

**Az alapvető jogok biztosának
Jelentése
az AJB-524/2016. számú ügyben,
(Kapcsolódó ügy: AJB-272/2016)**

Előadó: dr. Kussinszky Anikó

Az eljárás megindítása

A Blikk c. napilap – majd ennek nyomán több további elektronikus hírportál – számolt be arról, miszerint 2015. március 10-én a Szent Imre Kórház pszichiátriai osztályán szült egy nő, mert nem vitték át a szülészeti osztályra. Az újszülött a kórház szerint halva született.¹

Tekintettel arra, hogy az eset kapcsán felmerült az alapvető jogok sérelmének gyanúja, az alapvető jogok biztosáról szóló 2011. évi CXI törvény (a továbbiakban: Ajbt.) 18. § (4) bekezdése alapján, hivatalból vizsgálatot indítottam. A hivatalból megindított vizsgálatom során kitértem a szintén a Szent Imre Egyetemi Oktató Kórház Pszichiátriai Osztályának működését kifogásoló későbbi panaszbeadványban foglaltak vizsgálatára is. A panaszolt egészségügyi szolgáltatás nyújtásának helyszíne és feltételei megegyeztek, így eljárásom során a Pszichiátriai Osztály zárt részlegének komplex működését is áttekintettem.

Az érintett alkotmányos jogok és alapelvek

- a jogállamiság elvéből fakadó jogbiztonság követelménye [Alaptörvény B) cikk (1) bekezdés: „Magyarország független, demokratikus jogállam.”];
- az élethez és az emberi méltósághoz való jog [Alaptörvény II. cikk: „Az emberi méltóság sérthetetlen. Minden embernek joga van az élethez és az emberi méltósághoz, a magzat életét a fogantatástól kezdve védelem illeti meg.”];
- a kínzás, embertelen, megalázó bánásmód tilalma [Alaptörvény III. cikk: „Senkit nem lehet kínzásnak, embertelen, megalázó bánásmódnak vagy büntetésnek alávetni.”];
- a gyermekek védelemhez és gondoskodáshoz való joga [Alaptörvény XVI. cikk (1) bekezdés: „Minden gyermeknek joga van a megfelelő testi, szellemi és erkölcsi fejlődéshez szükséges védelemhez és gondoskodáshoz.”];
- a tisztességes hatósági eljáráshoz való jog [Alaptörvény XXIV. cikk (1) bekezdés: „Mindenkinek joga van ahhoz, hogy ügyeit a hatóságok részrehajlás nélkül, tisztességes módon és ésszerű határidőn belül intézzék.”];
- petíciós jog [Alaptörvény XXV. cikk: „Mindenkinek joga van ahhoz, hogy egyedül vagy másokkal együtt, írásban kérelemmel, panasszal vagy javaslattal forduljon bármely közhatalmat gyakorló szervhez.”]

Az alkalmazott jogszabályok

- az egészségügyi hatósági és igazgatási tevékenységről szóló 1991. évi XI. törvény (a továbbiakban: Ehitv.);
- 1991. évi LXIV. törvény a Gyermekek jogairól szóló, New Yorkban, 1989. november 20-án kelt Egyezmény kihirdetéséről (a továbbiakban: Gyermekekjogi Egyezmény);
- az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény (a továbbiakban: Eütv.);
- az egészségügyi szolgáltatások nyújtásához szükséges szakmai minimumfeltételekről szóló 60/2003. (X. 20.) ESzCsM rendelet (a továbbiakban: Minimumrendelet);
- a pszichiátriai betegek intézeti felvételének és az ellátásuk során alkalmazható korlátozó intézkedések szabályairól szóló 60/2004. (VII. 6.) ESzCsM rendelet.

¹ Lásd: <http://www.blikk.hu/szolgaltatas/lelek/a-betegek-hallottak-a-pszichiatrian-az-anyaszervenvedeseit/tbl2ngz>

A megállapított tényállás

1. A sajtóhírek megjelenését követően hivatalból megindított vizsgálat során munkatársaim 2015. március 17-én előre be nem jelentett helyszíni vizsgálatot tartottak a Szent Imre Egyetemi Oktató Kórházban (a továbbiakban: Kórház), valamint a helyszínen bekérték az esetre vonatkozó teljes egészségügyi dokumentációt.

1.1 A Kórház Pszichiátriai Osztályán kiállított zárójelentés alapján a „31 éves nőbeteget 2015. március 9-én az Országos Mentőszolgálat (a továbbiakban: OMSZ) szállította be a Kórházba, miután aznap tudatzavar, dezorientáció és agresszivitás lépett fel nála. A Sürgősségi Betegellátó Osztályra (a továbbiakban: SBO) 16:23-kor került felvételre. A beteg térben és időben dezorientált volt, félrebeszél, nem lehetett vele kontaktust teremteni, így érdemi anamnézis sem volt nyerhető tőle. A látható terhességet a nála lévő dokumentáció, valamint a beszállító mentősöktől nyert információ megerősítette, harmadik terhessége 36. hetében járt. Az SBO-n szülészeti konzílium történt, mely szerint az elvégzett fizikai vizsgálat valamint a tájékozódó ultrahang alapján akut magzati veszélyállapot nem nyert igazolást. Neurológiai vizsgálatra is sor került, melyet követően delíriumot – megvonási szindrómát valószínűsítettek. Előzetes pszichiátriai konzíliumot követően került felvételre 2015. március 9-én 17:10-kor a Pszichiátriai Osztályra. Státuszában rögzítettek, hogy kifejezetten nyugtalan (jactatio, végtagdobálás). Folyamatosan azonos dolgokat ismételt („anyu segíts”), érdemi kontaktusba nem vonható. Külsérelmi nyom nem látható. Bőre normális, terhességi kornál kisebb has. Pszichésen: éber, aggított, nagyfokú pszichomotoros nyugtalanság. Érdemi kontaktusba nem vonható, figyelme alig felkelthető, spontán térül, nem rögzíthető. Zavart viselkedés alapján komplex hallucinátoros élmények jelenléte nem kizárható, a mnesticointellektuális funkciók jelenleg nem megítélhetőek.

Rögzítésre kerültek a laboratóriumi vizsgálatok eredményei, valamint az alkalmazott terápia. *Epikrízis: Ismeretlen anamnéziséű 36 hetes gravida első osztályos felvétele. 2015. március 9-én ügyeleti időben került felvételre az SBO-ról. ABO-n koponya CT, neurológiai és szülészeti vizsgálat történt. Ügyeleti időben Seduxen inj. kapott. A Pszichiátriai Osztályon parenterális folyadékpótlásban részesült, tudatzavara változatlan volt, délelőtt kapott 1 adag Tiapridalt, mely hatástalan volt nyugtalanságára, délután folyamán 1 adag Haloperidolt és 1 adag Seduxent kapott intramuscular, melynek hatására a tudatzavar mérséklődött. Szülészeti konzíliumot kért a pszichiáter szakorvos 2015. március 10-én, jelezték, hogy holnapi napon fogják megvizsgálni a kismamát. A beteggel kontaktust nem lehetett létesíteni. Délután észlelték, hogy a zárt részlegén megszüült, a baba az egészségügyi dokumentáció alapján halva született. Azonnal értesítették az újraélesztő team-et, de nem sikerült reanimálni a gyermeket. Szülészeti konzílium is történt. Fentiekre tekintettel a fennálló tudatzavar miatt a beteget a Kórház Intenzív Therápiás Osztályára helyezték át, javasolt therápiával. A beteg a Pszichiátriai Osztályról 2015. március 10-én 16:30-kor került elbocsátásra.”*

1.2 A helyszíni vizsgálaton munkatársaim személyesen meghallgatták a Pszichiátriai Osztály osztályvezető főorvosát, a beteg kezelőorvosát, a Szülészeti Nőgyógyászati Osztály osztályvezető főorvosát és az érintett beteget. Az interjúk tapasztalatai a következők:

A 31 éves állapotos nőbeteget közterületről mentő hozta be a Szent Imre Kórházba 2015. március 9-én hétfőn délután 16:30 körül. A beteg közvetlen veszélyeztető állapotban volt, sürgősségi ellátása volt indokolt. Az SBO vette fel, rossz általános állapotban, egyebek mellett delirium tremens diagnózissal (hallucinált, félrebeszél, rendkívül agitált állapotban volt). Az SBO több szakorvost is konzíliumra kért a felvételével összefüggésben, neurológus, nőgyógyász is vizsgálta. CT felvétel készült róla, a nőgyógyász szakorvos megvizsgálta, a gyermeknél UH vizsgálat és szívhang ellenőrzés történt, mely alapján jó méhen belüli magzati állapotot rögzítettek. Az érintett beteggel történt későbbi beszélgetésből is az derült ki, hogy erre a napra vonatkozóan – hétfőn – még intenzív magzatmozgásra emlékszik.

A felvétel során észlelték a terhesség tényét, ezért is kért az SBO nőgyógyászati konzíliumot. A pszichiáter osztályvezető főorvos elmondta, hogy akkor végeznek terhességi tesztet, ha van arra vonatkozó információ, gyanú, hogy a beteg várandós. Ebben az esetben ez nem volt kérdés, a nőgyógyász a vizsgálatok alapján 34-35 hetes terhességet állapított meg, az anya teljes tudatzavara miatt tőle erre vonatkozó információt nem sikerült megtudni. Az anya tehát nem volt terminusban, a fenyegető koraszülésre semmi nem utalt.

Magával az anyával folytatott beszélgetésből az derült ki, hogy terhessége gondozatlan volt, a szülést megelőzően rövid idővel járt csak orvosnál, így utóbb sem tudta megmondani, pontosan mióta várandós.

A beteg a Pszichiátriai Osztály zárt osztályának krízismegfigyelőjébe egyedül kerül elhelyezésre, ahol a főorvos tájékoztatása szerint folyamatos nővéri observatio alatt állt. Fizikai és kémiai korlátozó intézkedéseket alkalmaztak felváltva az itt töltött 1 nap során összesen hatszor kapott gyógyszert (háromszor éjjel és háromszor nappal), emellett is folyamatosan delirált. Az osztályvezető orvos szerint a kapott gyógyszereket a protokoll szerint állították be, ezeket ilyen mennyiségben kaphatja III. trimeszterben lévő várandós is.

2015. március 10-én reggel 8:30-kor volt a bírói szemle, amelyen jóváhagyták a beteg pszichiátriai sürgősségi kezelését. A főorvos szerint 2015. március 10-én kora délután volt egy telefonos nőgyógyászati konzílium, ekkor semmi nem utalt szülésre, 15:10-kor észlelték a beteg megfigyelését végző nővérek – akik közül az egyik mentőápoló szakképzettséggel is rendelkezik – a szülés beindulását.

Amikor a szülés megindulását észlelték, feloldották a rögzítést, valamint riasztották a Szülészeti Nőgyógyászati Osztályt és a neonatológust is. 15:14-re ott volt az újraélesztési team, szülésznő, szülész-nőgyógyász szakorvos, intenzív szakorvos, 15:20 körül érkezett a neonatológus és a szakápolók. A pszichiátriai szakápolók a megérkezésükig is segítették az anyát a kitolási szakban. A főorvos elmondása szerint a baba már halva született, a neonatológusok sikertelenül kísérelték meg az újraélesztését.

A perinatális halottvizsgálati bizonyítványt kiállították, majd hatósági boncolásra kerül sor. A helyszíni vizsgálatkor elmondták továbbá, hogy a rendőrség közigazgatási eljárás keretében vizsgálja a történeteket, valamint a kórház belső vizsgálatot folytat. A szülést követően a beteg az intenzív osztályra került, majd a nőgyógyászatra, rutin ellátásban részesült. A helyszíni vizsgálat napján a hölgy beteg még az intézményben tartózkodott (a zárójelentése elkészültére várt), és hajlandó volt beszélgetni munkatársaimmal.

Elmondta, hogy 2015. március 9-én délután élettársával elment a kislányáért az óvodába, hazavitte, majd zsidóbetegségi tüneteket tapasztalt és egy cigaretta elszívása után lepihent. Ezt követően nincsenek emlékei, 2015. március 11-én tért ismét tudatához a kórház Intenzív Osztályán, amikor közölték, hogy a gyermeke halva született előző nap délután. Nem emlékszik a beszállítása körülményeire, a további pszichiátriai kezelését (az addiktológiai, és az őt ért sokkhatásra tekintettel egyéb, annak feldolgozását segítő terápiát) elutasította. Elmondta, hogy 2014 decemberében észlelte, hogy állapotos, amikor a magzat már mozgott, 2015 februárjában, a 30. terhességi hét után jelentkezett a védőnőnél terhes gondozásra, ekkor ment el a várandósággal összefüggő első laborvizsgálatra is az érdi szakrendelőbe. A főorvos elmondása szerint „sok terhesük volt.” Mivel az érintett beteg terhessége még nem volt terminusban, továbbá igen súlyos pszichiátriai tünetei voltak, amelyek más osztályon nem lettek volna elláthatóak, a főorvos is úgy vélte, hogy adekvát volt a beteg pszichiátriai osztályra utalása.

1.3 Interjú az egyik férfi ápolóval a zárt osztályról: A pszichiátriai osztályon összesen 5 fő férfi ápoló dolgozik, ebből 4 fő a zárt osztályon 1 fő a nyílt osztályon. A pszichiátriai osztályon dolgozó 11 ápolónőből 6 fő dolgozik a zárt osztályon és 4 fő a nyílt osztályon. 1 ápolónő félállásban dolgozik felváltva a zárt és a nyílt osztályon. A zárt osztályon egy 8 ágyas női és egy 8 ágyas férfi kórterem van. A krízismegfigyelőben, amikor nem megfigyelőként használják, fogadhatják a betegek a látogatókat. Ha a betegszám indokolja, két ágyat tudnak elhelyezni itt. A szülés napját megelőzően 10 hölgy beteg volt elhelyezve a zárt osztályon: 8 fő a kórteremben, 1 fő a krízismegfigyelőben – a várandós hölgy – és 1 fő a folyosón.

