *Magyar Jog*, 1997/2, 90.

³¹ Eü. tv. 201. § (7a) bek.

³² Eü. tv. 188. § c) pont.

³³ Eü. tv. 188. § b) pont.

kizárólag az orvosszakértői szakvéleményekre támaszkodott. Az EJEB a veszélyeztető magatartás fogalmi elemei közül problémásnak látta a jelentős veszély fogalmát is, konkrétan azt, hogy a kifejezés magában foglalja-e a személy pszichikai egészségének lehetséges rosszabbodását.³⁴ Véleményem szerint elméletileg tartalmazza a fogalom az állapotrosszabbodást, hiszen, mint kifejtésre került, a veszélyeztető magatartás tényállási eleme, hogy a kérelmezett – esetlegesen – kezelés és gyógyszeresedés nélkül jelentős veszélyt jelenthet, ami nem feltétlenül jelent egyet azzal, hogy jelenteni is fog. Emellett eseti döntés van arra vonatkozóan, hogy nem minősül a pszichiátriai beteg saját vagy mások életére, testi épségére, egészségére jelentős veszélyt jelentő magatartásának, ha a megállapított betegség általában járhat a tapasztalt következményekkel, de a szakértői vélemény a kérelmezett közvetlen vizsgálatára, megfigyelésére vonatkozóan nem tartalmaz ezzel összefüggő, konkrét adatot, és azt egyéb bizonyítékok sem támasztják alá. Ilyen esetben a kérelmezettel szemben a kötelező pszichiátriai intézeti gyógykezelés elrendelése a jogalkalmazó szerint sérti az egészségügyi önrendelkezéshez fűződő szabadságjogot.³⁵ A kérdés elrendelésnél és leginkább a schizophreniában szenvedők esetében kerül elő, akiknél megfelelő kezelés mellett is jelentkeznek maradványtünetek, illetve hirtelen állapotrosszabbodás következhet be, de az is előfordulhat, hogy hosszú éveken keresztül tünetmentesek lesznek.³⁶ A kötelező gyógykezelés elrendelésénél tehát rendkívül körülményesen, nem kizárólag a szakvéleményre támaszkodva, hanem a kérelmet megalapozó magatartásra is kiterjedően kell eljárnia a bírósági titkárnak.

Végezetül érdemes pár szóban megemlíteni a szakértői díj meghatározását. A szakértői díjat jegyzőkönyvbe foglalt végzésben meghatározhatja a titkár, különösen abban az esetben, ha meghallgatáson végzett cselekmények ellenértékét, így például meghallgatáson előterjesztett szóbeli szakvélemény szakértői díját állapítja meg. A gazdasági hivatal ugyanakkor megköveteli a díjjegyzéket, ha meghallgatáson kívüli cselekmények, irattanulmányozás, költségátalány, útiköltség is felmerül, mert ezeket tételesen fel kell sorolni. A fővárosban, illetve ahol szakértői intézet működik kevésbé, de kisebb településeken ragaszkodnak a szakértők az útiköltséghez, ami sok esetben nem alacsony összeg és részletes kimutatását követeli meg a jogszabály.³⁷ Előfordul olyan gyakorlat, mely szerint elrendelés esetén díjjegyzéket csatol a szakértő, míg felülvizsgálatnál jegyzőkönyvbe foglalt végzésben kerül meghatározásra az összeg, ami csak az elmeállapot megvizsgálásának díját tartalmazza, külön díjjegyzék csatolása nélkül. A vonatkozó jogszabály szerint³⁸ ez 5.000,- Ft/fő, de a szakértők, élve a szakértőihiány adta lehetőséggel, időnként a díj maximális két és félszeresét számítják fel.³⁹ A bi-

³⁴ EJEB: Pleso v. Magyarország (41242/08. sz. kérelem) 22.

³⁵ BH2015.39.

