

DOBAI Attila

Eötvös Loránd Tudományegyetem  
Pedagógiai és Pszichológiai Kar  
Ember-Környezet Tranzakció Intézet  
Környezetpszichológia Kutatócsoport  
Budapest, Magyarország  
dobai.attila@ppk.elte.hu  
ORCID 0000-0002-1536-6764

## PSZICHIÁTRIAI BETEGEK AZ EGÉSZSÉGÜGYI RENDSZER ÉS A TÁRSADALOM LABIRINTUSÁBAN

**Psihijatrijski bolesnici u lavirintu zdravstvenog sistema  
i društvene sredine**

**Psychiatric Patients in the Labyrinth of the Healthcare  
System and Society**

Jelen tanulmány célja annak a szerves fejlődési folyamatnak a bemutatása, amely lehetővé tette az egészségügyi intézményrendszer és kimondottan a pszichiátria intézményesülését Magyarországon. Munkámmal a folyamat ezerarcúságát próbálom érzékeltetni, és egyben rámutatok arra, hogy milyen teendőink lehetnek még az egészségügyi jog asztalánál e szűkebb szakterület vonatkozásában, egy betegközpontú, integrált ellátásszervezés megteremtése érdekében.

*Kulcsszavak:* pszichiátriatorténét, intézményesülés, integrált ellátásszervezés, társadalmi devianciák, betegjogok

## Bevezetés, témakijelölés

Írásomban a pszichiátriai betegekkel való bánásmód némely aspektusát vizsgálom. A pszichiátria mint tudomány sajátosságairól, a tudás átadásának módjairól, a készségek és terápiás eszközök fejlődéséről már korábban írtam (Dobai 2023). Az elmebetegek társadalmi térből való kirekesztése ma is jellemző. A „nem-értelmet” (Foucault 2004), a mentális betegeket a román nyelvben nebuninak nevezik, ti. nem jók, s ez kirekesztő diskurzus. Foucault volt az első, aki megkísérelte körvonalazni a bolondság történetét, a történeti térbe ágyazottan értelmezni, s a téma kulturális beágyazását teremtette meg. Az állam a rend fenntartását a rendellenesség társadalmi és jogi (újra)definiálásával és abjektként (Csabai–Eröss 2000) történő eltávolításával látja biztosíthatónak. A pszichiátria társadalmi kérdés, mindig az adott társadalom fejlettségi szintjén realizálódik, helytelen lenne a kérdést csupán medikális, vagy tisztán tételes jogi keretben vizsgálni.

Az elfogadható társadalmi tér az elmebetegek számára a devianciazóna (Dobai 2025), ahol különböző, a többség számára „különös” egyének kapnak helyet: művészek, tudósok, szegények.

Az elzárást absztrakt szinten is lehet értelmezni, ebbe szükségszerűen beletartozik a pszichiátriai betegséggel élők kizárása az aktív társadalmi térből és száműzésük a periféria zónába. A kirekesztést leginkább a munkaerőpiacon élik meg drámaian (Kránicz 2023) egyes mentális betegséggel élők (a nagy pszichiátriai kórképekre különösen jellemző ez, a szkizofrénia nehezen kezelhető formáira, vagy a beilleszkedési zavarokat okozó súlyos személyiségzavarokra, mint pl. borderline, illetve az antiszociális személyiségzavar). Főként azon páciensek tudnak nehezen beilleszkedni, akik gyógyszerek mellett is szenvednek pszichotikus epizódok, reziduális tünetek megjelenésétől. A normatív és szokásjogi alapon egyes foglalkozási csoportok gyakorlásától eleve eltiltják a betegeket (mellőzik, nem alkalmazzák, így valósul meg a kirekesztés), megtartva őket a különböző nehézségű fizikai munkákat kínálónak.

Gyakran a megváltozott munkaképességűek részére rendelkezésre álló védett foglalkoztatás sem jelent megoldást, mert a sztereotípiák nem teszik lehetővé számukra a szabad foglalkoztatást, erre utal egy véleménycikk címe is: *Csak pszichést ne küldjenek!* (Mizsur 2018). A kirekesztés nem csupán a betegeket sújtja, hanem (paradox módon) a szomatikus orvoslással szemben a pszichoterápiát/pszichiátriát is. A pszichiátria sajátos periféria helyzetben van a kezdetektől fogva, részben az orvostudományban elfoglalt helye, illetve az orvosi részterület tárgya miatt. A pszichiátria még mindig kísérletező részdiszciplína, nincs egyértelmű bizonyíték számos lelki jelenség pontos biológiai okaira. Az utóbbi

időben megfigyelhető a funkcionális szemléletet képviselő kognitív idegtudomány és a pszichiátria közeledése, az orvostudományi doktori iskolákban már elérhető kognitív idegtudomány-kurzusok vannak.<sup>1</sup>