1.4 Interjú az egyik női ápolóval a zárt osztályról: A konkrét napon nem volt műszakban, ezért arról nem tud nyilatkozni. Úgy látja, hogy az osztályon általánosságban nincsenek problémák. Kevés korlátozó intézkedést alkalmaznak, leginkább akkor, ha a műszakonként 2 ápolóra sok veszélyeztető állapotban lévő beteg jut.

Ilyenkor kéz- és lábmandzsettát alkalmaznak, amit általában két óránként felengednek. A korlátozó intézkedéseket orvos vagy szakápoló orvos egyetértésével rendeli el, azonnal dokumentálják. Olykor problémás a betegek elhelyezése, előfordul, hogy a folyosóra is kerülnek ágyak az alacsony ágyszám miatt. Minden műszakba igyekeznek egy férfi és egy női ápolót beosztani. A betegekkel leginkább az ápolószemélyzet tölt időt, az orvosok kevésbé.

1.5 *Interjú az egyik férfi beteggel, aki a szüléskor is a zárt osztályon tartózkodott:* 10 napja tartózkodik itt, önkéntesen jött a zárt osztályra. Dohányzik, két óránként kérhet cigit a nővérektől 7:00 és 21:00 között. Elmondása szerint ez probléma. Látogatókat 12:30 és 13:30 között, valamint 17:00 és 18:00 között lehet fogadni. Ez nem elegendő, mert ilyenkor az emberek dolgoznak. Elmondása szerint nem kapnak tájékoztatást azzal kapcsolatban, hogy milyen gyógyszereket kapnak. Előfordul, hogy a betegeket rögzítik a szoba WC-hez, hogy oda végezzék el a dolgukat, és ne mászkáljanak.

Tudja, hogy van betegjogi képviselő, de erről nincs kiírás. Szerinte „ahol az embert ápolják, ott nem lehet panaszkodni.” Elmondta, hogy „Előfordul, hogy az ápolók úgy beszélnek itt az emberekkel, mint a kutyákkal”.

1.6 *A helyszíni vizsgálat során a további tapasztalatok a következők.* A betegjogi képviselő elérhetősége a zárt osztályon nincs kifüggesztve, mert az ápolók szerint letépik a betegek. A főorvos szerint a betegjogi képviselő volt már a zárt osztályon, de nincs arról információ, hogy megjelenése rendszeres lenne. Ebben az évben (2015. március 17-ig) szóbeli vagy írásbeli panasz nem érkezett. A zárt osztályon sok a demens beteg, akiket nem tudnak elbocsátani, mert nincs hova menniük. Ez ellehetetleníti olyan betegek felvételét, akiket ide kellene felvenni. A betegek mobiltelefonját elveszik, így telefonálni csak vezetékes telefonról lehetséges, előzetes orvosi engedély alapján. A zárt osztály helyiségei tiszták, biztosított a nemenként elkülönített WC, valamint fürdési lehetőség, dohányzási lehetőség külön dohányzóban. A látogatás idején egy beteg sem állt fizikai korlátozó intézkedés alatt.

2. Az eset kapcsán az *általános előírások betartásának vizsgálatán, valamint a pszichiátriai betegek alapjogainak tiszteletben tartásán túl választ vártam a következőkre.* Pszichiátriai, zárt osztályos elhelyezés esetén, kontaktusba nem vonható, fájdalmát megítélni képtelen grávida esetében – aki görcsállapotokat szüntető, nyugtató és izomfeszülést csökkentő hatású készítményt kap rendszeresen – vonatkozik-e különleges terhesgondozási, szülészet-nőgyógyászati szabály, illetve protokoll, különös tekintettel a magzati életvédelemre?

2.1 Az ombudsmani vizsgálat eredményes lefolytatása érdekében *tájékoztatást kértem az Egészségügyi Szakmai Kollégium Szülészet és Nőgyógyászat, Asszisztált Reprodukció Tagozatának elnökétől.* Az elnök 2015. május 9-én kelt válaszában tájékoztatott, hogy protokoll (irányelv, módszertani levél, szakmai útmutató) sem a hazai sem pedig a nemzetközi irodalomban nem található. Előfordul, hogy terhes nő kerül a pszichiátriai osztályra, azonban véleményük szerint az ilyen súlyos eset nagyon ritka, ezért erre külön szabályozás nem készült. *Egy rövid úton történt tájékozódás alkalmával ugyanakkor az elnök utalt arra, hogy a 2000-es évek elejéig létezett a Szent János Kórházban egy speciális pszichiátriai ellátást igénylő várandósokkal foglalkozó osztály, melynek kialakult gyakorlata volt a kettős „kórképu” személyek ellátásának megfelelő biztosítására.*

2.2 *Az Egészségügyi Szakmai Kollégium Pszichiátria és Pszichoterápia Tagozatának elnöke* 2015. május 18-én kelt válaszában arról tájékoztatott, hogy *a pszichiátriai osztályon elhelyezett gravidákra expressis verbis mindössze egy rendelkezést tartalmaznak a hatályos jogszabályok.* A pszichiátriai betegek intézeti felvételének és az ellátásuk során alkalmazható korlátozó intézkedések szabályairól szóló 60/2004. (VII. 6.) ESzCsM rendelet 4. § (7) bekezdése szerint, ha az egyéb korlátozó intézkedés időtartama az elrendeléstől számított 16 órát meghaladja, annak fenntartását az orvos felülvizsgálja, és indokolással együtt dokumentálja. Ezeknek a kötelezettségeknek a 4. § (8) bekezdés alapján terhes személyek esetén legkésőbb 2 óránként kell eleget tenni.

A Rendelet egyéb rendelkezései is megfelelően alkalmazandók, így a Rendelet 4. § (1) bekezdése kimondja, hogy a pszichiátriai beteg gyógykezelése, ápolása és ellátása során a beteg szükségleteinek megfelelő ápolási körülményeket és személyi feltételeket kell biztosítani, különös tekintettel a korlátozó intézkedések elkerülésére.

A Rendelet 5. § (3) bekezdése alapján az egyéb korlátozó intézkedések alkalmazásának ideje alatt a pszichiátriai beteg állapotának folyamatos, fokozott ellenőrzése szükséges, amely magába foglalja a fizikai, higiénés, pszichikai és egyéb szükségletek felmérését és ezeknek a beteg állapotának megfelelő kielégítését. Az ellenőrzésnek arra is ki kell terjednie, hogy szükséges-e a korlátozó intézkedés további fenntartása, illetve szükséges-e az alkalmazott módszer megváltoztatása. Az ellenőrzés módját és gyakoriságát az orvos határozza meg és az erre vonatkozó döntését az ápolási dokumentációban rögzíti. Az ellenőrzést, a beteg észlelését feladatkörében végző személy haladéktalanul köteles jelezni az orvosnak, az általa észlelt, az egyéb korlátozó intézkedések szempontjából jelentős változásokat. E szabályokat terhes beteg esetében nyilvánvalóan a terhes nő, illetve a születendő gyermek szükségleteire tekintettel kell alkalmazni.

A kontaktusba nem vonható gravida kezelésére vonatkozóan a Rendelet 4. § (8) bekezdésén túl speciális szabályok nincsenek. Ilyenkor a pszichiátriai kezeléseknél az alkalmazási előírások betartása és a magzattal kapcsolatos esetleges mellékhatások tartoznak a pszichiátria kompetenciakörébe. Súlyos pszichotikus állapotban az anya és a magzat érdekében – kockázat/haszon megítélése alapján – a minél hamarabbi szülésbefejezés javasolt. A vajúadás, a szülés folyamatával, szülés levezetésével kapcsolatos, a magzati életvédelemre vonatkozó szabályok nem a pszichiátria, hanem a szülészet, illetve a neonatológia kompetenciájába tartoznak.

2.3 Megkeresésemre az *országos tisztifőorvos* – akitől egyúttal az eset kivizsgálását is kértem – a 2015. májusi válaszában arról tájékoztatót, hogy az OTH az ombudsmani bejelentés alapján a kivizsgálást elindította. A tényállás tisztázása céljából bekérte a beteg és az újszülött egészségügyi ellátásával kapcsolatos teljeskörű egészségügyi dokumentáció (zárójelentés, ápolási lap, boncolási jegyzőkönyv) másolatát, valamint a Kórház nyilatkozatát az ellátással kapcsolatban. Jelezte, hogy a vizsgálat előreláthatólag 30 napnál hosszabb ideig tart, a kivizsgálás várható időpontja 2015. július 30-a. Az eljárás meghosszabbodásának indoka, hogy az OTH szakfelügyelő főorvosokat (pszichiátria és szülészet- nőgyógyászat) kért fel, hogy a betegellátásról szakfelügyelői véleményt alakítsanak ki. A véleményben arra adnak választ majd, hogy az érintett beteg ellátása az egészségügyi jogszabályok, szakmai irányelvek, protokollok és módszertani levelek alapján történt-e.

Az országos tisztifőorvos a 2015. szeptemberében kelt válaszában ismét a határidő módosításáról számolt be, a kivizsgálás várható időpontját 2015. október 30-ban jelölte meg, hivatkozással az elhúzódó szakfelügyelői eljárásokra. Végül 2015. szeptember 30-i válaszában a kivizsgálás befejezéséről és annak eredményéről számolt be.

Az ellátás *pszichiátria* szakmai szempontok szerinti véleményezésére felkért *szakfelügyelő* megállapítása szerint a magzat állapotának megítélése és annak követése az anya delíriuma alatt nem a pszichiáter szakorvos kompetenciájához tartozó feladat. A beteg pszichiátriai osztályos egészségügyi ellátásának dokumentációját a szakmai szabályoknak, irányelveknek és a hatályos vonatkozó jogszabályoknak megfelelően vezették.

A rendelkezésre álló dokumentáció alapján a beteg ellátása annak megfelelően történt a pszichiátriai osztályon, hogy veszélyeztető állapotú beteg ellátása a pszichiátria feladata. Mindamellet megjegyezte, hogy a delírium súlyos, életveszélyes állapot, melynek ellátása intenzív osztályos megfigyelést és kezelést igényel. Több szakmát érintő betegségről van szó, a szakmai irányelvek minden esetben egyéni elbírálásának szükségességét hangsúlyozzák. Hazai gyakorlatban nagy nyomás nehezedik a pszichiátriai ellátást végző osztályokra azért, hogy a zavart, nyugtalan, esetleg agresszív, irányíthatatlan betegeket ezen az osztályon kezeljék, annak ellenére, hogy gyakran folyamatos szomatikus monitorozásra is szükségük lenne.

Delírium és terhesség együtt járása esetén egyedi elbíráláson alapuló nőgyógyászati döntés, hogy szükséges-e a folyamatos magzati monitorozás, és ha szükséges, akkor ez nem oldható meg a pszichiátriai osztály keretein belül. *Álláspontja szerint jelen eset a hazai gyakorlat felülvizsgálatának szükségességét támasztja alá.* A betegség súlyosságának, a szövődmények kockázatának, a beteg állapota monitorozási szükségletének nagyobb mértékű figyelembe vételével kellene a delírium állapotában lévő betegek kezelésére megfelelő osztályt kiválasztani. *Ebbez szükséges lenne, hogy a zavart, nyugtalan betegekkel szemben az érintett orvosi szakterületeken dolgozók nagyobb elfogadást és toleranciát tanúsítsanak.*

Megállapította, hogy a pszichiáter szülészeti konzultációt kért, 2015. március 10-én 13:45 perckor telefonon konzultált szülész főorvossal, aki az előző napi negatív vizsgálati lelet alapján nem tartott szükségesnek aznapi vizsgálatot, a következő nap reggelre tervezte azt. A terhességgel kapcsolatban sürgős teendőt nem javasolt, a megfelelő pszichiátriai gyógyszeres kezelést a magzati kockázat figyelembevételével, a terhesség korára tekintettel folytathatónak tartotta. Mindezeknek megfelelően a beteg gyógyszeres kezelése és megfigyelése (a dokumentáció alapján 15 percenként ellenőrizték) a várandósság figyelembevételével történt. A rendelkezésre álló dokumentáció alapján megállapítható, hogy a betegnél a szakma szabályai szerint fizikai és kémiai korlátozást alkalmaztak, a szakma szabályainak megfelelően történt a pszichiátriai szakmai monitorozás, amely kellően dokumentált, pszichiátriai szakmai hiba, mulasztás vagy késlekedés nem állapítható meg.

Az ellátás *szülészeti-nőgyógyászati* szakmai szempontok szerinti véleményezésére felkért *szakfelügyelő* véleménye rögzíti, hogy a beteg SBO-ra felvételét (16:23) követően nem sokkal (16:55) komplett szülészeti státuszrögzítés történt, mely akut magzati veszélyállapotot nem észlelt. A szülészeti-nőgyógyászati konzíliumok során végzett preventív, illetve diagnosztikus, illetve terápiás, illetve gondozási eljárások, beavatkozások vonatkozásában rendelkezésre álló, központi hatóság vagy szakmai grémium által kiadott szakmai protokollok vagy módszertani levelek, ajánlások a feltételezett vagy megerősített magzati veszélyállapotokkal szemben elsőbbséget írnak elő az anyai veszélyállapotok ellátására.

A 13:50 körül zajlott telefonos konzílium kérés során a szülész-nőgyógyász főorvos számára nem álltak rendelkezésre olyan adatok, amelyek azonnali szülészeti vizsgálat, beavatkozás szükségességére utaltak volna.