³⁶ GASZNER Péter: A szkizofrénia gyógyíthatóságáról. *Neuropsychopharmacologia Hungarica*, 7. évf. 2005/1. 39–42.

³⁷ A közúti gépjárművek, az egyes mezőgazdasági, erdészeti és halászati erőgépek üzemanyag- és kenőanyag-fogyasztásának igazolás nélkül elszámolható mértékéről szóló 60/1992. (IV.1.) korm. rendelet.

³⁸ Az igazságügyi szakértők díjazásáról szóló 3/1986. (II.21.) IM rendelet I. sz. melléklet.

³⁹ 3/1986. (II.21.) IM rendelet 2. § (2) bek.

róság a szakértő által felszámított díj összegét csökkentheti, ha annak indokoltságát, ezen belül a szakértői vizsgálatra és a vélemény elkészítésére feltüntetett óraszámok megalapozottságát ellenőrizve nem találja megalapozottnak, de e körben, szükséges szakismeret hiányában, nem vizsgálhatja felül, hogy a szakvéleményhez milyen vizsgálatokra volt szükség és azok mennyi időt vettek igénybe.⁴⁰ A meghallgatáson szóban előterjesztett szakvélemény ezért a nevezett tételekkel kapcsolatban jelentős visszaélésekre ad lehetőséget.

5. A döntés

A bíróság az eljárásban érdemi döntését végzés formájában hozza meg, mely egyértelműen megfogalmazott rendelkező részből és azt ténybelileg és jogilag megalapozó indokolásból áll. A végzésnek tartalmaznia kell a konkrét tényállást, amivel a közvetlen veszélyeztető, illetve a veszélyeztető magatartás, azok tényállási elemei megvalósultak, nem elegendő utalni a határozat mellékletét képező szakvéleményre. A sürgősségi gyógykezelés elrendelésére – a pszichés állapot akut zavara miatt – csak a garanciális szabályok betartásával lefolytatott eljárás eredményeként, a közvetlen veszélyeztető magatartás bizonyítottága esetén kerülhet sor.⁴¹ A bíróságnak ezért a magatartásra vonatkozó indokolást el kell várnia a szakértőtől és a kérelmezőt képviselő orvostól is, de ez utóbbi követelmény a kérelmezettek nagy létszáma és a meghallgatásra rendelkezésre álló szűkös időkeret miatt nem mindig biztosítható. Az eljárást azonban akkor is le kell folytatni, ha a kérelmezett a határozat meghozataláig beleegyezését adta az intézeti gyógykezeléshez.⁴² A meghallgatáson gyakran adódik az a probléma, hogy a kérelmezett az önkéntes beleegyezés lehetőségéről korábban nem is szerzett tudomást, egyébként a kezelés ellen kifogása nincs, hiszen bent tartózkodását alapvetően szociális okok indokolják. Álláspontom szerint ilyenkor a kötelező pszichiátriai intézeti gyógykezelés elrendelésére irányuló kérelem elutasításának van helye, mert véleményem szerint az eljárás előfeltétele, hogy a kérelmezett önkéntesen nem egyezik bele a kezelésbe. Paradox helyzet az is, hogy egy gondnokság alatt nem álló személy, belátási képességének visszanyerését követően nem egyezhet bele úgy a kezelésbe, hogy az ne vonjon maga után bírósági eljárást, de egyébként a belátási képességgel nem rendelkező személynek fellebbezési joga van a döntéssel szemben.

6. Bonyolultabb jogi megítélésű mentális zavarok

Az elrendelés és a felülvizsgálat kapcsán érdemes kiemelni egy-egy mentális zavart, mely adott esetben jogilag problémát okozhat.

⁴⁰ RAINER Lilla: *Igazságügyi szakértőkkel kapcsolatos szabályozás és feladatok, lehetséges eszközök az eljárás gyorsítása érdekében*. 32., https://birosag.hu/sites/default/files/2018-08/24_dok.pdf

⁴¹ EBH2012.P.1.