Tárgyánál fogva a pszichiátriai betegellátás potenciális terepe a kegyetlenség különböző formáinak, ezt mutatják a sokszor még ma is tapasztalható visszaélések (Barcsi 2023, 74). Jelen tanulmány keretei között a pszichiátriai ellátásban megjelenő néhány visszásságra kívánok reflektálni. Az elmegyógyászat a 19. század végétől a 20. század közepéig olyan kísérleti színtér volt, amely az inzulinómától a hideg fürdőkön (a beteget egy kádba helyezték jéghideg vízbe, a feje a kád végében a peremen volt, a nyakig felhúztak egy falapot és így próbálták „nyugtatni”) át a lobotómiáig számos, később meghaladott módszer alkalmazását támogatta terápiás eszközként. A kényszerzubbony még a 20. században is szerepelt a megfélemezés eszköztárában. Az ön- és közveszélyesnek tartott betegeket gyakorta beletekerték, mozdulatlaná tették és leszíjazzák. Az egészségügy számos más területén is voltak olyan invazív és noninvazív eljárások, amelyek nem állják ki a tudományosság kár-haszon arányának próbáját, és ma már kínzásnak számítanak. Az új terápiás szemlélet túlnőtt az intézet ethoszán, már nem a bezárás dominál (bár a közelmúltban létrehozott fokozott biztonsági kockázatú betegek részlege az országos intézetben nem erről tanúskodik – 1282/2023. [VII. 17.] Korm. határozat). A nemzetközi trendek szerint a cél a betegek társadalmi részvételének javítása, az ellátás biztonságának és a betegek szociális védelmének erősítése, költséghatékony modellek kidolgozása, erre van több jó gyakorlat is (ennek alapos összehasonlító ismertetését adja Nagy-Túri 2001). A 20. században jelentős szemléletváltásnak tekinthető a terápiás rezsimek közötti hangsúlyeltolódás, a rendszerszemléletű keretben történő esetmenedzsment, ami nem egy kuhni értelemben vett új paradigma, csupán szemléletváltás (Huxley–Poole 2023). A hazai betegellátásnak fontos mérföldköve volt a betegek jogainak kodifikálása az új egészségügyi törvény keretein belül. Jelen írásban az egyes betegjogok ismertetését a pszichiátriai betegek nézőpontjából végeztem el. A mentális zavarok integrált biológiai és pszichoszociális terápiáját tárgyaló programadó tanulmány (Fallon et al. 1998) a bio-pszicho-szociális szemléletű integrált ellátásszervezés hatékonyságára és az egyén mikrokörnyezetének fontosságára hívja fel a figyelmet. Sajnos, az azóta eltelt huszonöt évben nem sikerült megvalósítani hazánkban szélesebb körben ezt a költséghatékonyabb, a direkt és az indirekt (Harangozó 1998) gazdasági kiadások jelentős csökkenését ígérő modellt. A hazai pszichiátriai és addiktológiai (Bodrogi 1998) ellátórend-

<sup>1</sup> <https://semmelweis.hu/pszichiatria/oktatas/posztgradualis-kepzes/4-szamu-doktori-iskola/kognitiv-idegtudomanyok-phd-kurzus/> (2024. okt. 28.)

szer markáns átalakítása még várat magára, a megtört struktúra elsődleges oka az összehangolt, országos koncepció hiánya. Szükség lenne az átfogó, működőképes szakmai irányelvek lefektetésére, a szociális és egészségügyi alrendszerek hatékony együttműködésére a napi gyakorlatban. Az intézménytörténet a pszichiátria hazai történetével és a betegjogok megjelenésével a szerző számára egységes egészként képzelhető el, amely a társadalmi térben egységes egészként, de a különböző területek, alrendszerek folytonos kölcsönhatásából épül ki a pszichiátriai rendszer, benne az intézménnyel és a páciensekkel (betegekkel). A téma kizárólag integratív módon vizsgálható.

### *A hazai egészségügyi jog- és ellátórendszer felépítésének történeti vázlata*

A hosszú középkort a széttagoaltság, a párhuzamosság és a különböző szakterületek differenciálatlansága határozta meg. Az orvostudomány homlokterében a járványok voltak, az ember szelídíteni próbálta a vad természeti erőket és veszélyeket (Barcsi 2017). A 12–14. századi európai orvoslás még a pestisstraktátusokhoz (Kapronczay 2010, 63) hasonló művekkel akadályozta a járvány terjedését, végül a középkori orvoslás lezárult a nagy pestisjárvánnyal és egy teljesen új, gyümölcsöző fejlődés kezdődött meg. A reneszánsz ember már többet akart tudni az emberi testről és lélekről, háttérbe szorult a vallás, az érzületetikák. Nem tudta elnyomni a történelmi egyházak istenfélelme a racionális ember vágyait a megismerés rejtett és titkos ösvényeinek bejárására. A kor felfedezte a testet, kendőzetlenül folytak az anatómiai bemutatások, az orvostanhallgatók képzésében domináns lett a szemléltetés. Jól mutatja a képzőművészetben és a tudományban történt forradalmat Leonardo da Vinci Vitruvius-tanulmánya az emberi testről (1490) (Múlt-kor 2014, N. N.). Terjedelmi okokból ebben az alfejezetben az 1700-as évekig tudok visszatekinteni, hiszen a szervezett egészségügyi ellátást a „felvilágosult abszolútizmus teremti meg” (Fazekas 2020, 9). A 18. századig az elmebetegséggel élők a társadalomban csavargónak, koldusnak, zavaró elemeknek számítottak, állapotuk miatt gyakori volt körükben a börtönbüntetés (Bakonyi 1983, 49). Ebben az időszakban országosan bukkantak fel különböző „egészségügyi jellegű” hivatást űzők: felcserek, borbélyok, kuruzslók, vándorgyógyítók, foghúzó, gyógyfüvesek, bábák, szemgyógyítók hatósági ellenőrzés és engedélyek nélkül (Kapronczay 2010, 68). A Habsburg Birodalom alapvetően nem tekinthető egységesnek a jogalkotás, a jogalkalmazás tekintetében sem. A nagy anyagi különbségek *ab ovo* széttagolták a Monarchiát, ezért égető szükség volt az átfogó jogi szabályozásra az egészségügy területén. Az első kodifikált egészségügyi tárgyú törvény a Generale Normativum is re