A szakfelügyelő szerint az intenzív magzati monitorozást indokoló körülményt a szülészeti vizsgálat nem tárt fel. A magzat méhen belüli elhalásának megelőzésében nyilvánvalóan hatásos lett volna a magzat folyamatos észlelése, de ennek szakmai indoka és fizikai lehetősége sem állt fent a páciens saját és mások életére, testi épségére veszélyt jelentő magatartása, állapota miatt. Ilyen körülmények között életszerűtlen feltételezni, hogy *nagy értékű műszerrel* a magzat szívműködését folyamatosan lehetne monitorozni.

A szakfelügyelő kiemelte, hogy „a magzat életének védelme az adott esetben az anya életveszélyes állapotának kezelésén keresztül valósult meg. A szülészeti-nőgyógyászati eljárási rendek és szakmai protokollok a feltételezett vagy megerősített magzati eljárási rendek és szakmai protokollok a feltételezett vagy megerősített magzati veszélyállapotokkal szemben elsőbbséget írnak elő az anyai veszélyállapotok ellátására.

A magzati élet védelme a gyermeket váró nőkről történő fokozott gondoskodással valósítható meg, a magzat egészséges fejlődését biztosító feltételek megteremtése elsődlegesen a szülők felelőssége. *Sajnálatos körülmény, hogy a páciens a krónikus alkoholbetegsége miatt a magzatvédelmi törvény ezen elvárásainak nem tudott eleget tenni.* Mindezek alapján az országos tisztifőorvos tájékoztatása szerint a panasz kivizsgálását lezárta azzal, hogy a rendelkezésre álló információk alapján a Kórház a szakmai protokollok és szabályok valamint az elvárható gondosság elve alapján végezte a beteg kivizsgálását és ellátását, így a szakmai szabályok megszegése nem állapítható meg.

2.4 Megkeresésemre adott válaszában az *Emberi Erőforrások Minisztériumának egészségügyért felelős államtitkára* 2015 szeptemberében arról tájékoztattott, hogy felkérte az érintett háttérintézményeket, így az Állami Egészségügyi Ellátó Központ (a továbbiakban: ÁEEK), az Országos Betegjogi, Ellátottjogi, Gyermekjogi és Dokumentációs Központot (a továbbiakban: OBDK), hogy a feladat- és hatáskörükbe tartozóan, a megkeresésben foglaltak tekintetében nyújtsanak tájékoztatást, illetve tegyék meg a szükséges intézkedéseket. Ezen kívül áttekintette a Szakmai Kollégium szakmai véleményét, valamint megkereste az országos tisztifőorvost is, azonban az OTH a vizsgálatát akkor még nem zárta le.

Az *ÁEEK vezetője* beszámolt arról, hogy a belső ellenőrzés szakmai mulasztást nem állapított meg, az érintett szakmák képviselői megfelelően jártak el. A pszichiátrián végzett ellátása során, a beteg a tünetei miatt a szakmai szabályoknak megfelelő gyógyszeres kezelésben részesült, valamint – a jogszabályi előírások pontos betartása és az intézkedések dokumentálása mellett – időszakos végtagrögzítést is alkalmaztak nála. A 2015. március 10-én végzett, helyszíni bírósági szemle a megkezdett kényszerintézkedést jóváhagyta, és kötelező pszichiátriái intézeti gyógykezelést rendelt el. A 2015. március 10-én 13:45-kor a pszichiáter szakorvos telefonon kért felvilágosítást a szülész szakorvostól az aktuális teendőkről, megegyeztek abban, hogy a szülész másnap 2015. március 11-én helyszíni CTG vizsgálatot végez a magzat állapotának ellenőrzésére. A beteg továbbra is a megfigyelőben volt, ahol 2015. március 10-én 15:10-kor az aktuális ellenőrzés alkalmával azt észlelték az osztály ápolói, hogy a betegnél minden bizonnyal rohamszülés indult meg. A szülés szakszerű befejezésében aktívan közreműködtek – más teendőkre, szaksegítség kérésére idő nem volt – az újszülött azonban életjelenségeket nem mutatott, ezért azonnali segítséget kértek az Intenzív Terápiás Osztálytól és a Szülészeti és Nőgyógyászati Osztálytól. Az általuk megkezdett reanimáció eredménytelen volt. A belső vizsgálat során – amely kiterjedt az eset teljes kórházi dokumentációjának és az ellátásban résztvevők igazoló jelentéseinek áttekintésére, valamint a résztvevők személyes meghallgatására – szakmai mulasztást nem állapítottak meg. Az érintett szakmák mind a szakma szabályai szerint jártak el. Az OBDK főigazgatója azt a tájékoztatást adta, hogy a területileg illetékes betegjogi képviselőhöz megkeresés nem érkezett, illetve panasztételre nem került sor sem a beteg, sem hozzátartozói részéről. A betegjogi képviselő is a sajtóból értesült az esetről, és az ügy súlyára tekintettel haladéktalanul tájékozódott a helyszínen az osztályvezető főorvosnál. *A beteg ellátása során szükségessé vált korlátozó intézkedésekről – végtagrögzítés, kémiai korlátozás – szóló dokumentációt a Pszichiátriái Osztály adminisztratív munkatársa eljuttatta a betegjogi képviselő részére.* A vonatkozó szakmai irányelvvel kapcsolatban jelezte, hogy annak kezdeményezésére a 18/2013. (III. 5.) EMMI rendelet 3. fejezete (6. §-a) irányul. Az egészségügyi szakmai irányelvek elkészítéséhez az OBDK Minőségügyi, Nemzetközi és Dokumentációs Főosztálya módszertani támogatást biztosít, illetve koordinálja azt, a Szakmai Kollégium érintett tagozataival együttműködésben. Az OBDK főigazgatója válaszában kiemelte, hogy a pszichiátriái kezelés alatt álló várandósokra vonatkozó irányelvek készítését támogatja. Jelenleg a várandósgondozásra sincsen érvényes irányelv, annak fejlesztése folyamatban van, megfontolandó ezen irányelvek kidolgozásának együttes kezelése. A Szent János Kórházban 2006 előtt működő speciális, pszichiátriái ellátást igénylő várandósokkal foglalkozó osztályának egykori működését szabályozó dokumentumok áttekintése felfedhet olyan helyi szakmai protokollt, amely tartalma az irányfejlesztés során használható lehet.

2.6 Megkeresésemben végül az illetékes rendőrhatalóságtól az újszülött boncolási jegyzőkönyvének megküldését kértem. *A Budapesti Rendőr-főkapitányság (BRFK) Bűnügyi Főosztályának vezetője* 2015. május 21-én kelt levelében arról tájékoztattott, hogy a BRFK Bűnügyi Főosztály Életvédelmi Osztály Vizsgálati Alosztálya nyomozást folytat ismeretlen tettes ellen, az újszülött halálesetének kapcsán, foglalkozás körében elkövetett, halált okozó gondatlan veszélyeztetés vétség megalapozott gyanúja miatt. A nyomozás feladata annak megállapítása, hogy az újszülött halálának mi volt az oka, élve születés történt-e, a Kórház dolgozói részéről történt-e foglalkozási szabályszegés a szülés, haláleset kapcsán.

Tájékoztattott, hogy az újszülött orvosszakértői vizsgálatának eredménye még nem érkezett meg hatóságukhoz, így azt csak a későbbiekben tudja továbbítani felém. 2015. szeptember 25-én kelt levelemben a Budapesti XI. és XII. kerületi Ügyészséghez fordultam megkereséssel, hogy a hatósági boncolás jegyzőkönyvét a vizsgálathoz küldjék meg. Ezt követően a BRFK Bűnügyi Főosztályának vezetője 2015. október 13-án kelt levelében arról tájékoztattott, hogy a boncolási jegyzőkönyv másolati példányának kiadása az eljárás azon szakaszában a nyomozás érdekeit sérthették volna, és sikeres lefolytatását nagymértékben veszélyeztethette volna, ezért továbbítására kizárólag az igazságügyi orvosszakértői vélemény megérkezése után látott lehetőséget, melynek határideje 2015. november 27. volt.² Végül 2015. december 21-én kelt levele mellékleteként végül az Ügyészség megküldte az igazságügyi orvosszakértői boncolás jegyzőkönyvét. A 2016. január 14-én érkezett jegyzőkönyv tartalmát ügyészi kérésre a nyomozás érdekeire figyelemmel nem ismertetem részleteiben.

A vizsgálat megállapításai

I. A hatáskör tekintetében

A biztos feladat- és hatáskörét, valamint az ezek ellátásához szükséges vizsgálati jogosultságokat az Ajbt. határozza meg. Az Ajbt. 18. § (4) bekezdése szerint az alapvető jogok biztosa a hatóságok tevékenysége során felmerült, az alapvető jogokkal kapcsolatos visszásság megszüntetése érdekében hivatalból eljárást folytathat. A hivatalból indított eljárás természetes személyek pontosan meg nem határozható, nagyobb csoportját érintő visszásság kivizsgálására vagy egy alapvető jog érvényesülésének átfogó vizsgálatára irányulhat.

Az Ajbt. 18. § (1) bekezdés l) pontja és a 18. § (2) bekezdésének e) pontja alapján az alapvető jogok biztosa által vizsgálható hatóságnak, ezen belül közszolgáltatást végző szervnek minősül – függetlenül attól, hogy milyen szervezeti formában működik – a jogszabályban közszolgáltatásként megjelölt tevékenységet végző szervezet. Az egészségügyi ellátórendszer fejlesztéséről szóló 2006. évi CXXXII. törvény 1. § (2) bekezdés b) pontja szerint egészségügyi közszolgáltatásnak minősül a részben vagy egészben a központi költségvetés és az Egészségbiztosítási Alap terhére finanszírozott egészségügyi szolgáltatás.

A fentiek alapján a korábbi ombudsmani gyakorlattal összhangban *közszolgáltatást végző szervek körébe tartoznak az egészségügyi intézmények*, amelyekre az ombudsman vizsgálati jogosultsága – az Ajbt. hatásköri szabályai értelmében – *egyértelműen kiterjed*.

II. Az alapvető jogok és alkotmányos elvek tekintetében

Az alapjogi biztos egy adott társadalmi probléma mögött álló összefüggés-rendszer feltárása során autonóm, objektív és neutrális módon, kizárólag alapjogi érvek felsorakoztatásával és összevetésével tesz eleget mandátumának. Az ombudsmani intézmény megalakulása óta az országgyűlési biztos következetesen, zsinórmértékként támaszkodott az Alkotmánybíróság alapvető jogállami garanciákkal és az alapjogok tartalmával kapcsolatos elvi megállapításaira, valamint – az ombudsmani jogvédelem speciális vonásainak megfelelően – alkalmazta az alapjogkorlátozás alkotmányosságát megítélni hivatott alapjogi tesztek.

A jelentés megállapításaival összefüggésben ismételten hivatkozom arra, hogy az Alaptörvény vonatkozó rendelkezéseinek szövege Alaptörvény Negyedik Módosításának hatályba lépését követően továbbra is nagyrészt megegyezik az Alkotmányban foglaltakkal, az alkotmányos követelmények és alapjogok tekintetében jellemzően nem tartalmaz olyan rendelkezéseket, amely ellentétesek volnának a korábbi alkotmányunk szövegével. Az Alkotmánybíróság a 22/2012. (V. 11.) AB határozatában arra mutatott rá, hogy *„az előző Alkotmány és az Alaptörvény egyes rendelkezései tartalmi egyezősége esetén éppen nem a korábbi alkotmánybírósági döntésben megjelenő jogelvek átvételét, hanem azok figyelmen kívül hagyását kell indokolni”*.

² Utalni szeretnék az alapvető jogok biztosának AJB-7766/2013. számú jelentésére, mely az igazságügyi szakértői eljárások elhúzódásának háttérét tekintette át, és a tisztességes eljáráshoz való jog érvényesülésének veszélyeztetettségét állapította meg elsősorban a kapacitáshiány miatt.

Az Alkotmánybíróság ugyanakkor a 13/2013. (VI. 17.) AB határozatában azt emelte ki, hogy az adott határozatban vizsgált törvényi rendelkezések esetében már az Alaptörvény Negyedik Módosítása alapján jár el a korábbi alkotmánybírói határozatokban foglaltak felhasználhatóságát illetően. A testület ennek kapcsán elvi érveléssel mondta ki azt, hogy „*az Alkotmánybíróság a hatályát veszített alkotmánybírói határozat forrásként megjelölésével, a lényegi, az adott ügyben felmerülő alkotmányossági kérdés eldöntéséhez szükséges mértékű és terjedelmű tartalmi vagy szövegszerű megjelenítéssel hivatkozhatja vagy idézheti a korábbi határozataiban kidolgozott érveket, jogelveket. Az indokolásnak és alkotmányjogi forrásainak ugyanis a demokratikus jogállamban mindenki számára megismerhetőnek, ellenőrizhetőnek kell lennie, a jogbiztonság igénye az, hogy a döntési megfontolások átláthatóak, követhetőek legyenek. A nyilvános érvelés a döntés indoklásának létalapja. A korábbi határozatokban kifejtett érvek felhasználhatóságát az Alkotmánybíróság mindig esetről esetre, a konkrét ügy kontextusában vizsgálja.*”

Ha összevetjük az Alaptörvény B) cikk (1) bekezdésében, az Alaptörvény II. cikkében foglaltakat a Magyar Köztársaság Alkotmányáról szóló 1949. évi XX. törvény 2. § (1) bekezdésének, illetve 54. § (1) bekezdésének szövegével, akkor az állapítható meg, hogy a jelen vizsgálat tárgyát képező alapvető jog és a jogállamiság elve tekintetében nem hoz olyan változást az Alaptörvény szövege, mely a korábbi alkotmánybírói gyakorlat elvetését, tartalmi átértékelését alátámasztaná. Így elvi megállapításaim megfogalmazása, az alapjogok és az alkotmányos elvek értelmezése során irányadónak tekintem az Alkotmánybíróság által az Alaptörvény hatályba lépését megelőzően és az azt követően meghozott határozataiban, azok indokolásában kifejtett megállapításokat. A tisztességes eljárás jogának érvényesülése kapcsán annyi változást érdemes még ebben a körben kiemelni, hogy immár külön alkotmányi rendelkezés nevesíti a *tisztességes hatósági eljárás*hoz való jogot.