⁴² Eü. tv. 199. § (7) bek..

6.1. Delírium

A delírium elsősorban a pszichiátriai intézeti gyógykezelés elrendelése során okozhat nehézségeket. Nem betegség, hanem tünetcsoport, a gyakorlatban legtöbbször a kerin-gési zavarokkal, illetve az alkohollal kapcsolatos delíriumok fordulnak elő. A delírium a tudatborulás súlyosabb foka, amikor a beteg nem tud különbséget tenni érzetek és képzetek között, magatartását a hallucinációk uralják.⁴³ Fontos kiemelni, hogy diag-nosztizálásának feltétele a hallucinációk megléte, hiányukban csak delirozus tünetek-ről beszélhetünk. A delírium súlyos, életveszélyes állapot, ezért fekvőbetegellátó intéz-ményben szükséges kezelni, az azt előidéző kóroki tényező szerinti profilú osztályon, hiszen többek között kiválthatják daganatok, gyulladások, traumák is.⁴⁴ Tünetei három csoportban foglalhatók össze: tudatzavar, kognitív és emocionális zavarok, vegetatív tünetek. Jogi szempontból ezek keretében kiemelendő, hogy a tudatzavar hirtelen bon-takozik ki, néha órák alatt, amikor is elborul a tudat és érzékszálódások (hallucinációk) lépnek fel. A kérelmezett struktúrált gondolkodásra kevéssé vagy alig képes, beszé-de inkoherens, tájékozottsága, főként időben, súlyosabb esetben térben is, hiányos. A kognitív és emocionális zavarok esetében a kérelmezett magatartása dezorganizálódik, a már említett érzékszálódások jelennek meg, melyek a kérelmezett nyugtalanságát tovább fokozhatják. Az érzelmi állapotra szorongás, félelem, máskor ingerlékenység, agresszivitás jellemző, időnként váratlan, inadekvát indulatok is előtörhetnek még a látszólag nyugodt betegnél is, magatartása kiszámíthatatlan. A deliráns személy ön-és esetleg közveszélyes, nem hagyható felügyelet és folyamatos orvosi ellátás nélkül. Pszichiátriai- és addiktológiai osztályos sürgősségi kezelését alapvetően az említett magatartásbeli változások, illetve a tudatzavar alapozza meg. Egy-egy deliráns epizód ritkán tart egy hétnél tovább, egyes tünetek azonban tartósabban is fennállhatnak, így ha a delírium demetálódási folyamatra rakódik rá, az állapot rövid idő alatt jelentősen romolhat, az addig viszonylagosan önálló életvitelre képes beteg autonómiáját telje-sen elveszítheti.⁴⁵ A mentális zavarral kapcsolatos gyakorlati probléma a sürgősségi beszállítás indokoltóságának megállapítása kórházi intézetben belüli áthelyezés esetén. Mint fentebb kifejtésre került, a delírium kezelése az azt előidéző kóroki tényező sze-rinti profilú osztályon történik, a gyakorlatban a legtöbb eset belgyógyászatról, pul-monológiáról, traumatológiáról érkezik, pszichiátriai osztályra történő áthelyezésre a tudatzavar megjelenésekor kerül sor, különös tekintettel alkohol-dependenciában szenvedő betegeknél. Utóbbival kapcsolatosan megemlítendő, hogy a vonatkozó szak-mai protokoll a delírium tremens esetében intenzív osztályos ellátást ír elő, igaz álla-pottól függően, megjegyezve, hogy a magyarországi gyakorlat nem felel meg ennek

⁴³ TRINGER László: *A pszichiátria tankönyve*. Semmelweis Kiadó, 2010. 84., 212.

⁴⁴ *Az Egészségügyi Minisztérium szakmai protokollja a demencia kórismézése, kezelése és gondozása vonatkozásában*. Készítette a Pszichiátriai Szakmai Kollégium. [https://kollegium.aeek.hu/Iranyelvek/Index 22](https://kollegium.aeek.hu/Iranyelvek/Index%20).