Sanitatis (GNS) volt (Balázs 2007). A GNS egyértelmű célja volt az egészségügyi tevékenységeket végzőkkel szemben a bizalom kiépítése és fenntartása, illetve állami garanciák nyújtása az egyes tevékenységek végzéséhez, a szakmai feltételrendszer megteremtése. A járványok megelőzése és kezelése külön fejezetet érdemelt (Fazekas 2020, 11). 1848. június 12-én megalakult volna az első érdekvédelmi szervezet, a Magyar Orvosi Akadémia, végül ez csak 1876-ban történhetett meg, amikor megvalósult a magyar orvosképzés reformja. Az európai jogalkotás egyik legkorszerűbb rendelete megteremtette ennek jogi feltételrendszerét (Kapronczay 2010, 87). A közegészségügyi rendelet sokáig a mértékadó jogszabályok közé tartozott, rendészeti jellegű volt (ezt a járványok és a közegészségügyi viszonyok is indokolták), a jogszabály már megnevezi a tisztifőorvosok és a járási orvosok intézményét (Fazekas 2020, 12). A X. cikk részletesen foglalkozik a tébolydák ügyével és különösen a beutaltak ellátásának finanszírozásával:

Mindazon gyógyítható és gyógyíthatlan elmebetegek, kik a közbiztonságra veszélyesek, gyógyítás, illetőleg eltartás végett tébolydába helyezendők. Ellenben nem közveszélyes, gyógyíthatlan elmebetegek, továbbá ártalmatlan bányuk, buták és hülyék, vagyontalanságuk esetén, a mennyiben az őket eltartani köteles rokonok vagyonnal birnának, ezeknek terhére, különben pedig illetőségi községeik által tartandók el (1876. évi XIV. törvénycikk).

Ebben a korszerű jogszabályban már kiemelik a családnak mint közvetlen közösségnek a szerepét, ahogy ez klasszikus volt például a faluközösségek bolondjai esetében, akiket eltartott a közösség, vagy az egyház, illetve a család. A jogalkotás meglepően magas színvonala mellett ebben az időszakban az egészségügyi rendszer nem mondható egységesnek, több magánintézmény is működött jó minőségű szolgáltatásokkal, ezek igénybevétele viszont kevesek kiváltsága volt. Budapesten több egészségügyi magánintézmény is működött, például a Dr. Pajor Szanatórium és Vízgyógyintézet, illetve a Dr. Preisich-féle Szanatórium (itt gyermekeket, később elmebeteg tüdőbetegeket láttak el, majd hosszú időn át a Tündérhegyi Pszichoszomatikus és Pszichoterápiás Osztály is itt működött). A 19. században több magán-elmeintézet is megnyitotta kapuit. Pólya József a Városliget mellett, a későbbi Angyalföldi Tébolyda helyén kezdte meg tevékenységét. Schwartz Ferenc híres klinikája a mai Országos Onkológiai Intézet területén működött. A 19. században valamennyi magánintézményben a kornak megfelelő színvonalú gyógyító munka folyt, a legtöbb beteg tehető családból származott. A periférián élő elmebetegek ezeket a szolgáltatásokat nem tudták igénybe venni, egységes betegbiztosítási rendszer még nem alakult

ki. 1876-ban nyílt meg a Hülyék tan- és nevelő-intézete is Frim Jakab vezetése alatt a Gesztenyés mellett, a XII. kerületben (Verrasztó 2015). Ez nem tartozott szorosan az egészségügyi rendszerhez, sajátos státusza miatt nem volt a korabeli egészségügyi intézményrendszer része (ennek ellenére gyógyító munkát is végeztek), sajátos gyógypedagógiai és szociális jellegű bentlakásos zárt intézmény volt.

Az egészségügy és a közegészségügy felügyelete a belügyminiszterhez került a dualizmus időszakában is (Fazekas 2020, 15). Érdekes történeti párhuzam, hogy a jelenkori egészségügyi szervezeti rendszer is a belügyminiszter munkaszervére épül. Többször fogok utalni az útfüggőség jelenségére az ellátórendszerben, ez is egy ékes példája a korábbi idők struktúráinak át-visszavételére. Az egészségügy finanszírozása is széttagolt volt, az egységes egészségbiztosítási rendszer kialakítása csak fokozatosan történt meg. A pszichiátriai betegeket is markánsan érintő betegbiztosítás első gyökerei az 1907-ben létrehozott Állami Munkásbiztosító Hivatal létrehívásáig nyúlnak vissza, a hivatal hatásköre volt a különböző biztosítók felügyelete, ellenőrzése, amely ellenőrzés kiterjedt mind a pénztárakra, mind a velük kapcsolatban lévő intézményekre (Gyarmati et al. 1997). Több átszervezést is megélt a társadalombiztosítás rendszere a 20. században, végül „1927-ben született meg az 1927. évi XXI. tc., amely az Országos Munkásbetegsegélyző és Balesetbiztosító Pénztár teljes feladatkörét az Országos Munkásbiztosító Intézetre ruházta át” (Gyarmati et al. 1997).

Később Magyarország is csatlakozott a Nemzetközi Munkaügyi Szervezethez (International Labour Organization, ILO), amely biztosította az előfeltételeket a bismarcki típusú biztosítási rendszerhez történő kapcsolódáshoz (Fazekas 2020, 16). A szocializmus természeténél fogva az állam szerepvállalásában látta a széles társadalmi csoportok egészségügyi ellátásának biztonságát, a magánintézmények és -biztosítók háttérbe szorultak és megszűntek. Egyes foglalkozási csoportokban megmaradtak az önkéntes pénztárak. 1950-ben az Országos Társadalombiztosítási Intézet megszűnt, feladatait részben a Szakszervezeti Társadalombiztosító Központ vette át (Fazekas 2020, 16). A szocialista egészségügy elve a díjtalan, széles rétegek számára hozzáférhető, egységes ellátási rendszer kialakítása (Fazekas 2020, 19). Az egészségügyi jogszabályok ebben az időszakban még sokfélék voltak, nem volt egységes kodifikáció, amely végül 1972-ben történt meg, azzal az egészségügyi törvénnyel, amely évtizedekre meghatározta az egészségügy és járványügy jogi kereteit (Fazekas 2020, 19). A fentiekből jól látható, hogy a politikai berendezkedés milyen módon tagolta az egészségügy szervezetét és a kapcsolódó joganyagot. A szocializmust mindenképpen az egységes rendszerre törekvés, az intézmények megformálása, az országos hatáskörű intézményrendszer stabilizálása jellemezte. A fenti szerves fejlődés ellenére, paradox módon, a jelenlegi vagyoni, jövedelmi viszonyok az ellátáshoz való egyenlő hozzáférést