1. Az Alaptörvény B) cikk (1) bekezdése alapján Magyarország független, *demokratikus jogállam*. Az Alkotmánybíróság korábbi töretlen gyakorlata alapján ennek a jogállami minőségnek nélkülözhetetlen eleme a *jogbiztonság*. Ahogyan pedig arra az Alkotmánybíróság felhívta a figyelmet a 30/2012. (VI. 27.) AB határozatában, az Alaptörvény B) cikk (1) bekezdése és az Alkotmány 2. § (1) bekezdése azonosan deklarálja a jogállami klauzulát, tehát az eddig kialakított alkotmánybírói gyakorlat relevánsnak tekinthető a vizsgálat során. Az Alkotmánybíróság által gyakran hivatkozott tétel, hogy a jogbiztonság az állam – s elsősorban a jogalkotó – kötelességévé teszi annak biztosítását, hogy a jog egésze, egyes részterületei és az egyes jogszabályok is világosak, egyértelműek, működésüket tekintve kiszámíthatóak és előreláthatóak legyenek a norma címzettjei számára. A jogbiztonság nem csupán az egyes normák egyértelműségét követeli meg, de az egyes jogintézmények működésének kiszámíthatóságát is. A jogállamiság elvéből folyó követelmény a közhatalom, a közigazgatás törvény alá rendeltsége: a közhatalommal rendelkező szervek a *jog által megállapított működési rendben*, a polgárok számára megismerhető és kiszámítható módon szabályozott *korlátok között* fejtik ki tevékenységüket. Nem hagyható figyelmen kívül, hogy a *kiszámíthatóság – beleértve az egységes jogalkalmazást – és az eljárási garanciák biztosítása szorosan összekapcsolódik az egyes alanyi alapjogok, szabadságjogok védelmével kölcsönösen feltételezik egymást.*

2. Az Alaptörvény II. cikke alapján az *emberi méltóság* sérthetetlen, minden embernek joga van az élethez és az emberi méltósághoz. Az Alaptörvény hatályba lépését követően is hivatkozási pontot jelentő alkotmánybírói gyakorlat az emberi méltósághoz való joggal kapcsolatosan arra hívja fel a figyelmet, hogy a méltóság az emberi élettel eleve együtt járó minőség, amely oszthatatlan és korlátozhatatlan, s ezért minden emberre nézve egyenlő. Az egyenlő méltósághoz való jog az élethez való joggal egységben azt biztosítja, hogy ne lehessen emberi életek értéke között jogilag különbséget tenni. Emberi méltósága és élete mindenkinek érinthetetlen, aki ember, függetlenül fizikai és szellemi fejlettségétől, illetve állapotától, és attól, hogy emberi lehetőségéből mennyit valósított meg, és miért annyit.

Az Alkotmánybíróság már az egyik első, 1990-ben hozott döntésében kimondta, hogy az emberi méltósághoz való jog általános személyiségi jog, amelynek egyes fontos eleme az önrendelkezés szabadsága, az *önrendelkezéshez való jog*.

Ugyanebben a határozatban hívta fel a figyelmet arra az Alkotmánybíróság, hogy az önrendelkezési jog – mint az összes különös személyiségi jog – az egyén autonómiáját, az egyéni döntés szabadságát védi. Az Alkotmánybíróság 2000-ben foglalkozott először az *egészségügyi önrendelkezési jog* kérdéskörével, a betegek jogainak tartalmával, a beteg önrendelkezési jogát pedig különös személyiségi jogként vezetett le az Alkotmány szövegéből. Az Alaptörvény külön nem nevesíti a betegek jogait, de ezek a speciális jogosítványok – álláspontom szerint továbbra is – levezethetők az emberi méltósághoz való jogból, és az önrendelkezési jogból. A betegek jogainak fokozott állami védelmi kötelezettségekből adódó egyes alanyi jogokat törvényi szinten rögzítették: az Eütv. betegjogi katalógusa nevesíti a beteg emberi méltósághoz való jogát, tájékoztatásához való jogát, önrendelkezési jogát, és a gyógyintézet elhagyásának jogát.

A betegjogi jogvédelmi rendszer központjában az *egészségügyi önrendelkezési jog biztosítása*, valamint az „informed consent”, azaz a tájékozott beleegyezés elve áll, ennek megfelelően széles körű védelemben részesül a szabad, tájékozott és felelősségteljes döntésre képes ember saját teste és sorsa feletti rendelkezési joga. Az Alkotmánybíróság 36/2000. (X. 27.) AB határozatában kifejtett álláspontja szerint az egészségügyi ellátás során szükséges beavatkozásokba való beleegyezés, illetve annak visszautasítása a személyiségi jogok gyakorlásától elválaszthatatlan. Számos korábbi ombudsmani jelentés kiemeli, hogy a beteg, egészségügyi ellátásra szoruló személyek e *helyzetükénél fogva eleve kiszolgáltatott* – nem egy esetben „alárendelt” – helyzetben vannak az egészségügyi intézményekkel szemben, így jogaik különösen sérülékenyek. Mindebből következően az államtól nemcsak az egészségügyi intézményrendszer fenntartása és működtetése várható el, hanem alkotmányos kötelezettsége kiterjed az egészségügyi ellátásra szoruló személyek alapvető jogai védelmére.

3. Az Alaptörvény III. cikk (1) bekezdése alapján – az Emberi Jogok Európai Egyezményének 3. cikkével összhangban – senkit nem lehet kínzásnak, embertelen, megalázó bánásmódnak vagy büntetésnek alávetni, valamint szolgátságban tartani. A kínzás, kegyetlen, embertelen bánásmód alkotmányi szinten történő tilalmának magyarázata a mai európai demokráciákban alapvetően nem a középkori jellegű személyi büntetések alkalmazásának az elkerülése. Az Emberi Jogok Európai Bíróságának esetjogát áttekintve az Emberi Jogok Európai Egyezményének 3. cikkébe ütköző magtartások a következő fő típusokba sorolhatók:

- iskolákban, büntetés-végrehajtási intézetekben alkalmazott testi fenyítések;
- kiadatás, kiutasítás tilalmának garantálása olyan országokba, ahol kínzás, kegyetlen megalázó bánásmód, illetve büntetés alkalmazása merülhet fel;
- durva bánásmódok erősen hierarchizált, fegyveres szervezetek esetében;
- szervezetek, intézmények, ahol az intézmény jellege, rendje folytán nyílhat alkalom a cikk megsértésére (pl. az elmegyógyintézetek vagy a büntetés-végrehajtási intézetek).

Az Alkotmánybíróság az Alaptörvény hatályba lépését követően a 32/2014. (XI. 3.) AB határozatában értelmezte az Alaptörvény III. cikkében rögzített, a kínzás, embertelen, megalázó bánásmód, illetve büntetés abszolút tilalmát kimondó rendelkezés tartalmát. Az Alkotmánybíróság jelezte, hogy a felsorolt tilalmakat – kiegészítve a kegyetlen bánásmód, illetve büntetés tilalmával – korábban az Alkotmány az emberi élethez és méltósághoz való joggal együttesen szabályozta. A kínzás, embertelen, megalázó bánásmód és büntetés tilalma az emberi élethez és méltósághoz való jog, illetve ezen alapjog korlátozhatatlanságának önálló, az alkotmányozó által nevesített megjelenési formája volt. Az Alkotmánybíróság szerint az Alaptörvény ugyan külön cikkben szabályozza az emberi élethez és méltósághoz való jogot és a kínzás, embertelen, megalázó bánásmód, illetve büntetés tilalmát, az alkotmányozó hatalom normaszerveztési módja csupán formai különállást valósít meg, így az Alkotmánybíróság értelmezésében az Alaptörvény III. cikk (1) bekezdésében megjelenő tilalmak az emberi élethez és méltósághoz való jog megsértése tilalmának önálló, speciális megfogalmazásai is egyben.

A határozat kiemeli, hogy ez a felfogás összhangban van az Egyezmény 3. cikkének Emberi Jogok Európai Bírósága által kibontott tartalmával is, amely szerint az említett tilalmak megszegése az emberi méltóság sérelmét is jelenti. Az Alkotmánybíróság a büntetés-végrehajtási jogszabályok alkotmányossági vizsgálatának mércéjéül leszögezte, hogy az elítelt nem tárgya a büntetés-végrehajtásnak, hanem alanya, akinek jogai és kötelezettségei vannak. Így pedig a kínzás, az embertelen vagy megalázó bánásmód, illetve büntetés tilalmának abszolút jellegéből következik, hogy érvényesülését minden esetben – így a fogvatartás végrehajtása során is – biztosítani kell.

Az Alkotmánybíróság határozata rögzíti, hogy az Egyezményben és az Alaptörvényben szabályozott embertelen vagy megalázó bánásmód tilalmából az az absztrakt követelmény vezethető le, hogy a többszemélyes zárkában fogvatartottak részére biztosított élet-, illetve mozgástérnek minden esetben el kell érnie azt a minimális mértéket, amely biztosítja számukra az emberi méltósághoz való alapjoguk sérelme nélküli elhelyezésüket valamely büntetés-végrehajtási intézetben. E minimális élet-, illetve mozgástér biztosítása nélkül ugyanis olyan túlszűfolttság jön létre, amely megakadályozza az érintettekkel való, emberhez méltó és őket adottságaiktól függetlenül megillető bánásmódot, így embertelen, megalázó bánásmódnak, büntetésnek minősül. Az Alkotmánybíróság szerint az Emberi Jogok Európai Egyezményének 3. cikkében és az Alaptörvény III. cikk (1) bekezdésében foglalt tilalom abszolút jellegéből következő állami, jogalkotói kötelezettség, hogy a fogvatartottak részére biztosítandó mozgástér minimális mértékét kötelezően alkalmazandó, kógens jelleggel, azaz az attól való eltérést kizáró módon kell a jogszabályban meghatározni.

4. A gyermek a megfelelő testi, szellemi és erkölcsi fejlődéséhez szükséges védelemhez és gondoskodáshoz való jogát az Alaptörvény XVI. cikk (1) bekezdése rögzíti. A gyermeket főszabályként minden olyan alapvető jog megillet, mint bármely más embert, de ahhoz, hogy a jogok teljességével – az életkorával szorosan összefüggő belátási képességéből adódó korlátok mellett – képes legyen élni, biztosítani kell számára az életkorának megfelelő minden feltételt a felnőtté váláshoz. Erre tekintettel kifejezetten a gyermekek jogaként rögzíti a törvény a megfelelő testi, szellemi és erkölcsi fejlődéséhez szükséges védelemre és gondoskodásra való jogot. E védelemre és gondoskodásra a gyermek mindenkivel szemben igényt tarthat. Ennek megfelelően a gyermek szülei, családja, az állam és a társadalom valamennyi tagja is köteles a gyermek jogait tiszteletben tartani, és a társadalom fennmaradásának zálogaként biztosítani számára a megfelelő fejlődéséhez szükséges feltételeket. A gyermekek védelemhez és gondoskodáshoz való joga az állam kötelességét alapozza meg a gyermek személyiségfejlődése intézményes védelmére. A gyermek, mint az alapjogok alanya oldalán az életkorból adódó hátrányokat az állam oldaláról az az intézményvédelmi kötelezettség egyenlíti ki, hogy az államnak aktívan kell cselekednie a gyermekek alapvető jogainak előmozdítása, érvényesülése és védelme érdekében.

Az Egyezmény preambulumban is rögzíti, hogy a gyermeknek, figyelemmel fizikai és szellemi érettségének hiányára, különös védelemre és gondozásra van szüksége, nevezetesen megfelelő jogi védelemre, születése előtt és születése után egyaránt. Az Egyezmény a részes államok minden gyermekekkel kapcsolatba kerülő intézményét és hatóságát a gyermek legjobb érdekének megfelelő eljárásra, döntésre kötelezi, 3. cikk pedig alapvetően rögzíti a gyermek legfőbb érdekét figyelembe vevő eljárást. Az Egyezmény 24. cikk 1. pontja kiemeli, hogy a részes államok elismerik a gyermeknek a lehető legjobb egészségi állapothoz való jogát, valamint, hogy orvosi ellátásban és gyógyító-nevelésben részesülhessen, erőfeszítéseket tesznek annak biztosítására, hogy egyetlen gyermek se legyen megfosztva az ezeknek a szolgáltatásoknak az igénybevételére irányuló jogától.

5. Az Alaptörvény XXIV. cikk (1) bekezdése tartalmazza, hogy mindenkinek joga van ahhoz, hogy ügyeit a hatóságok – ide értve a közszolgáltatást végző szerveket – részrehajlás nélkül, tisztességes módon és ésszerű határidőn belül intézzék, illetve a törvényben meghatározottak szerint indokolják.

Az Alkotmánybíróság álláspontja szerint a közigazgatás törvényessége akkor valósul meg, ha jogilag szabályozott eljárási keretek között működik. Nem hagyható figyelmen kívül továbbá, hogy a kiszámíthatóság – beleértve az egységes jogalkalmazást – és az eljárási garanciák biztosítása szorosan összekapcsolódik az egyes alanyi alapjogok, szabadságjogok védelmével, mintegy kölcsönösen feltételezik egymást. Az Alkotmánybíróság számos esetben elvi érveléssel mutatott rá arra, hogy az alanyi jogok érvényesítésére szolgáló eljárási garanciák a jogbiztonság alkotmányos követelményéből erednek, de szoros kapcsolatban állnak a jogegyenlőséggel, törvény előtti egyenlőséggel is. A megfelelő eljárási garanciák nélkül működő eljárásban ugyanis a jogbiztonság az, ami sérelmet szenved. A *tisztességes eljárás* követelménye olyan minőség, amelyet az eljárás egészének és körülményeinek figyelembevételével lehet megítélni. A tisztességes eljáráshoz való jog abszolút jog, amellyel szemben nem létezik mérlegelhető más alapvető jog vagy alkotmányos cél, mert már maga is mérlegelés eredménye. Olyan jogalkalmazói eljárást foglal magában, amely a materiális jogállam értékrendjének megfelelően, a demokratikus alkotmányfejlődés során kikristályosodott alapelvek és szabályok alapján zajlik.