⁴⁵ TRINGER i. m. 211–215.

az elvárásnak.⁴⁶ A gyakorlatban még nehezebb kérdés, hogy hallucinációk hiányában, a delirozus tünetek súlyossága volt-e olyan fokú, hogy az a közvetlen veszélyeztető magatartás fogalmi elemeit, mindenekelőtt az azonnaliság követelményét, valamint a saját vagy mások életére közvetlen és súlyos veszélyt jelentő magatartást kimerítse. Az említett érzécsalódások hiányában álláspontom szerint nagyon nehezen elképzelhető olyan konkrét cselekmény, magatartás, mely kórházi körülmények között sürgősségi pszichiátriai gyógykezelésbe vétel keretében történő pszichiátriai osztályra való áthelyezést alapozza meg, hiszen ezen tünetek nagy része egy ideig, kötelező intézeti gyógykezelés keretében történő határozathozatalig, más osztályon is kezelhető, valamint a kórházi körülmények között eleve életszerűtlen a közvetlen veszélyeztető magatartás tanúsításának megállapítása adott esetben több héten át tartó kezelést követően. Másrészt viszont a tudatzavar hirtelen bontakozik ki és mint már a gyógykezelésbe vétel eseteinél kifejtésre került, a sürgősségi és a kötelező gyógykezelés közti alapvető különbség az ellátás sürgősségében mutatkozik meg.⁴⁷ Az azonnali intézeti gyógykezelésbe vételt ugyanakkor nehezen alapozza meg, ha a kórlapon szerepel, hogy a delirozus tünetek már a beszállítást megelőzően, esetlegesen már más intézményben korábban is mutatkoztak. Összefoglalva tehát mindig az adott ügy egyedi sajátosságaira tekintettel, a kérelmezett által tanúsított magatartásra figyelemmel lehet azt eldönteni, hogy a delíriumot el nem érő, hallucinációval nem járó delirozus tünetek miatt más osztályról történő áthelyezés sürgősségi gyógykezelés keretében indokolt-e.

6.2. Demencia

A demencia a felülvizsgálatoknál jelentkező egyik leggyakoribb és jogi szempontból a leginkább problémás mentális zavar. A demencia a megszerzett értelmi színvonal, a kognitív folyamatok hanyatlása, elbutulás,⁴⁸ egy klinikai tünetegyüttes.⁴⁹ Jellemzően idős embereket érint, társulója vagy tünete más, nem idegrendszeri betegségnek. Kiváltó tényezői sokfélék, leggyakoribbak az Alzheimer-kór és a vaszkuláris eredetű demenciák.

Diagnosztizálása klinikai vizsgálattal történik, célja a betegség tényének és súlyosságának megállapítása, így a kérelmezett ítélőképességére és viselkedésére való hatása, a szóba jöhető kórok feltérképezése, a társuló és szövődményes rendellenességek felderítése. Jogi szempontból jelentősége van a demencia súlyosságának: enyhe foknál az önellátás képessége megtartott, a személyi higiéné és ételtalkotás képessége megfelelő; középsúlyos esetében az önálló életvitel részleges, nehézkes és veszélyes, a kérelmezett rendszeres segítségre szorul, de az állandó felügyelet nélkülözhető; súlyos

⁴⁶ Az Egészségügyi Minisztérium szakmai protokollja az alkoholbetegség vonatkozásában. Készítette a Pszichiátriai Szakmai Kollégium. <https://kollegium.aeck.hu/Iranyelvek/Index> 9.

⁴⁷ EBH2004.1130.

⁴⁸ TRINGER i. m. 118., 215.