determinálják, a szegényebektől (bizonyos jövedelmi küszöb alatt) a minőségi ellátást a rendszer sajátos dinamikája elzárja, a járóbeteg-ellátás keretein belül a szűkös kapacitások miatt kevés komplex ellátást nyújtó lehetőség(hely) van.

A kezdeti intézményesülés részben az ideg- és elmeegógyászat tudásanyagának integrálását jelentette, majd a kapcsolódó helyi, illetve országos ellátás megszervezését, a terápiás eszközrendszer kialakítását. A második világháború után kórházi elmeosztályok, egyetemi klinikák és ún. „mamutintézmények” működtek, pl. az Országos Ideg- és Elmeegógyászati Intézet (később OPNI), illetve a Róbert Károly körúti Kórház (Benedek 2023), valamint több elmeszociális otthon is volt az országban. Ma egyetlen 800 ágyas intézmény van, Szentgottárdon (Rábadparti Integrált Szociális Intézmény, Vas Vármegye), illetve Ópusztaszeren (Tóhajlat Otthon) egy kisebb intézmény (részben kitagolt), amely egy sajátos totális intézményként a kitagolást várja, kevés eséllyel. A modellként működő és a szocializmus utolsó évtizedeiben és a rendszerváltozás után reneszánszukat élő fővárosi és vidéki pszichoterápiás osztályok jórészt megszűntek, közülük néhány működő terápiás kisközösség maradt életben (pl. Tündérhegy, Intaháza). Az egyetemi klinikák bázisain Budapest, Szeged, Debrecen, Pécs városokban szerveződtek meg eltérő hangsúlyokkal komplex terápiás eszközökkel dolgozó közösségek.

### *Betegjogok és jogsértések*

A pszichiátriai betegek, mint kiszolgáltatott, fokozott védelmet igénylő csoport, csupán 2005-ben (Hidvéginé–Sáriné 2012, 130), egy sor egészségügyi tárgyú jogszabály módosítása kapcsán került az egészségügyi törvénybe (Eütv. – 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről). A betegjogok alapkatalógusa általános, olyan jogok és kötelezettségek együttese, amely igazodási pontként az egészségügyi ellátás mint aszimmetrikus jogviszony esetén az irányadó magatartási szabályokat rögzíti. Ennek ellenére speciális betegcsoportok számára jogi garanciák biztosítására feltétlenül szükség volt. A kodifikációval párhuzamosan országos szintű ellenőrzési folyamatok zajlottak (célzottan, tervszerűen és állampolgári bejelentésekre is), amelyek felfedték a pszichiátriai intézményrendszer (egészségügyi, szociális alrendszerek) működési zavarait, és több esetben alapjogsértéseket is feltártak. Az érintett intézmények részben megszüntetésre kerültek, illetve a vezetés több esetben a napi működés szintjén alapvető változtatásokat hajtott végre. Az ellátáshoz, az emberi méltósághoz és a kapcsolattartáshoz való jog elemzésén keresztül mutatok rá néhány, a pszichiátriát közvetlenül érintő problémára.

### *Az egészségügyi ellátáshoz való jog*

Az Eütv. 6. szakasza kimondja: „minden betegnek joga van sürgős szükség esetén az életmentő, illetve a súlyos vagy maradandó egészségkárosodás megelőzését biztosító ellátáshoz, valamint fájdalomának csillapításához és szenvedésének csökkentéséhez”. Ebben a szakaszban kifejezésre jut a jogalkotó akarata, hogy egy tágabb alanyi kör (bárki, aki megbetegedett, sürgős szükség esetén), biztosítási jogviszonytól függetlenül, ne maradjon ellátatlanul, hanem kapja meg a számára szükséges életmentő beavatkozásokat, azokhoz hozzáférjen. Morális imperatívuszt is magában foglal ez a normaszöveg, hiszen az emberi életre mint értékre mutat rá, amelyet a jog eszközeivel sürgős szükség esetén is védeni kell. Külön jogszabály tárgyalja, hogy mely beavatkozások tartoznak a sürgős szükség fogalmi körébe. Az 52/2006 (XII. 28.) EüM rendelet melléklete 1–31. pontjaiban taxatív felsorolja ezeket az esetköröket (*Heveny pszichés zavarok, pszichózisok* cím alatt tárgyalja a pszichiátriai betegekre vonatkozó rendelkezéseket). Ez a jogszabály az Eütv. 142. szakaszához kapcsolódik, amely szintén nevesíti azokat az ellátásokat, amelyek esetében az igénybevétel alapjául szolgáló jogviszony előzetes igazolása nélkül vehetők igénybe egyes ellátások. Az orvosnak kell mérlegelnie, hogy az adott kórfolyamat a meglévő kategóriákba beilleszthető-e, bár elég konkrét megbetegedésekről van szó. Az Eütv. a 7. § 1. bekezdéstől a megfelelő egészségügyi ellátáshoz való jogra vonatkozó szakaszokat tartalmazza. Folyamatosan hozzáférhető ellátást biztosít valamennyi egészségügyi szolgáltató, de a szolgáltatási kör korlátozott: szabályozottan igénybe vehető, beutalási rend szerint működik, területi dimenziók és progresszivitási szintek vonatkozásában is tagolódik (Kovácsy 2016). Az orvosi és egészségügyi szakdolgozói kamarák, továbbá a szakmai protokollok rendszere bontja ki a megfelelőség szerteágazó kritériumrendszerét. Az biztosan elmondható, hogy tágan értelmezhető a megfelelő ellátás fogalma, de mégis több jogi és nem jogi jellegű szabály határozza meg, mi az, ami megfelelő és elérhető. Alapvetően az ellátás mindenki számára 24 órán keresztül hozzáférhető szolgáltatást takar. Aki nem fizet járulékot, annak a TAJ-száma érvénytelenítésre kerül. A pszichiátriai betegek jelentős része rászoruló, közöttük vannak hajléktalanok is, akik számára nehezen elérhető a pszichiátriai ellátórendszer. A szolgáltatások számukra alanyi jogon járnak, mégis körükben a legnagyobb a pszichiátriai betegségek látenciaja. A pszichiátriai sürgősségi ellátást a területi pszichiátriai osztály látja el, elsősorban tervezetten kerülnek felvételre a betegek, az akut betegek többnyire mentőszállítással érkeznek az ügyeletes pszichiátriai intézménybe. A kikerkező ellátószemélyzetnek (mentőtiszt, mentőorvos stb.) és rendőrnek együttesen kell dönteniük nem együttműködő beteg esetén arról, hogy az Eütv. 188. § c) pontja