6. Az Alaptörvény XXV. cikke értelmében mindenkinek joga van ahhoz, hogy egyedül, vagy másokkal együtt, írásban kérelemmel, panasszal vagy javaslattal forduljon bármely közhatalmat gyakorló szervhez. A petíciós jog klasszikus tartalma alapján ugyanis két fogalmi elemmel bír; nemcsak a kérelem, panasz, illetve javaslat benyújtását akár egyénileg akár kollektíven, hanem a közhatalmat gyakorló szerv válaszadását is, ami magával vonja, hogy az adott ügygel foglalkoznia kell. Az Alkotmánybíróság értelmezésében mindenkinek joga van arra, hogy egyedül vagy másokkal együttesen írásban kérelmet vagy panaszt terjesszen elő azokhoz az illetékes állami szervekhez, amelyeknek a külön jogszabályok által megállapított egyik alapvető funkciója azok elbírálása és orvoslása. Ezek együttes vizsgálata adja ki a jelen ügy szempontjából lényeges alapjogi tartalmat, amely szerint a vizsgálat alá vonható állami szervek kötelezettsége felöleli mind az eljárás lefolytatásának tényét, mind annak minőségét.

III. Az ügy érdemében

1. Az egészségügyi dokumentáció megfelelőségét, a beteggel szemben alkalmazott korlátozó intézkedés dokumentálását, a betegjogi képviselő jelenlétét érintő megállapítások

1.1 A dokumentáció szinte kizárólag fizikai korlátozásról szól, a kémiai korlátozások közül összesen 1 adag Seduxen került feltüntetésre, noha a lázlap, illetőleg a decursus ennél *jelentősen több kémiai korlátozást tartalmaz* (összesen 4 adag Seduxen, 1 adag Haloperidol, 1 adag Tiapridal beadása került rögzítésre a beteg pszichiátriai osztályon való tartózkodása során). A vizsgálat során bekértem a Pszichiátriai Osztály zárt részlegén elhelyezett összes beteg lázlapját, a náluk alkalmazott korlátozó intézkedések elrendeléséről kiállított dokumentumokat, 2015. március 10-e, tehát a szülés napjáról. A lázlapok és a korlátozó intézkedések dokumentumai ugyancsak azt támasztják alá, hogy *a kémiai korlátozások nem kerülnek dokumentálásra a jogszabályi előírásoknak megfelelően*. Az Eütv. 194. § (1) bekezdése továbbá előírja, hogy a személyes szabadság bármely módon (fizikai, kémiai, biológiai vagy pszichikai módszerrel, illetve eljárással) történő korlátozása esetén a korlátozás elrendeléséről a betegjogi képviselőt és a beteg törvényes vagy meghatalmazott képviselőjét *haladéktalanul* értesíteni kell. Ennek ellenére a Rendelet 3. számú mellékletét képező adatlapján a beteg törvényes vagy meghatalmazott képviselőjének tájékoztatásáról szóló pontot a 2015. március 10-én a zárt osztályon ápolott betegek egyikének esetében sem töltötték ki. Az *alkalmazott fizikai korlátozást egy esetben nem határozták meg pontosan*, a dokumentumokból nem derült tehát ki, hogy a beteget lekötötték, rögzítették, testi kényszert alkalmaztak nála, elkülönítették, vagy „csupán” a zárt osztályon tartózkodásából adódóan a szabad mozgását korlátozták. A várandós beteg esetében a fizikai korlátozásokat rögzítő adatlapok összevetésekor látható, hogy 2015. március 10-én reggel 07:00-kor bejegyzésre került a rögzítés, annak feloldása azonban már nem.

A következő bejegyzés 09:00, amikor ismételt rögzítés került elrendelésre.

A betegjogi képviselő értesítése szintén nem haladéktalanul történt meg, egy 2015. március 9-én történt kémiai korlátozásról például 2015. március 11-én, a fizikai korlátozásról ugyancsak napokkal később értesítették a betegjogi képviselőt. A Pszichiátriai Osztály Eljárásrendjének E) pont 4b) alpontja szerint a felvevő orvosnak, illetve a főnővérnek 48 órán belül kell értesítenie a betegjogi képviselőt a korlátozó intézkedés, eljárás tényéről, mely a törvényi előírással ellentétes. A felelős vezető tájékoztatásának időpontját 10 bekért adatlapból összesen 6 esetben töltötték ki.

A betegjogi képviselő tájékoztatásának időpontja azért is aggályos, mert *a betegjogi képviselő elérhetősége – a jogszabályi előírásokkal ellentétben – a helyszíni vizsgálat alkalmával nem volt kifüggesztve a zárt osztályon.* Az ápolók elmondása szerint ennek az az oka, hogy a betegek letépi a tájékoztatót a falról. A betegek mobil telefonját felvételtkor elveszik, csak a vezetékes telefonról kezdeményezhetnek hívást előzetes orvosi engedéllyel. Kérdésünkre a főorvos elmondta, hogy a betegjogi képviselő járt már a zárt osztályon, azonban nincs arról információja, hogy megjelenése rendszeres lenne (ezzel kapcsolatban 2015. március 17-ig sem írásbeli, sem szóbeli panasz nem érkezett), a zárt osztályon lévő betegek pedig nem tudják őt felkeresni fogadóóráján.

Álláspontom szerint a korlátozó intézkedések alkalmazási gyakorlatának külső ellenőrzése nem érvényesül az osztályon azáltal, hogy a törvényes, illetve a meghatalmazott képviselő értesítése a Kórház Pszichiátriai Osztályán rendszeresen elmarad, a betegjogi képviselőt pedig nem a jogszabály szerint haladéktalanul, hanem napokkal később értesítik. Mindezek alapján megállapítom, hogy közvetlenül az érintett betegek petíciós jogával (panaszjogával) összefüggő visszás helyzetet eredményez az, hogy a zárt osztályon elhelyezett betegek nem tudnak kapcsolatba kerülni a betegjogi képviselővel, nem tudják felkeresni fogadóórája helyszínén, a betegjogi képviselőnek pedig nincs fogadóórája a zárt részlegen.

Jelen esetben ugyanakkor nem egyszerűen egy eljárási jellegű problémáról van szó. Az érdemi, jól működő, minden beteg személy és a személyzet minden tagja által megfelelően ismert panaszmechanizmus hiánya – annak preventív jellegénél fogva – *felveti álláspontom szerint az embertelen, megalázó bánásmód tilalmával összefüggő visszaszárság veszélyét.* A megfelelő panaszmechanizmus ugyanis egy olyan garanciarendszer része, amely nemcsak a panasszal kapcsolatos sérelmek kivizsgálására és orvoslására nyújt lehetőséget, de a rossz bánásmód kialakulásának, felismerését is elősegítheti, ezért a beteg személyek és hozzátartozóik számára elérhetővé kell tenni a panaszmechanizmus különböző lehetőségeiről szóló információt.

Amennyiben szükséges, és az érintett ellátott kéri, a betegjogi képviselő, illetve ha ő elérhetetlen, akkor a Pszichiátriai Osztály személyzete nyújtson segítséget a panasz megfogalmazásában, leírásában és a címzetthez történő eljuttatásban. Mindezek mellett szükséges, hogy a Pszichiátriai Osztály dolgozói pontos ismerettel rendelkezzenek a panaszmechanizmus működéséről, jelentőségéről, így elengedhetetlen, hogy a betegjogi képviselő rendszeresen tartson fogadóórát a Pszichiátriai Osztály zárt részlegén.

Utaltom kell az *AJB-410/2015. számú ügyben kiadott jelentésemre*, amelyben ajánlást tettem az OBDK főigazgatójának, hogy intézkedjen annak érdekében, hogy a betegjogi képviselő rendszeresen tartson fogadóórát a fekvőbetegeket ellátó intézmény Pszichiátriai Osztályának zárt részlegén, mivel az ápolott betegek az intézmény egyéb helyiségében tartott fogadóórán megjelenni nem tudnak. Intézkedését kértem továbbá annak érdekében, hogy amennyiben szükséges, és az érintett beteg kéri, a betegjogi képviselő nyújtson segítséget a panasz megfogalmazásában, leírásában és a címzetthez történő eljuttatásában. A főigazgató az ajánlással kapcsolatos tájékoztatásában említést tett arról, hogy vizsgálják a betegjogi referens mellett működő pszichiátriai referens kinevezésének lehetőségét a pszichiátriai betegek betegjogainak fokozott figyelemmel kísérése érdekében. Mindezek alapján megállapítom, hogy a jelen vizsgálatom is a korábban tett ajánlásom szükségességét támasztja alá.

1.2 A helyszíni vizsgálat során készített interjúkban *egy beteg jelezte, hogy nem kapnak tájékoztatást azszal kapcsolatosan, hogy milyen gyógyszereket adnak nekik.*

A kérdés kapcsán lényeges kiemelni, hogy az AJB-415/2015. számú jelentésben tett megállapításom szerint *a beteg – tájékoztatáson alapuló – beleegyezésének hiányában beadott gyógyszer nem minősül önkéntes gyógyszerbevételnek, akkor sem, ha a beteg nem tiltakozik a gyógyszer bevétel ellen.* A beteg önrendelkezési jogának az érvényesülése szempontjából alapvető fontosságú tájékoztatáson alapuló beleegyezés magában foglalja ugyanis azt, hogy a beteg megismerheti azt a gyógyszert, amit bevesz, megismerheti a gyógyszeres kezelés előnyeit és veszélyeit, mellékhatásait, és ezek alapján dönt. Amennyiben pedig a beteg számára tájékoztatáson alapuló beleegyezés nélkül adják be a gyógyszert, önmagában kémiai korlátozásnak tekintendő, és eszerint dokumentálandó.

E kérdéskört érintően *korábban ajánlást tettem az emberi erőforrásokért felelős miniszternek,* amelyben arra kértem, kezdeményezze a hatályos jogi szabályozás olyan tartalmú pontosítását, hogy a beteg személy számára tájékoztatáson alapuló beleegyezésnek hiányában beadott gyógyszer nem minősülhet önkéntes gyógyszerbevételnek, még akkor sem, ha a beteg nem tiltakozik a gyógyszer bevétel ellen. A közigazgatási államtitkár válaszában tájékoztatott, hogy a szaktárca álláspontja szerint a jelenleg hatályos szabályozás megfelel az ajánlásomban megfogalmazott igényeknek, a jelentés szerinti esetek megelőzéséhez a törvénynek megfelelő jogkövető gyakorlat erősítése szükséges. Az államtitkár válaszát elfogadtam, ugyanakkor jeleztem, hogy a tájékoztatás elmaradása, a tájékoztatáson alapuló beleegyezés hiányában történő gyógyszerelés kémiai korlátozásnak tekintendő, de ez a Rendelet 1. § (1) bekezdés d) pontjából jelenleg nem következik. Így csak a veszélyeztető, illetve közvetlen veszélyeztető magatartás elhárításához szükséges mennyiségű gyógyszer beleegyezés nélkül történő alkalmazása jelent kémiai vagy biológiai korlátozást, csak ilyen esetekben kerül sor a korlátozó intézkedésekről szóló dokumentáció kitöltésére. A jelen ügyben folytatott vizsgálat álláspontom szerint igazolja, hogy a rendelkezés pontosítása a jogszerű gyakorlat biztosítása érdekében szükséges.

A korlátozó intézkedések dokumentálásához használt adatlap pontatlan és hiányos kitöltése, továbbá a betegjogi képviselő nem megfelelő időben történő tájékoztatása, vagy e személyek tájékoztatásának elmaradása az emberi méltóság és egészségügyi önrendelkezéshez való jog, illetve az embertelen megalázó bánásmód tilalma gyakorlati érvényesülésének közvetlen veszélyét idézi elő, a gyakorlat kiszámíthatatlansága okán pedig a jogállamiság elvéből következő jogbiztonság követelményével összefüggő visszásságot valósít meg.

1.3 Az Eütv. 98. § (5) bekezdése értelmében az ápolási, gondozási tevékenységről ápolási, gondozási dokumentációt kell vezetni, amely része az egészségügyi dokumentációnak. A 136. § (1) bekezdése szerint a beteg vizsgálatával és gyógykezelésével kapcsolatos adatokat az egészségügyi dokumentáció tartalmazza. Az egészségügyi dokumentációt úgy kell vezetni, hogy az a valóságnak megfelelően tükrözze az ellátás folyamatát. A betegekről vezetett adatoknak tehát naprakésznek és pontosnak kell lenniük. A vizsgálat során végzett dokumentumelemzés eredményeképpen a következőket állapítottam meg: a beteg ellátásáról, állapotáról vezetett egyes, az egészségügyi dokumentáció részét képező nyilvántartások egymásnak ellentmondó adatokat tartalmaznak. Ebből következően úgy vélem, hogy az osztályos felvételkor kitöltendő ápolási dokumentációt, vagy a Magas Kockázatú Betegek Azonosító Lapját rutinból, a beteg valós állapotának figyelembevétel nélkül töltötték ki, különös tekintettel arra, hogy olyan kérdésekre is szerepel benne válasz, amire csak maga a beteg tudott volna választ adni, aki azonban kontaktusba nem vonható állapotban volt, már szedáltan érkezett az SBO-ról a Pszichiátriai Osztályra, heteroanamnézis pedig nem állt rendelkezésre.