⁴⁹ Protokoll i. m. 5.

esetben viszont állandó felügyeletet igényel, a személyes higiéniét elhanyagolja, gondolkodása inkoherens.⁵⁰

A terápia során cél a demencia tüneteinek enyhítése. A legkézenfekvőbb, hogy a kérelmezett kezelőorvosa a házi orvos. A demencia szövődményeként azonban felléphetnek pszichés tünetek, például delírium, pszichózis, magatartászavarok. Ha a viselkedési zavarok uralják a klinikai képet, a pszichiáter véleményének kikérése nélkülözhetetlen. Kivételesen indokolt esetben, így például akut tüneteknél, választható a kivizsgálások fekvőbeteg osztályra történő felvétellel egybekötött elvégzése, de a demencia önmagában ekkor sem lehet felvételt indokoló vagy akut felvételi diagnózis.⁵¹ A demens beteg egészségügyi ellátása, gondozása normatív esetben tehát alapellátási kompetencia, szakorvosi ellátást csak a kóroki diagnózis felállításához és speciális ismereteket igénylő helyzetek megoldásához, valamint a hospitalizációt igénylő állapotok ellátásához szükséges igénybe venni. Az egyéni szakpszichoterápiás kezelésnek csak enyhe fokban dementálódott, legalább részlegesen visszafordítható esetekben van esélye. Az enyhe fokú demencia esetén az egyén önálló életvitelét szociális munkások, egyházi és alapítványi intézmények alkalmazottai segíthetik. Humanisztikus, praktikus és tapasztalati megfontolásokból az ellátást legkedvezőbbben a közeli hozzátartozó, illetve gondviselő képes megvalósítani, hiszen a beteg optimális életfeltételeit saját otthona, a hozzátartozói figyelme és gondoskodása képes biztosítani. A kérelmezettek ápolása a betegség enyhe és középsúlyos stádiumában tehát a kérelmezett saját életterében történik, mindaddig, amíg veszélyeztető magatartást nem tanúsít, az elérhető rokonai segítséget elfogadja. Az előrehaladottabban dementálódott személy 24 órás felügyeletre szorul, ápolása speciális felkészültséget igényel, esetlegesen intézményi feltételeket, különösen, ha a demencia tüneteinek delírium, téveszme, hallucináció, magatartási zavarok vagy testi fogyatékek társul. A kérelmezett állapota, magatartási tünetei és a gondviselők terhelhetőségének változásai is szükségessé tehetik a demens beteg hospitalizációját. Orvos-szakmailag azonban indokolatlan és kártékony, ha a demens személyt a hozzátartozók a kritikus magatartászavar megszűnte után sem hajlandók fogadni, mert ellátása 24 órás felügyeletet igényel.⁵² A protokoll megállapítása a gyakorlatban is tapasztalható. Az „elbutulásban” szenvedő, demens beteg állapotának előrehaladottságát eredményezi, hogy a pszichiátriai osztályon, a demens részlegben ingerek nem érik, hiszen hozzátartozókkal kommunikálni nem tud, legfeljebb beteg-társakkal, sok esetben telefonálásra sincs lehetőség, az egészségügyi személyzet létszáma pedig kevés ahhoz, hogy mindenkivel egyedileg foglalkozzanak, esetlegesen a szabad levegőre menjenek vele. A kérelmezett otthoni gondozásához ugyanakkor házi ápolási szolgálat nyújthat segítséget, a gondviselő tehát csak időszakos jelleggel vagy krízishelyzetben veheti igénybe a területileg illetékes fekvőintézmények kapacitását a beutalni jogosult egyetértésével. Mivel a demens beteg állapotának, ellátási szükségleteinek követése a házi orvos feladata, igény szerint a házi ápolást is ő rendeli el, felügyeli. A demens betegek szakellátásában 2003-ban jöttek létre a Demencia Centrumok,

⁵⁰ Protokoll i. m. 7.

⁵¹ Protokoll i. m. 5.