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

alapján járnak-e el. Ha igen, akkor a beteget akarától függetlenül azonnal kórházba szállítják és alkalmazzák a 60/2004-es rendelet szerinti fizikai,

...fizikai korlátozás: a pszichiátriai beteg szabad mozgásának megtagadása, illetve mozgási szabadságának testi kényszerrel, fizikai és mechanikai eszközökkel, berendezésekkel való korlátozása, így különösen az osztály, a részleg és az intézet elhagyásának megtagadása és megakadályozása, az intézet területén történő mozgás korlátozása, az elkülönítés, a testi kényszer, a rögzítés, valamint a lekötés

kémiai vagy biológiai korlátozást

...kémiai vagy biológiai korlátozás: a veszélyeztető, illetve a közvetlenül veszélyeztető magatartás elhárításához szükséges mennyiségű gyógyszer belegezés nélkül történő alkalmazása

...kémiai vagy biológiai korlátozás: a veszélyeztető, illetve a közvetlenül veszélyeztető magatartás elhárításához szükséges mennyiségű gyógyszer belegezés nélkül történő alkalmazása.

A közvetlen veszélyeztető magatartás megítélése szakmai feladat, rutint és körütekintést igényel, az érintettek érdekeire tekintettel (TASZ 2023). A pszichiátriai diagnózis önmagában nem indokolja zavart viselkedés esetén a sürgősségi:

Eütv. 196. § b) azonnali intézeti gyógykezelést szükségessé tevő közvetlen veszélyeztető magatartás esetén, az azt észlelő orvos intézkedése alapján (a továbbiakban: sürgősségi gyógykezelés), c) a bíróság kötelező intézeti gyógykezelést elrendelő határozata alapján (a továbbiakban: kötelező gyógykezelés)

vagy kötelező:

Eütv. 200. § 1. bek. A bíróság annak a pszichiátriai betegnek a kötelező intézeti gyógykezelését rendeli el, aki veszélyeztető magatartást tanúsít, de sürgősségi gyógykezelése nem indokolt

gyógykezelést. Az ellátáshoz való jogban benne rejlik az ellátás során a beteg számára biztosított jogvédelem, és a betegjogok kodifikálása által létrehozott védőháló. A Kúria 190 eljárás részletes elemzésével mutatott rá arra, hogy mind a pszichiátriai intézménybe szállítás, illetve a bírói szemle során sérülhetnek a

betegek jogai. Jogesetek elemzésével feltártak egy meghatározó anomáliát is: „Az is problémát jelent, hogy az érintett bár jogosult meghatalmazni egy hozzátartozót vagy jogi képviselőt a bírósági szemle idejére, a Kúria által vizsgált 190 ügyben egyetlenegyszer sem került erre sor, ami nagyrészt a tájékoztatás hiányából fakadhat” (TASZ 2023). Az alábbiakban részletesebben vizsgálom a kényszerintézkedéseket az alapvető jogok metszetében. Az egészségügyi ellátáshoz való jog a pszichiátriai ellátás során a beteg érdeke szerint való jogként jelenik meg, aki egy megváltozott tudatállapot során, a realitáskontroll hiányában, fokozott védelemben részesül a jogszabály rendelkezései szerint.