Lázip, decurzus lap, egyéb dokumentumok bejegyzései	Ápolási dokumentáció, ápolási értesítő Magas Kockázatú Betegek Azonosító Lapja bejegyzései
A beteg <i>érdemi</i> kontaktusba nem vonható állapotban van, állapota miatt akutan szedálásra szorult már a SBO-on is, ezért a Pszichiátriai Osztályra érkezésekor szomnolens (aluszékony, a külvilág ingereire nem adott válaszreakció, ébreszthetőség hiánya). Teljes ellátást igényel.	Jelen állapotában aláírásra képtelen, de ennek ellenére <ul style="list-style-type: none"> • önellátó a mozgásképesége, • önellátó az öltözködési képessége, • önellátó a táplálkozási képessége, jó az étvágya, problémamentes az emésztése, fogsora. • önellátó higiénés szükségletek szempontjából, problémamentes

	<ul style="list-style-type: none"> • önellátó tisztálkodási szempontból • alvása problémamentes,
A beteg fájdalma nem megítélhető.	A fájdalom: nincs, erőssége 0.
Érdemi kontaktusba nem vonható, heteroanamnézis nem áll rendelkezésre. 36 hetes gravid.	Kísérőbetegség nincs. nem észlelt az elmúlt 3 hónapban fogyást, nem csökkent az elfogyasztott táplálékmenyiség az elmúlt 1 hónapban.
Zavart, agresszív, szedálást követően szomolens.	Tudatállapota: tiszta
betegség súlyossága: súlyos	stressz faktor, betegség súlyossága: nem súlyos
TENA-t leszaggatta magáról, teljes ellátást igényel	inkontinencia nincs

A beteg beszállításának körülményei is eltérő adatokkal szerepel az egészségügyi dokumentációban. Az ápolási dekurzus lap (2015. március 9, 07:00-19:00) bejegyzése szerint a férje szállította be, a Pszichiátria Aktív osztályon kiállított zárójelentésben az szerepel, hogy „a páciens SBO-ra otthonából OMSZ szállította be”. Az OTH által felkért szakfelügyelő által készített vizsgálati anyagban szintén az szerepelt, hogy a beteget otthonából szállította a Szent Imre Oktatókórház Sürgősségi Ambulanciájára az OMSZ. A helyszíni vizsgálat során munkatársaim azt a tájékoztatást kapták, hogy a beteget közterületről szállította be az OMSZ. Az egészségügyi államtitkárság tájékoztatásában a következő szerepelt: „Az egészségügyi intézmény jelzése alapján a beteg beszállítására közterületről és nem otthonából került sor.”

Fentiekre tekintettel megállapítom, hogy a rendelkezésemre álló információk alapján a betegdokumentáció tartalma nem tükrözi az események bekövetkeztének, a beteg állapotának megfelelően, kétséget kizáróan, és egyértelműen az ellátás folyamatát, ezzel pedig az egészségügyi szolgáltató a konkrét esetben a panaszos tisztességes eljárásához való jogával összefüggő visszacsúszást valószínűsít meg.

2. Az ügyben az egészségügyi államigazgatási szerv³ eljárásával kapcsolatos megállapítások

Az egészségügyet érintő állami szerepvállalás terjedelméről és a konkrét feladatokról az Eütv. 141. §-a rendelkezik.⁴ Az Eütv. 141. § (1) bekezdése alapján az állam – az e törvényben meghatározott keretek között – felelős a lakosság egészségi állapotáért, különösen azért, hogy az egészséghez szükséges feltételrendszer kialakításával lehetővé váljon a közösségek és az egyének számára egészségi állapotuk védelme és fejlesztése, valamint *szükség esetén lehetséges mértékű helyreállítása.*

Az Eütv. 141. § (2) bekezdése értelmében az állam felelősségének tartalma:

- a) az egyén egészségügyi ellátáshoz való joga gyakorlásához az egészségügyi ellátórendszer *megfelelő mennyiségű, minőségű, eloszlású, összetételű és hatékonyságú működése általános (szervezési, intézményi, oktatási, kutatási) feltételeinek megteremtése, működtetésének biztosítása,*
- b) az egyén egészségügyi ellátáshoz való joga gyakorlásához a kötelező egészségbiztosítási rendszer működtetésének biztosítása,
- c) *az emberi méltóság és az önrendelkezési jog teljes körű védelme és biztosítása az egészségügyi intézményrendszer működése során,*
- d) az egészségpolitikai cél-, feladat- és eszközrendszer meghatározása és érvényesítése.

Az Eütv. 141. § (3) bekezdése szerint az állam felelőssége körében az állam kötelezettségét képezi különösen

³ Egészségügyi államigazgatási szerv: Ehitv. 1. § (1) bekezdése szerint: A közegészségügyi, a járványügyi, az egészségügyi igazgatási tevékenységek irányítása, koordinálása és felügyelete, valamint az egészségügyi ellátás felügyelete állami feladat, amelyet az egészségügyi államigazgatási szerv lát el. A jelentésben egészségügyi államigazgatási szerv elsősorban az Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálatot alkotó szervek, illetőleg az egészségügyi államigazgatási szerv definíciójába tartozó feladatok ellátásáért felelős mindenkor szervezettek.

⁴ Vö. Kovácsy Zsombor: Egészségügyi Jog, Semmelweis Kiadó 2008. 137. o.

- a) az egészségfejlesztés alapvető feltételeinek biztosítása,
- b) az egészségügyi ellátórendszer, az egészségügyi ellátási kötelezettség és felelősség meghatározása,
- c) az egészségpolitika céljait szolgáló finanszírozási, fejlesztési és információs rendszer kialakítása és fejlesztése,
- d) az egészségügyi szolgáltatások szakmai feltételrendszerének meghatározása, ideértve az egészségügyi szolgáltatások minőségének biztosítását és ellenőrzését is,
- e) az egyéni és a társadalmi érdekek összehangolása a ritka, a kiemelkedő költségigényű, illetve az új módszerek és eljárások alkalmazásánál,
- f) a népegészségügyi és az egészségügyi igazgatási tevékenység feltételeinek biztosítása.

Az Eütv. 143. §-a nevesíti azokat a szerveket, melyeknek tevékenységükkel hozzá kell járulniuk a rendszer működtetéséhez. Az egészségügy szervezésével és irányításával kapcsolatos feladatok ellátásáért, valamint az ezekkel összefüggő jogok gyakorlásáért és *kötelezettségek teljesítéséért való felelősség* – az e törvényben foglaltaknak megfelelően – az Országgyűlést, a Kormányt, a minisztert, az *egészségügyi államigazgatási szervet*, a helyi önkormányzatokat, az egészségügyi szolgáltatók további fenntartóit, az egészségbiztosítási szerveket, valamint a térségi egészségügyi szervezési államigazgatási szervet terheli.

Az Ehitv. 1. § (1) bekezdése értelmében az egészségügyi ellátás felügyelete állami feladat, amelyet az egészségügyi államigazgatási szerv lát el. Az Ehitv. 6. § (1) bekezdése alapján az egészségügyi államigazgatási szerv *egészségügyi igazgatási és koordinációs feladatai körében* többek között *felügyeli az egészségügyi intézmények működésére vonatkozó szabályok érvényesülését és szakmai felügyeletet gyakorol az egészségügyi szolgáltatók tevékenysége felett.*

Továbbá engedélyezi az egészségügyi szolgáltató tevékenységének végzését, ellenőrzi a tevékenységet, valamint nyilvántartást vezet az egészségügyi szolgáltatókról, az egészségügyi szolgáltatók szervezeti egységeiről, az általuk végezhető, engedélyezett szakmákról, egy szakmán belül végezhető egyes tevékenységekről, az egészségügyi szolgáltatás nyújtására jogosító működési engedélyekről, valamint az egészségügyi szolgáltatók nevében és felelősségére egészségügyi tevékenységet végző egészségügyi dolgozóknak az egészségügyi tevékenység végzésével összefüggő adatairól.

Az Ehitv. az egészségügyi államigazgatási szerv hatósági jogkörével összefüggésben a 11. § (1) bekezdésében rögzíti, hogy az egészségügyi államigazgatási szerv az ellenőrzés során megállapított tényállás alapján a hiányosságok, szabályszegések jellegét és súlyát mérlegelve megteszi a szükséges intézkedéseket és ellenőrzi azok végrehajtását. Az Ehitv. 11. § (2) bekezdése szerint az egészségügyi államigazgatási szerv elrendeli a hiányosságok megszüntetését, illetőleg a szükséges intézkedések végrehajtását. Az alkalmazható szankciók az Ehitv. 13. §-a szerint a következők: egészségügyi államigazgatási szerv kisebb súlyú cselekmény esetén a felelős személyt *figyelmeztetésben részesítheti*, fegyelmi vétséget megvalósító magatartás felfedezésekor *kezdeményezheti* a fegyelmi jogkör gyakorlójánál a *fegyelmi eljárás lefolytatását*, bűncselekmény észlelése esetén *feljelentést tesz*.

Egészségügyi bírság kiszabásának van helye, ha az egészségügyi államigazgatási szerv megállapítja, hogy az előírt felé teljesítendő bejelentési, adatszolgáltatási kötelezettségre, továbbá az *előírt nyilvántartási kötelezettségre vonatkozó jogszabályi rendelkezéseket megsértették*. Egészségügyi bírság kiszabásának van helye továbbá, ha az egészségügyi államigazgatási szerv által kiadott engedély előírásait az engedély jogosultja nem tartja be. Egészségügyi bírság kiszabásának van helye abban az esetben is, ha az egészségügyi államigazgatási szerv egészségügyi és gyógyszerészeti igazgatási hatáskörében eljárva megállapítja, hogy az egészségügyi szolgáltatás nyújtására vonatkozó szakmai követelményeket vagy jogszabályi rendelkezéseket súlyosan megszegte, vagy tevékenységét a működési engedélyében foglaltaktól eltérően végzi, illetve ha jogszabályban előírt intézkedési, jelentéstételi kötelezettségét felhívás ellenére elmulasztotta.

Különösen aggasztó, hogy sem a kórház a belső vizsgálata során, sem pedig az egészségügyi államigazgatási szerv a panasz kivizsgálása során nem észlelte sem a korlátozó intézkedésekkel összefüggő értesítési és dokumentációs hiányosságokat, sem pedig az egészségügyi dokumentáció egyes elemeinek ellentmondásosságát.

Az OTH vizsgálati anyagában a következő szerepel: *A rendelkezésre álló dokumentáció alapján megállapítható, hogy a betegnél a szakma szabályai szerint „fizikai és kémiai korlátozást” alkalmaztak. A rendelkezésre álló dokumentáció alapján a szakma szabályai szerint megfelelően történt a pszichiátriai szakmai monitorozás, és kellően dokumentált. A betegjogi képviselő is megkapta a korlátozó intézkedésekről szóló dokumentációt, amellyel kapcsolatban nem jelezte az OBDK főigazgatója, hogy hiányosságot állapított volna meg, vagy azt jelezte volna bármely hatóság felé.*

Nem vizsgálta az egészségügyi államigazgatási szerv a hiányosságok okait, így például a minimumfeltételek rendelkezésre állását sem az adott időszakban. Az egészségügyi intézmények jogszabályszerű működésének – így a betegjogok biztosíthatóságának is – elemi feltétele az, hogy *legalább a Minimumrendelet előírásai maradéktalanul teljesüljenek.* Az egészségügyi államigazgatási szerv vizsgálati anyagában nem található utalás arra, hogy vizsgálta volna az egyes ellátó osztályok személyi minimumfeltételeit, azaz, hogy a megfelelő számú és képzettségű szakszemélyzet állt-e rendelkezésre a kórházban. A szakszemélyzet jogszabályi előírásoknak megfelelő száma és összetétele jelentene ugyanis biztosítékot arra, hogy a szigorúan vett egészségügyi ellátás biztosításán túl egyéb, az ellátottak alapvető jogaival összefüggő garanciális előírások (például egészségügyi dokumentáció megfelelő vezetése, a betegjogok tiszteletben tartása) is megvalósulhassanak.

Mindezek alapján megállapítom, hogy a konkrét ügyben feltárt, tetten érhető vizsgálati hiányosságok aggályosak az állam objektív intézményvédelmi kötelezettségének teljesítésével kapcsolatban, így pedig a kialakult helyzet a betegek emberi méltósághoz, illetve egészséghez való joggal összefüggő visszásságot okoz.

3. A pszichiátrián történő elhelyezés szempontrendszerével, a betegösszetétellel, kiskorúak felvételével, a zárt osztályon tapasztalt körülményekkel kapcsolatos megállapítások

A Kórház Pszichiátriai Osztályán elhelyezett betegekkel kapcsolatban a helyszíni vizsgálat során felvett interjúban a főorvos elmondta, hogy „sok terhesük volt”. Tekintettel arra, hogy az érintett beteg terhesége még nem volt terminusban, továbbá hogy igen súlyos pszichiátriai tünetei voltak, amelyek más osztályon nem lettek volna elláthatóak, a főorvos úgy vélte, hogy adekvát volt a beteg pszichiátriai osztályra utalása. A felkért pszichiáter szakfelügyelő főorvos véleményében rögzítette, hogy *„a hazai gyakorlat felülvizsgálatának szükségességét támasztja alá jelen eset. A betegség súlyosságának, a szövődmények kockázatának, a beteg állapota monitorozási szükségletének nagyobb mértékű figyelembe vételével kellene a delírium állapotában lévő betegek kezelésére megfelelő osztályt kiválasztani. Ehhez szükséges lenne, hogy a zavart, nyugtalan betegekkel szemben az érintett orvosi szakterületeken dolgozók nagyobb elfogadást és toleranciát tanúsítsanak.”*

A helyszíni vizsgálat során a pszichiátriai osztály munkatársaival készített interjúk során kiderült, hogy általános az a helyzet, hogy a zárt osztályon sok a demens beteg, akiket nem tudnak elbocsátani, mert gondozásukról nincsen olyan személy, aki gondoskodjon, ez pedig ellehetetleníti olyan betegek felvételét, akik ezen az osztályon kaphatnának adekvát kezelést és nem csupán a fizikai korlátozással megvalósuló őrzésükre volna szükség. A helyszíni vizsgálat idején is volt olyan 60 év feletti, szabad mozgásában korlátozott demens beteg, akit közel 3 hónapja tartottak az osztályon.