⁵² Protokoll i. m. 17.

ugyanakkor érdemi kapacitásbővítés ezzel sem történt, a pszichiátriai osztályok beteg-állományának jelentős hányadát teszik ki a demenciában szenvedők. A kötelező intézeti gyógykezelés bírósági felülvizsgálata során az említettek miatt szükségessé válhat a szociális háttér vizsgálata, különösen akkor, ha a szakértő nyilatkozata a veszélyeztető magatartás fogalmi elemére vonatkozóan az, hogy megfelelő felügyelet esetén a kérelmezett saját életére, testi épségére jelentős veszélyt nem jelenthet. Ehhez gyakran társul a kérelmező képviselőjének azon nyilatkozata, miszerint a benntartás oka szociális indikáció. Ilyenkor a megalapozott tényálláshoz, elbocsátás elrendeléséhez, a vonatkozó jogszabály szerinti, tartásra köteles házastárs, élettárs, továbbá az egyenesági hozzátartozók tanúkénti meghallgatása, a házi betegápoláshoz esetlegesen szükséges jövedelem meglétének vizsgálata, így például a Magyar Államkincstár Nyugdíjfolyósító Igazgatóságának megkeresése szükséges lehet. Mindez azonban véleményem szerint már-már meghaladja a jogász hivatás kereteit, továbbá rendkívül munkaigényes és sok esetben emberileg is kellemetlen feladat, nem beszélve arról, hogy jelen eljárások tárgya nem szülő-, illetve rokontartás. Hozzátartozó megidézése esetén pedig könnyen átfordulhat ilyen irányba az ügy. A másik lehetőség, ha orvos-szakmailag nem indokolt a további intézeti gyógykezelés, a bíróság elrendeli a kérelmezett elbocsátását, hiszen a megfelelő szociális intézményrendszer kiépítése, működtetése az állam alapjogi kötelessége.

7. Nemzetközi kitekintés

A magyar jogi szabályozáshoz számos esetben hasonló és mintát jelentő németországi rendkívül részletes és széleskörű. A német közjog feladata elsősorban a betegekkel kapcsolatban felmerülő közbiztonsági veszély elhárítása, míg egy külön gondnoksági jogszabály a megfelelő személyes, egészségügyi és gazdasági gondozást biztosítja a rászorulóknak, e körben a gondnok a pszichiátriai intézetbe utalásról is dönthet. A német Szövetségi Alkotmánybíróság szerint kötelező gyógykezelésre abban az esetben van lehetőség, ha állapota miatt a személy nem képes belátni betegségé súlyosságát és a kezelés szükségességét. A kötelező gyógykezelés csak abban az esetben alkalmazható, ha az alkalmazását igazoló kezelési cél tekintetében az általa elérhető előnyhöz képest nem hárít aránytalan terhet az érintett személyre. A személyi szabadságot korlátozó kötelező gyógykezelés csak végszükségben vehető igénybe, amikor kevésbé korlátozó kényszerintézkedés, enyhébb beavatkozás sikertelennek látszik. Emellett, ha az érintett kommunikációképes, akkor nyomásgyakorlás nélkül, de meg kell kísérelni beszerezni beleegyezését, e körben tájékoztatni kell a tervezett kezelési intézkedésekről. Az akarata ellenére végrehajtott kezelési intézkedéseket széleskörűen dokumentálni kell, továbbá biztosítani szükséges, hogy a kötelező gyógykezelést olyan felülvizsgálat előzze meg, amely garantálja az adott intézménytől való függetlenséget.

Az Unión kívüli országok közül az Oroszországi Föderációban 1992-ben fogadtak el törvényt a pszichiátriai ellátásról, melyben megjelent a mentális rendellenességben szenvedők emberi jogainak védelme is, de alapvetően nem változtattak az ellátás addig kialakított szervezeti és fogalmi alapjain. Fehéroroszországban 1999-ben lépett hatályba a mentális megbetegedésben szenvedőkre vonatkozó törvény, mely fontos megállapításokat tartalmaz a betegek emberi jogaira vonatkozóan, valamint rendelkezéseket

a szakmai visszaélések megelőzése érdekében. A törvény szabályozza a sürgősségi gyógykezelés elrendelését és az intézetből történő elbocsátást, mely bírósági eljárás keretében történik, összhangban a nemzetközi normákkal.