### *Az emberi méltósághoz való jog*

Az emberi méltóság olyan alapvető jog, amely az emberi mivoltból fakadóan mindenkit megillet, s az emberként való kölcsönös elismerést juttatja kifejezésre (Lenkovich et al. 2014), amelyet az egészségügyi ellátás során is tiszteletben kell tartani. „Az emberi méltósághoz való jog minden más személyiségi jog ún. anyajoga” (Lenkovich et al. 2014). A jogalkotó a *Polgári Törvénykönyvben* (Ptk.) kidolgozta az emberi méltóság megsértésére vonatkozóan a sérelemdíj intézményét is, amely a Ptk. szóhasználatában és a jogalkotó rendelkezése szerint a személyhez fűződő jogok megsértéséért járhat (Lenkovich et al. 2014). A felróhatóságtól független szankciórendszer került bevezetésre, amely többféle lehet, az eset körülményeihez képest követelhető: a) a jogsértés tényének bírósági megállapítása; b) a jogsértés abbahagyása és a jogsértő eltiltása a további jogsértéstől; c) a jogsértő adjon elégtételt; d) a sérelmes helyzet megszüntetése, jogsértést megelőző állapot helyreállítása; e) jogsértő vagy jogutódja a jogsértéssel elért vagyoni előnyt engedje át javára a jogalap nélküli gazdagodás szabályai szerint. A Ptk. a fenti 2:51. § 1. bekezdésen kívül nem vagyoni jellegű károkért járó sérelemdíj megállapítását is lehetővé teszi (az egészségügyi jogviszonyokban ez sokkal relevánsabb lehet). A személyiségi jogok közvetlen kompenzációja érhető el ezzel a lehetőséggel. Alapvetően a jogsértés ténye – bizonyítása nem könnyű – elegendő ahhoz, hogy megalapozza a sérelemdíjra vonatkozó igényt (Székely 2018). A sérelemdíj mértékét a bíróság fogja meghatározni, amely során mérlegeli a jogsértés súlyát, ismétlődő jellegét, a felróhatóság mértékét, a sértettre és a környezetére gyakorolt hatását (Székely 2018).

Az Eütv. részletesen (10. § 1. bek. 1–7. Az emberi méltósághoz való jog) meghatározza, hogy az egészségügyi ellátás során mi számít az emberi méltósághoz való jog megsértésének. A taxatív felsoroláson túl a jogalkotó az első bekezdésben kimondja, hogy kizárólag az ellátáshoz szükséges vizsgálatok végezhetőek el, és a beteg nem korlátozható jogaiban, csak a szükséges mérté-

kig. Korlátozás csak szükséges időn át, a beteg állapotának megfelelő mértékben alkalmazható. A 60/2004 ESZCSM rendelet mellékletében egy kitöltendő adatlap is található, amely a korlátozó intézkedés kötelező dokumentuma, ezt a korlátozás egész időtartama alatt vezetni szükséges. A korlátozó intézkedés bevezetéséért, fenntartásáért az elrendelő orvos felelős, együttműködésben az egészségügyi szakdolgozóval. A 60/2004-es rendelet utaló szabályt tartalmaz az Eütv. 192., továbbá a 199. szakaszaira vonatkozóan. Típusosan a pszichiátriai, neurológiai, addiktológiai, politraumatiszt, toxikológiai stb. betegeknél – vagy metabolikus kórképek esetén – fordul elő, hogy állapotuk indokolja akár kémiai, fizikai módszerek alkalmazását annak érdekében, hogy egyáltalán a betegellátás, vagy az érdemi vizsgálat megkezdhető legyen. Gyakori probléma, hogy nem ismerik fel a belgyógyászati kórképet, és a beteget a tünetei miatt utalja be adatközlője (orvos, pszichiáter) a pszichiátriára (saját interjú kutatásunk [Dobai–Dúll 2022–2024]). Kínzó, kegyetlen, embertelen, megalázó bánásmód nem alkalmazható, és csak addig tarthat a fizikai, kémiai, biológiai korlátozás, ameddig annak oka fennáll. Ezzel összefüggésben számos visszaélést tárt fel az Alapvető Jogok Biztosának Hivatala különböző pszichiátriai otthonokban vagy akut osztályokon, ahol korlátozó intézkedés gyanánt például a beteget az öntöttvas radiátorhoz kötötték (AJB-410/2015), kitéve őt az égési és egyéb traumás sérülések lehetőségének. Számos olyan korlátozó intézkedést, mint a kényszerzubbony vagy a hálós ágy, ma már nem alkalmaznak a pszichiátriai betegellátásban. A biológiai pszichiátria elterjedésével azonban kémiai úton, különböző barbiturátokkal és benzodiazepin származékokkal, illetve különféle antipszichotikumok szándékos túladagolásával is meg lehet sérteni az Eütv. vonatkozó rendelkezését, ez végeredményben kegyetlen bánásmód is lehet (Barcsi 2023, 74). A gyógyszerelésre is igaz, hogy a szakma szabályai szerint – *lege artis* – szükséges végezni, és az adagoláskor a gyártó erre vonatkozó utasításait, a beteg egyéni toleranciaszintjét is szükséges tekintetbe venni. A korlátozó módszerek további garanciális szabályok betartását is igénylik az alkalmazó egészségügyi dolgozóktól (elsősorban a kezelőorvost nevesíti a jogszabály), de itt a szakdolgozók is felelősségre vonhatók, amennyiben nem az orvos utasításának megfelelően járnak el a korlátozó intézkedések alkalmazásakor. Az ilyen jellegű intézkedéseket a betegdokumentációban rögzíteni szükséges (az alkalmazott korlátozó eszköz fajtája, elrendelő neve, elrendelés időpontja, megszüntetés időpontja). A korlátozó intézkedéssel összefüggő lényeges információkat az ápolási dekurzusba is kötelező átvezetni. A jogszabályban 16 órás időablak került rögzítésre, amely alatt a szakápoló köteles értesíteni az általa alkalmazott – elsősorban fizikai – korlátozó eszköz bevezetéséről a kezelőorvost, kizárólag

akkor, ha nincs orvos. Kémiai korlátozó eszköz kizárólag az orvos utasítása szerint alkalmazható. A pszichiátriákon gyakorlat volt korábban a beteg meglévő gyógyszereinek túldozírozása az ápolók által, illetve többletgyógyszer beadása orvosi utasítás nélkül. Kémiai korlátozás – nagy adag antipszichotikum vagy barbiturát adása esetén – szükséges a vitális paraméterek (légzés, keringés, kiválasztás) monitorozása, eltérés észlelése esetén az orvos értesítése. Egyes gyógyszerek kiválthatnak olyan mellékhatásokat is, amelyek csak szubintenzív vagy intenzív osztályon kezelhetők, ezeket időben fel kell ismerni. Klasszikus eset a pszichiátrián jelentkező, nem kellő időben felismert belgyógyászati kórkép és annak szövődményeiből adódó komplikációk.