Elfogadhatatlannak tartom, hogy a Kórház Pszichiátriai Osztálya azért vegyen fel betegeket, mert más osztályok nem tudják, illetve nem akarják fogadni őket. Utalnom kell az AJB-410/2015. számon kiadott jelentésem ajánlására, amely szerint az *időskorú betegek számára elérhetővé kell tenni megfelelő ellátási formákhoz való hozzáfutást annak érdekében, hogy ellátásukra ne a Pszichiátriai Osztály akut ellátása keretében kerüljön sor.*

Az ajánlással kapcsolatban a szaktárca közigazgatási államtitkára megerősítette, hogy a komplex belgyógyászati és pszichiátriai kezelést igénylő idős, demens betegcsoport külön osztályon való kezelése és ápolása szakmai szempontból indokolt. Tájékoztattott továbbá arról, hogy az észrevételeim alapján a szociális ágazat bevonásával megvizsgálja a releváns jogszabályi környezetet, szükség esetén jogszabály módosítást kezdeményez. *Megállapítom, hogy a vizsgálat alapján a jogszabály-módosítás szükségessége továbbra is fennáll.*

A helyszíni vizsgálat során egy ápolóval készített interjú során kiderült, hogy időnként a folyosón is betegek elhelyezésére kerül sor, például a várandós beteg felvételének napján 10 hölgy beteg volt elhelyezve a zárt osztályon, 8 fő a kórteremben, 1 fő (a várandós beteg) a krízismegfigyelőben, 1 fő pedig a folyosón került elhelyezésre.

Az AJB-272/2016. számú ügyben a panaszos a következő tapasztalatairól írt: a pszichiátriai zárt osztályon a szobák olyan zsúfoltak, hogy az éjjeliszekrények alig férnek el az ágyak között, látogató fogadása nehezen megoldható. Külön szobát használtak étkezésre, amit azonban sűrűn kellett betegszobaként használni, ilyenkor ide is betegeket helyeztek el, így ott sem lehetett étkezni, látogatót fogadni. A panaszos a zsúfolt szobában a betegágyán ülve tudta csak megetetni ismerősét, hiszen a zárt osztályon fekvő betegek nem hagyhatják el azt, az osztályon pedig nincsen az étkezésre, a látogató fogadására alkalmas közösségi helyiség. Időnként a folyosón is ágyak voltak, amelyeken leköttözött férfi, női betegek feküdtek. Egy alkalommal panaszos is itt, a folyosón elhelyezve találta ismerősét ruha nélkül, egyetlen pelenkában. Éjjeli szekrénye nem volt, így holmiját sem tudta hová elhelyezni.

Az AJB-272/2016. számú ügyben adott tájékoztatása során a Szent Imre Kórház Pszichiátriai Osztályával kapcsolatban a főigazgató arról számolt be, hogy Intézetükben 1800-as szakmakódon működő pszichiátriai osztály minimum feltételei tekintetében a Minimumrendelet 1. számú melléklete nem határozza meg zárt osztály létesítését és az ahhoz szükséges ágyszámot. Osztályukon a veszélyeztető és közvetlen veszélyeztető magatartású betegeknél a Minimumrendelet 1. § (2) bekezdés c) pontja által szabályozott fizikai korlátozó intézkedések alkalmazására zárható ajtóval rendelkező ún. „zárt részleg” került kialakításra, amelynek ágyszáma változó.

A „zárt részleg” betegek számára megfelelő életteret próbálnak biztosítani, amely a jelenlegi betegforgalomnál 4 négyzetméter és 12 köbméter betegenként. Területi ellátási kötelezettségükből adódóan ugyanakkor a sürgősségi felvétellel bekerült, közvetlen veszélyeztető állapotú betegek ellátása kötelező, így amikor a „zárt részleg” ágyai megtelnek, átmeneti megoldásként az eredetileg kórteremből kialakított étkezőt ismételtelen kórteremmé alakítják, illetve a folyosón kénytelenek e betegeket átmenetileg elhelyezni.

A Rendelet 4. § (1) bekezdése rögzíti, hogy a pszichiátriai beteg gyógykezelése, ápolása és ellátása során *a beteg szükségleteinek megfelelő ápolási körülményeket és személyi feltételeket kell biztosítani, különös tekintettel a korlátozó intézkedések elkerülésére.* A Rendelet a fekvőbeteg osztály általános tárgyi minimumfeltételei közé sorolja a betegétkező helyiséget, étkezőasztallal és székekkel, csak úgy, mint az éjjeli szekrényt, ülökét és lámpát ágyanként. *A kórház folyosóján elhelyezett betegek tekintetében a jogszabályi előírások nem teljesülhetnek, a betegek emberi méltóságához való joga pedig súlyosan sérül.*

4. Az ellátással kapcsolatos minimumok és az emberi méltósághoz való jog, valamint a kínzás és megalázó bánásmód tilalmának összefüggései

4.1 A kórházi minimum élettérrel kapcsolatban az egészségügyért felelős államtitkár válaszából arra derült fény, hogy az Államtitkárság a kórházi élettér minimumot építési előírásként értelmezi, és így nem is tartja egészségügyi ágazati kompetenciának. A hatályos Minimumrendeletben nem is szabályozza a minimum kórházi élettér nagyságát. *Álláspontom szerint a minimum kórházi élettér nagyságának meghatározása elengedhetetlen ahhoz, hogy a kórházi ellátás során ne sérüljön a betegek emberi méltóságához való joga.*

Nem a kórtermek légköbméter adatait kellene a jogalkotónak meghatározni, hanem az azokban elhelyezett betegekre jutó minimum élettér négyzetméter mértékét, amely egyébként fogvatartási helyek, szociális és oktatási intézmények esetében is jogszabályban rögzített. Véleményem szerint e követelmény normaként való megjelenése nélkül nincs garancia arra, hogy a kórtermek ne túlsúfolt „emberraktárként” funkcionáljanak. *Mind ezek alapján megállapítom, hogy az egy betegre jutó elegendő élettér biztosításával kapcsolatos jogszabályi előírások hiánya alkalmas arra, hogy a betegek emberi méltóságához való jogával összefüggő visszásságot okozzon.*

4.2 A Kínzást és az Embertelen vagy Megalázó Bánásmódot vagy Büntetést Megelőzni Hivatott Európai Bizottság (CPT) 8. Általános Jelentésében rögzítette, hogy az étkezéseket olyan feltételek szerint kell nyújtani, melyek kielégítőek és tisztességesek (CPT/Inf (98) 12. 35. bek.). A CPT 8. Általános Jelentése a pszichiátriai létesítményekkel összefüggésben kiemeli, hogy az ellátottak életkörülményeivel kapcsolatos hiányosságok gyorsan vezethetnek az embertelen és megalázó bánásmód körébe tartozó helyzetekhez (CPT/Inf (98) 12. 32. bek.). A CPT a 8. Általános Jelentésében a pszichiátriai létesítményekben történő nem önkéntes elhelyezésekkel kapcsolatosan hangsúlyozta, hogy „a pozitív terápiás környezet kialakítása magában foglalja többek között – és első helyen említve – az egy betegre jutó elegendő élettér biztosítását, továbbá a megfelelő világítást, fűtést, szellőzést, a létesítmény megfelelő állagának fenntartását és a kórházi higiéniai követelményeknek való megfelelést.” *Álláspontom szerint az, hogy a betegek számára nincs egy kizárólagosan ebédlő-társalgó funkciójú helység biztosítva, ahol mindig kulturált körülmények között tudnának étkezni, látogatót fogadni az elhelyezésre kerülő betegek számától függetlenül, illetőleg az, hogy betegek időnként a folyosón kerülnek elhelyezésre, azon túl, hogy jogszabályellenes, visszásságot eredményez az embertelen, megalázó bánásmód tilalmával összefüggésben. A Pszichiátriai Osztály zárt részlegének kórterméiben az egy betegre jutó élettér mérete (4 m² betegenként teljesen kibaszárlt ágyszám esetén beleszámítva a bútorzat által elfoglalt helyet is) az embertelen, megalázó bánásmód tilalmával összefüggésben visszásságot okoz.*

4.3 A fentiekhez szorosan kapcsolódik a 18 év alatti közvetlen veszélyeztető magatartást tanúsító pszichiátriai betegek kórházi ellátásrendje. A Minimumrendelet 1. számú melléklet 4.4. pontja értelmében gyermekek nem láthatóak el felnőtt pszichiátriai osztályon. Az Osztályon tett látogatáskor munkatársaim arról szereztek tudomást, hogy az ÁEEK főigazgatója a közvetlen veszélyeztető magatartást tanúsító, 16 év feletti pszichiátriai betegek kórházi ellátásával kapcsolatosan – 2015. január 12-i keltezéssel – arról tájékoztatta az Országos Mentőszolgálatot és számos, köztük a vizsgált kórházat is, hogy e betegek kórházi ellátása 2015. január 1-től az illetékes felnőtt pszichiátriai osztályon történik. Az *AJB-410/2015.* számú jelentésben megfogalmaztam, hogy *elfogadhatatlan az olyan szakértői megállapodás, fenntartói utasítás, amely a hatályos jogi szabályozással ellentétes, a gyermek ellátásának engedélyezése felnőtt pszichiátriai osztályon pedig a gyermekek védelemhez és gondoskodáshoz való jogával összefüggő visszásságot idéz elő.*

A szakértő közgazgatási államtitkára az ajánlással kapcsolatban adott válaszában egyetértett *azzal, hogy a közvetlen veszélyeztető magatartást tanúsító 16. életévüket betöltött kiskorú betegek ellátását a gyermek- és ifjúságpszichiátria körében kell megoldani. Az érintett korosztály jogszabályban megfogalmazott ellátásának érdekében gyermek és ifjúsági mentálhigiénés regionális koordinációs központok kialakítását tervezi.* Ennek keretében történne meg az akut felvételes gyermek és ifjúságpszichiátriai osztályok, illetve részlegek kialakítása. A helyzet rendezésére a tájékoztatás szerint a Heim Pál Gyermekkórház Madarász utcai telephelyén elkülönített rész kerül kialakításra a 16-18 évesek számára, illetve átmeneti megoldásként az Országos Pszichiátriai és Addiktológiai Intézet is vállalja az ilyen korú betegek külön elhelyezését. *A megtett intézkedés irányával magam is egyetértek, ugyanakkor a jelentésem is aláhúzza a helyzet mielőbbi végleges, megnyugtató rendezésének jelentőségét.*

4.4 A helyszíni vizsgálatuk során a munkatársaim azt észlelték, hogy a betegek mobiltelefonját a zárt részlegen elveszik. Ha telefonálni akarnak, az csak vezetékes telefonról lehetséges, előzetes orvosi engedély alapján. Látogatókat 12:30 és 13:30 között, valamint 17:00 és 18:00 között lehet fogadni. Ez a betegek szerint kevés, hiszen a hozzátartozóik dolgoznak, és az általános munkaidőhöz nem igazodik a megszabott időszáv.

Az *AJB-410/2015.* számú jelentésemben megállapítottam, hogy a kapcsolattartási jog korlátozásának felülvizsgálatára azon túl, hogy feszült légkört idézhet elő a személyzet és a betegek között és ilyen gyakorlatként a CPT. 8. Általános Jelentése felülvizsgálni kéri –szükség van: az Eütv. 11. § (2) bekezdése értelmében „[a] beteg fekvőbeteg-gyógyintézeti elhelyezése során jogosult más személyekkel akár írásban, akár szóban kapcsolatot tartani...” A pszichiátriai betegek kapcsolattartáshoz való jogának korlátozhatóságával összefüggésben ki kell emelni az Eütv. 11. § (1) bekezdését és az Eütv. 189. § (2) bekezdését, valamint azt, hogy sem az Eütv. sem a gyógyintézetek működési rendjéről, illetve szakmai vezető testületéről szóló 43/2003. (VII. 29.) ESzCsM rendelet nem határozza meg kellő részletességgel, hogy a pszichiátriai betegek kapcsolattartáshoz való joga milyen módon és mértékben korlátozható a házirendben. Utalnom kell itt ismételt arra, hogy a Kórház a zárt részleg betegeinek mobiltelefonját elveszi, így a használatukat de facto korlátozza. *Mindezek alapján megállapítom, hogy a mobiltelefon elvételének automatikus alkalmazása és a kapcsolattartáshoz való jog indokolatlan korlátozása a megalázó bánásmód tilalmával, a magánszférához és kapcsolattartáshoz való joggal összefüggő visszaességeket okoz.*

4.5 A zárt részlegen tett látogatás alkalmával egy beteg elmondta, hogy „előfordul, hogy a betegeket rögzítik a szoba WC-hez, hogy oda pisiljen, és ne mászkáljon”. Mindezek alapján szükséges rögzítenem azt, hogy egy *beteg személy WC-hez rögzítése minden esetben az embertelen, megalázó bánásmód tilalmával összefüggő visszaességeket okoz.* A zárt részleg egyéb körülményei megfelelőek voltak a be nem jelentett helyszíni vizsgálat alkalmával: a helyiségek tiszták, a nemenként elkülönített WC, valamint fürdési lehetőség rendelkezésre állt, a dohányzási lehetőség külön dohányzóban volt biztosítva.