A japán mentális egészségről szóló törvény 1950-ben került elfogadásra. Ösztönözte a pszichiátriai intézetek fejlesztését és anyagi támogatásban részesítette a pszichiátriai gyógykezelésre kötelezetteket. Mindez hosszú bent tartózkodást eredményezett, továbbá világviszonylatban is jelentős ágyszám növekedést és számos magán pszichiátriai intézet létrehozását. Az 1987-ben elfogadott új jogszabály már hangsúlyozta a fekvőbetegek emberi jogainak fontosságát és támogatta a közösségi alapú mentálhigiénés szolgáltatások fejlesztését. Ezt követően a fogyatékkal élőkre vonatkozó törvényt 1993-ban fogadták el, majd 1995-ben az 1987-es törvényt újra fogalmazták és mint mentális egészségügyi és jóléti törvényt kívánta elősegíteni az integrált orvosi és jóléti szolgáltatások fejlesztését a mentális zavarban szenvedők számára.

A muszlim országok közül Pakisztánban 2001-ben született meg a vonatkozó rendelet, mely hangsúlyozza a mentális zavarok megelőzésének szükségességét, valamint ösztönzi a közösségi ellátást. Tunézia már előrébb jár e téren, a mentális egészségügyi ellátásról szóló törvényt 1992-ben fogadták el, a pszichiátriai intézetben történő kötelező gyógykezeléshez a következő feltételeknek kell teljesülni: az érintett személynek olyan mentális zavartól kell szenvednie, amely azonnali gyógykezelésbe vételt igényel; a személy nem tud a kezeléshez tájékozott beleegyezést adni, továbbá saját vagy mások biztonságát veszélyezteti. A döntést bíróság hozza meg és vizsgálja felül, mely két orvos véleményén alapul, akik közül legalább az egyik pszichiáter. A kötelező gyógykezelés első alkalommal három hónap és a döntéssel szemben fellebbezési joga van a betegnek. A felülvizsgálatot egy bíró által vezetett testület végzi.⁵³

8. Záró gondolatok

Összességében megállapítható, hogy a hazai jogi szabályozás megfelel a nemzetközi gyakorlatnak, annak mindennapi alkalmazása okoz problémát. Véleményem szerint nagyobb határozottsággal kellene a bíróságoknak megkövetelni a normák betartását. Az ügýtípusban a legnagyobb gond a szociális indikáció, ugyanakkor álláspontom szerint komoly hiba az egyes eseteknél részletes bizonyítást lefolytatni a szociális háttérre vonatkozóan. Egyrészt indokolatlanul elhúzná az eljárást, másrészt az eredmény kétséges lenne. Megoldást jelenthet, ha a szociális alapú intézetben tartózkodást egy külön gondnoksági törvény szabályozná a német példához hasonlóan. A bíróság megítélését veszélyezteti az, ha megalapozatlan pszichiátriai intézeti „kezelésekhez” használják legitimációs alapként a döntést, továbbá a kérelmezetteknek (betegeknek) sem tesz jót, hiszen a szociális szféra irányából azzal csapódik vissza, hogy szükségtelen őket másol elhelyezni, mert az ő pszichiátriai kezelésüket a bíróság rendelte el. Pontosan a bíróság döntésének kellene lennie annak a motiváló erőnek, ami magasabb elvárásokat támasztva változásokat generál a területen.

⁵³ *Mental Health Legislation & Human Rights*. http://www.who.int/mental_health/policy/services/7_legislation%20HR_WEB_07.pdf, 42–43.