Az AJB-410/2015 jelentésben az Alapvető Jogok Biztosa az ágyrács egész napos használatával kapcsolatban lépett fel; a beteg radiátorhoz kötözése sem megengedett, és egyben ütközik az Alaptörvény III. cikkének 1. bekezdésével is. Pszichiátriai betegeknél nem tekintette a bíróság jogellenesnek annak a pszichiátriai megbetegedésben szenvedőnek a személyi szabadságának korlátozását, akinél kötelező pszichiátriai gyógykezelést rendeltek el, veszélyeztető magatartás miatt (Kövesné 2018, 6).

A beteget ruházatától csak a szükséges mértékben és ideig lehet megfosztani, tekintettel kell lenni szeméreméretére is. Az OPNI-ban gyakorlat volt, hogy a betegosztály elnevezése is szerepelt a ruházaton (a betegek az intézmény pizsamáját hordták), például V. Pszichiátria, korábban pl. II/A Férfi Elme. Ez az emberi méltóságot sértő eljárás volt. A betegek azonosítását biztosító kórházi felvételkor adott karszalag is ennek a maradványa. Erre vonatkozóan nincs és korábban sem volt szabályozás, ezeket az eljárásokat a pszichiátriai gyógykezelésekhez kapcsolódó íratlan szokásjog és a kapcsolódó közjogi szervezetszabályozó eszközök, házirendek munkálták ki.

A betegellátás számtalan olyan helyzetet eredményezhet, amikor több páciensnek kell egy helyen ellátni. A sürgősségi betegellátás ilyen, de a háziorvosi ellátás során is előfordulhat interferencia, amikor két beteg egyszerre van jelen, vagy csupán egyetlen beteg van jelen, de nem biztosítják a megfelelő vizuális izolálást. Pszichiátriai betegeknél előfordulhat, hogy az exploráció során megzavarják a rendelőt, vagy mások is hallják a beteg részéről elmondott tüneteket. A személyiségi jogok védelme érdekében a rendelők ablakait belátásgátló fóliával kell ellátni, a belső terekben pedig paravánokat, illetve függönyöket kell alkalmazni. Intenzív osztályon a betegek könnyebb észlelését lehetővé tevő üvegezett kórtermeket alakítanak ki, hogy a nővérpultból az orvosok és a nővérek is lássák a betegeket és a monitorokat is. Beavatkozások esetén, vagy haláleset során szükséges a belső térben az egyéni izolálás. Különösen akkor, ha látogatók jönnek a már eszméletlenül lévő beteghez. Nem jó az a gyakorlat, amikor a

beteget levetkőztetik és várakoztatják, miközben az orvos és a szakdolgozó pl. beszélgetnek, vagy még az előző beteggel foglalkoznak. A szeméremérzet figyelembevételére minden betegellátó intézményben ki kell dolgozni és alkalmazni szükséges olyan jó gyakorlatokat és eljárásokat, amelyek ennek a törvényi rendelkezésnek a betartását segítik elő.

A különböző felekezetekhez tartozó hívők emberi méltósága az ellátással összefüggésben többféle módon sérülhet (Dobai 2022). A MOK<sup>2</sup> Etikai Kódex II. 1.3. (*Az orvosi hivatás általános etikai követelménye*) 4. bekezdése is rögzíti:

Az orvos nem élhet vissza betege kiszolgáltatott helyzetével, nem sértheti emberi méltóságát, figyelembe kell vennie szeméremérzetét, szégyenérzetét. Még kilátástalannak tűnő esetben is vigaszt kell nyújtania, erőt adva betegének. Feltétlenül el kell kerülnie a beteg tárgyiasulását, amelynek következtében esetté, a kutatás tárgyává, vagy sorszámmá válhat.

Az Egészségügyi Tudományos Tanács által kidolgozott Etikai Kódex is kiemeli a 3.5. pontban: „az orvos-beteg találkozások során a beteg gyakran kerül kiszolgáltatott helyzetbe. Az orvos nem sértheti a beteg emberi méltóságát, szemérem- és szégyenérzetét”.

Itt különösen is kiemelendő, hogy az orvos nem tehet olyan utalásokat, amelyek sértik az Alaptörvény IX. cikkének 5. bekezdését, amely kimondja:

A véleménynyilvánítás szabadságának a gyakorlása nem irányulhat a magyar nemzet, a nemzeti, etnikai, faji vagy vallási közösségek méltóságának a megsértésére. Az ilyen közösséghez tartozó személyek – törvényben meghatározottak szerint – jogosultak a közösséget sértő véleménynyilvánítás ellen, emberi méltóságuk megsértése miatt igényeiket bíróság előtt érvényesíteni.

Az egészségügyi ellátással összefüggően is előfordulhatnak (és elő is fordulnak) ilyen jogsértések. Az emberi méltóság tárgykörébe tartozik az is, ha oktatási célból hallgatókat vonnak be a diagnosztikus vagy terápiás folyamatba – a klinikai képzésben részt vevő medikusokat illetően külön beleegyezés nem szükséges, de a beteg figyelmét a tájékoztatás során erre a tényre fel kell hívni. A befekvés napján az illető tudomásul veszi, hogy az intézmény oktatási jellegéből adódóan ki lesz téve a medikusok esetleges vizsgálatainak is – ha ezt kimondtan nem ellenzi – (szerintem szűk körben élhet ezzel a lehetőséggel), hiszen oktatási célokat szolgál vele. Különösen érzékeny kérdés a pszichiátriai betegek vizsgálata (bemutatása) a klinikákon, a gondnokság alatt lévők medikusok általi kikérdezése fokozottabb körütekintést igényelhet.