5. A vajúadás, szülés körülményeivel kapcsolatos megállapítások

A magyar jogi szabályozás *jelenleg nem tartalmaz eltérő szabályokat a fizikai korlátozás alkalmazhatóságának és fajtáinak körére a várandósságra tekintettel.* Az Egyesült Államok Igazságügyi Minisztériumának megbízásából készült szakmai anyag⁵ ugyanakkor részletes iránymutatást ad arról, hogy ha elkerülhetetlen, akkor hogyan szabad lekötözni egy várandós nőt, és amelyben kifejezetten ellenzik a hanyatt fekvő pózt négy pontos rögzítés mellett, annak vérkeringésre gyakorolt negatív hatása miatt. *A hazai gyakorlatban nem jelölik a fizikai korlátozás megvalósítási módját, így nem derül ki az egészségügyi dokumentációból az, hogy a várandós beteg hogyan került rögzítésre.* A korlátozó intézkedések dokumentálására szolgáló adatlapok, valamint a lázlap alapján az tűnik ki, hogy a szülést megelőzően 2015. március 10-én a következő korlátozásokat alkalmazták a betegnél:

Kémiai korlátozás	Fizikai korlátozás
04:30 1 adag Seduxen iv.	02:00 rögzítés 03:00 feloldás 04:30 rögzítés 06:00 feloldás 07:00 rögzítés nincs dokumentálva a feloldás
10:45 1 adag Tiapridal iv.	09:00 rögzítés 11:00 feloldás
12:20 1 adag Haloperidol iv. 1 adag Seduxen iv.	11:30 rögzítés 13:30 feloldás 14:00 rögzítés 15:10 feloldás SZÜLÉS MIATT

Az ÁNTSZ által véleményezésre felkért szakfelügyelő főorvos rögzítette azt, hogy: „2015.03.10.-én 15:10-kor a nővér észlelte, hogy a szülés váratlanul megindult, a gyerek feje és karja látható volt...”.

⁵ Best Practices in the use of restraints with pregnant women and girls under correctional custody – BJA Bureau of Justice Assistance U.S. Department of Justice 2011.

Lásd: [http://www.nasmhpd.org/sites/default/files/Best_Practices_Use_of_Restraints_Pregnant\(2\).pdf](http://www.nasmhpd.org/sites/default/files/Best_Practices_Use_of_Restraints_Pregnant(2).pdf)

A kórboncolási kérésre a halotti epikrízisnél a következő bejegyzés szerepel a riasztott neonatológustól: „Megérkezésemkor életjelenségeket nem mutató újszülöttet találtam az anya mellett, aki a pszichiátriai osztályon zavart állapotban feküdt. *A szülés időpontjáról illetve a szülés módjáról felvilágosítást nem tudtak adni.* Az újszülöttet sikertelenül resuscitáltam.”

A korlátozó intézkedések adatlapja szerint a beteget 14:00-tól rögzítették. A Kórház által a Rendelet alapján kiadott korlátozó intézkedésekről szóló eljárásrend C) 2. pontja alapján a korlátozó intézkedések egyes formái mellé rendelt megfigyelés szabályai értelmében mindig legalább egy ápolónak jelen kell lennie (vizuális és verbális kontaktus tekintetében is) a korlátozó intézkedés egész tartama alatt. Gondoskodni kell megfelelő létszámú személyzet biztosításáról, különösen az éjszakai órákban.

A vajúdat, illetve a szülés megkezdődését a krízismegfigyelőben történt elhelyezés és az előírt szigorú megfigyelés ellenére nem észlelték a zárt osztály dolgozói. *A szülő nő az egészségügyi dokumentáció alapján pelenkázva volt, amelyet a lekötözése miatt eltávolítani sem tudott idejében a szülés megkezdődésekor, az ápolók pedig – a késedelmes észlelés miatt – csak a szülés végén siettek a segítségére, amikor a gyermek feje és karja már látható volt. Az a tény, hogy a várandós nő a későbbi észlelésig lekötözve vajúdott, szülte meg a gyermekét, a kínzás, embertelen, megalázó bánásmód tilalmával összefüggő visszaállást okozott.*

6. A pszichiátriai ellátást igénylő várandósokra vonatkozó protokoll, illetve a várandósokkal szemben alkalmazható korlátozó intézkedések hiányzó eljárásrendjét érintő megállapítások

Ombudsmanként nem tisztem megítélni, hogy a protokollok, eljárásrendek, előírt minimum követelmények szakmailag megfelelőek-e, elégségesek-e. *A hatósági boncolás eredménye alapján azonban tény, hogy a gyermek élve született és halála a vajúdat és a szülés nem megfelelő körülményei miatt következett be (a halál közvetlen oka légzési és keringési elégtelenség volt, ami döntően a születés utáni ellátatlanság miatt alakulhatott ki).* Az ÖTH által felkért pszichiáter szakfelügyelő főorvos szakvéleménye szerint: „*a hazai gyakorlat felülvizsgálatának szükségességét támasztja alá a jelen eset. A betegség súlyosságának, a szövődmények kockázatának, a beteg állapota monitorozási szükségletének nagyobb mértékű figyelembe vételével kellene a delírium állapotában lévő betegek kezelésére megfelelő osztályt kiválasztani. Ehhez szükséges, hogy a zavart, nyugtalan betegekkel szemben az érintett orvosi szakterületeken dolgozók nagyobb elfogadást és toleranciát tanúsítsanak.*”

Az események – és a korábbi intézményi gyakorlat⁶ – tükrében *szükségesnek tartom egy a pszichiátriai ellátást igénylő várandós nő, valamint a magzat, újszülött biztonságát és érdekeit egyaránt szem előtt tartó eljárásrend kidolgozását szakértők bevonásával, amelyben meg kell jelenniük az érintettek alapvető jogainak érvényesülését biztosító garanciáknak.*

Álláspontom szerint nem befolyásolhatja a magzat, újszülött ellátása minőségét az a körülmény, hogy a várandós nő milyen mértékben tudott eleget tenni a magzattvédelmi törvény elvárásainak, illetve meg tudta-e teremteni a magzat egészséges fejlődését biztosító feltételeket. Éppen ellenkezőleg: az állam objektív életvédelmi kötelezettségéből kiindulva a „hátrányos feltételekkel” induló magzatokra, újszülöttekre – és így az anyára is – különös körülménnyel, akár az általános előírásokat meghaladó módon kell odafigyelni.

Álláspontom szerint a hatályos szabályozás⁷ jó alapot, kiindulópontot biztosít, azonban *a pszichiátriai ellátást igénylő várandós nők és magzataik, újszülöttjeik érdekeit szem előtt tartó olyan protokoll bevezetése szükséges,* amely egyúttal az alkalmazandó, alkalmazható módszerek, együttműködés, jó gyakorlatok összefoglalása a szakma számára.

A fogvatartott várandósokra vonatkozó külföldi, jó gyakorlatot összegző tanulmányok, útmutatók hangsúlyozzák, hogy *az irányelveknek, a gyakorlatnak a várandós nők speciális szükségleteire tekintettel kell biztosítani úgy a várandósok egészségét és biztonságát, mind a magzatok, újszülöttek életbe való jogát és biztonságát is.*

⁶ 2006 előtt János Kórházban működött speciális, pszichiátriai ellátást igénylő várandósokkal foglalkozó osztály.

⁷ Lásd a pszichiátriai betegek intézeti felvételének és az ellátásuk során alkalmazható korlátozó intézkedések szabályairól szóló 60/2004. (VII. 6.) ESzCsM rendelet 4. § (1) bekezdése, 5. § (3) bekezdése.

Az Egyesült Államok Igazságügyi Minisztériumának megbízásából készült, hivatkozott szakmai anyag kiindulópont lehet az egyes intézmények számára olyan saját belső szabályzatok, eljárásrendek megalkotásához, gyakorlat kialakításához, amelyek maximalizálják a biztonságot a fogvatartás, ellátás során, és a lehető legalacsonyabbra csökkentik a kockázatokat mind a várandós fogvatartottak és magzataik, újszülötteik, mind az egészségügyi és büntetés végrehajtási intézmények (az anyag a pszichiátriai és igazságügyi ellátó helyeket is ide sorolja) személyzete számára.

Intézkedéseim

A jelentésben feltárt alapvető jogokkal összefüggő visszasságok bekövetkezése lehetőségének *jövőbeni megelőzése* érdekében

1.) az Ajbt. 31. § (1) alapján – a fővárosi Szent Imre Egyetemi Oktató Kórház egyidejű tájékoztatása mellett – *felkérem*

- *az emberi erőforrások miniszterét*, hogy
 - szakértők bevonásával mielőbb dolgozzon ki egy, a pszichiátriai ellátást igénylő várandós nők, valamint a magzatuk, újszülöttjük biztonságát és érdekeit egyaránt szem előtt tartó komplex eljárásrendet;
 - tegye meg a szükséges intézkedéseket a közvetlen veszélyeztető magatartást tanúsító 16 év feletti kiskorúak ellátását biztosító gyermek és ifjúsági mentálhigiénés regionális koordinációs központok keretében az akut felvételes gyermek és ifjúságpszichiátriai osztályok, részlegek kialakítása érdekében;
 - vizsgálja meg a Szent Imre Egyetemi Oktató Kórház Pszichiátriai Osztálya által területi ellátási kötelezettsége nyomán ellátott térség nagyságát és az ahhoz engedélyezett ágyszám megfelelőségét annak érdekében, hogy átmenetileg se kerüljön sor betegek folyosón történő elhelyezésére, illetve, lehetővé váljon az ebédlő, illetve társalgó helyiség állandó, eredeti célra történő használata.
- *az országos tisztifőorvost*, hogy
 - a jelentésben feltárt visszasságokkal összefüggésben tegye meg a szükséges intézkedéseket;
 - intézkedjen annak érdekében, hogy az egészségügyi államigazgatási szerv feladatellátása során kiszámítható, alapos, a jogbiztonság követelményével összhangban álló gyakorlatot folytasson, különös tekintettel a betegjogok érvényesülését biztosító jogszabályi előírások betartásának ellenőrzésekor;

2.) az Ajbt. 32. § (1) alapján *felkérem*

- a Szent Imre Egyetemi Oktató Kórház főigazgatóját, hogy
 - soron kívül intézkedjen annak érdekében, hogy a betegekről vezetett egészségügyi dokumentáció naprakész és pontos legyen;
 - intézkedjen annak érdekében, hogy a Kórház Pszichiátriai Osztályának zárt részlegén a jövőben ne kerülhessen sor a kapcsolattartáshoz való jog indokolatlan korlátozására, ideértve a mobiltelefon automatikus elvételt;
 - intézkedjen, hogy a beteg személyek és hozzátartozóik számára elérhetővé váljanak a panaszmechanizmus különböző lehetőségeiről szóló információk;
 - végezzék el a korlátozó intézkedésekről szóló Eljárásrend revízióját az Eütv. előírásainak és a Rendeletnek a korlátozó intézkedésekre vonatkozó rendelkezéseit alapul véve;
 - intézkedjen annak érdekében, hogy a korlátozó intézkedésekről szóló Eljárásrend a Pszichiátriai Osztály zárt részlegén jól látható módon ki függeszték, és azt a Pszichiátriai Osztály minden orvos és ápoló munkatársa pontosan ismerje és be is tartsa;

- intézkedjen annak érdekében, hogy ne kerülhessen sor a korlátozó intézkedések dokumentálásához használt adatlap nem megfelelő és hiányos kitöltésére, továbbá a betegjogi képviselő, a felelős vezető, valamint a törvényes, illetve a meghatalmazott képviselő nem megfelelő időben történő tájékoztatására, vagy e személyek tájékoztatásának elmaradására;
 - intézkedjen arról – miután az emberi erőforrások minisztere a fentebbi ajánlásoknak eleget tett -, hogy ne kerüljenek betegek a folyóson elhelyezésre, illetve a Pszichiátriai Osztály zárt részlegének betegei számára kizárólagos ebédlő, illetve társalgó funkciójú, megfelelő helyiség álljon rendelkezésére.
 - az OBDK főigazgatóját, hogy
 - intézkedjen annak érdekében, hogy a betegjogi képviselő rendszeresen tartson fogadóórát a Kórház Pszichiátriai Osztályának zárt részlegén;
 - intézkedjen annak érdekében, hogy amennyiben szükséges, és az érintett beteg kéri, a betegjogi képviselő nyújtson segítséget a panasz megfogalmazásában, leírásában és a címzetthez történő eljuttatásában;
 - a jelenlegi helyzetet áttekintve teremtsen meg, hogy *rendszerszinten* a betegjogi képviselők az ország minden Pszichiátriai zárt részlegén fogadóórát tartsanak, segítséget nyújtsanak az érintett betegeknek panaszuk megfogalmazásában, leírásában és a címzetthez történő eljuttatásában;
- 3.) az Ajb. 37. §-a alapján *felkérem az emberi erőforrások miniszterét*, hogy
- fontolja meg annak kezdeményezését, hogy jogszabályi szinten határozzák meg – a vonatkozó nemzetközi ajánlásokkal összhangban – a fekvőbeteg ellátásban az egy betegre jutó minimum élettér nagyságát, amelyhez igazodóan kell meghatározni az adott kórházi osztályon/szobában elhelyezhető ágyak számát;
 - az AJB-410/2015. számú jelentésben tett ajánlásra adott válaszával összhangban kezdeményezzen jogszabály módosítást annak érdekében, hogy az időskorú betegek számára elérhetővé váljanak olyan ellátási formák, amelyek hozzásegítenek ahhoz, hogy ellátásukra ne a Pszichiátriai Osztály akut részlegén kerüljön sor;
 - végezze el a pszichiátriai betegek intézeti felvételének és az ellátásuk során alkalmazható korlátozó intézkedések szabályairól szóló 60/2004. (VII. 6.) ESzCsM rendelet pontosítását, hogy a beteg számára tájékoztatáson alapuló beleegyezésének hiányában történő gyógyszerelés nem minősül önkéntes gyógyszerbevitelnek, még abban az esetben sem, ha a beteg nem tiltakozik a gyógyszer bevétele ellen.

Budapest, 2016. április

Székely László sk.