<sup>2</sup> A MOK Kódex rendelkezései: <https://mok.hu/a-kamararol/etikai-kodex>. (2024. okt. 28.)

### *A kapcsolattartás joga*

Akut vagy krónikus betegség esetén emberi szükséglet a hozzátartozókkal, barátokkal való kapcsolattartás, amelyet az egészségügyben is szükséges biztosítani. Ez természetesen nem jelenti azt, hogy ez a jog korlátozás nélkül gyakorolható, hiszen a látogatásoknak is illeszkedniük kell a kórházban kialakult napirendhez, a betegek és az ellátásban résztvevők napi rutinjához. Súlyos állapotú betegeknek, pszichés krízishelyzetben lévőknek joguk van arra, hogy az általuk megjelölt személy mellettük legyen, látogatási időn kívül is, az Eütv. 11. § 8. bekezdése alapján. A kapcsolattartás joga nem korlátozható a jogalkotó szándéka szerint, de a jog gyakorlásának szabályozása a kórházi házirendekben történik meg. A házirendnek illeszkednie kell a kórházban nyújtott ellátási formákhoz, a házirend nem korlátozhatja a kapcsolattartás jogát, kivéve, ha ez indokolt, pl. járványügyi érdekből (Eütv. 69. § 1.). A házirendre vonatkozó részletszabályokat az Eütv. 27. §-a, valamint a 43/2003. (VII. 29.) ESZCSM rendelet 5. §-a adja meg. Ebben a körben a gyógyintézeteknek széles jogkört biztosít arra vonatkozóan, hogy szervezetükre sajátos, adott esetben szigorúbb működési rendet állapítsanak meg, különösen, ha az ellátás sajátosságai ezt indokolják. Jellemzően délelőtti vizsgálatok, vizitek vannak, célszerű a látogatást a délutáni időpontokra időzíteni és szabályozni, de ennek is több akadálya lehet. Járványok esetén a látogatás járványügyi érdekből megtiltható, vagy egyes osztályokon a betegellátó egység speciális jellege meg is kívánja a korlátozást (pl. intenzív terápiás ellátásban hosszú látogatások nem lehetségesek). A korlátozás elrendelése a főigazgató hatáskörébe tartozik, illetve országosan rendeleti úton előírható. Az Eütv. 11. §-ának 6. bekezdése kimondja: „A beteget megilleti a vallási meggyőződésének megfelelő egyházi személlyel vagy vallási egyesület vallásos szertartást hivatásszerűen végző tagjával való kapcsolattartásnak és vallása szabad gyakorlásának joga”, amit a pszichiátriai betegek számára is állapotuktól függetlenül biztosítani kell.

A felvételkor egyes (zavart, eszméletlen) betegek esetében értékleltár készül (korábban minden pszichiátriára felvett betegnél ez megtörtént), a szűrő-vágó eszközöket elzárják, régebben civil ruházatot sem lehetett hordani, erre már korábban utaltam. A mobiltelefonok elkobzása tekintetében a pszichiátriákon a gyakorlat nem egységes. Számos olyan pszichiátriai intézmény létezik, ahol a mobiltelefonokat a felvétel napján beszedik, és csak egy-egy órára adják vissza a nap folyamán, hogy a legszükségesebb beszélgetéseket megoldja a beteg. Ezt még az önkéntesen felvett betegek esetében is alkalmazzák, aminek az a célja, hogy semmilyen külső negatív esemény ne befolyásolja állapotuk javulását. Olyan eset is előfordul, amikor a beteg állapota kifejezetten indokolja a mobiltelefon „elkobzását”. Egy mániásan felhangolt beteg ötpercenként is hívogathatja

a családját (akár éjszaka is), vagy meggondolatlan üzleteket köthet, interneten vásárolhat. Ennek megelőzése okán a kapcsolattartásnak ezt a formáját korlátozhatja az intézmény (Péter 2022, 25). A kapcsolattartás jogának jelentős korlátozása mindenképpen egyéni mérlegelést és körütekintést igényel.

### Zárógondolatok

Jelen tanulmány célja a pszichiátriai betegellátás egyes jogi és társadalmi aspektusainak bemutatása volt. A 19. század végétől a 20. század második feléig a tudományterület dinamikus fejlődését figyelhetjük meg. A test integritását jelentősen sértő fizikai módszereket kiegészítette, majd nagyobb részben felváltotta az új gyógyszerkészítmények alkalmazása. Végül a szociálpszichiátria a társadalmi mikro- és makroközösségek közötti kapocsként az egyént társas kontextusban vizsgálta, és a gyógyítás színtere is kitért, a család szerepe különösen a reszocializációban kulcsfontosságú lett. A társadalombiztosítási rendszer kialakulása lehetővé tette szélesebb rétegek számára az egészségügyi szolgáltatások igénybevételét, az egyes társadalmilag érzékeny csoportok betegség, rászorultság esetén szolidaritási alapon juthatnak kezeléshez. A rendszerváltást közvetlenül megelőző és azt követő években az integrált szemléletű terápiás kisközösségek dinamikus fejlődésnek indultak. A beteg és a pszichiátriai kezelés jogi keretrendszere szofisztikáltabb lett, a célzott jogi szabályozás növelte a jogtudatosságot. Elmondható, hogy a demokratizálódó szakmai térben érlelődött egy olyan feltételrendszer, amely megfelelő szakpolitikai akarattal hosszabb távon megteremthette volna a pszichiátriai intézmények új, megújuló struktúráit és szerepét. Mára ez a folyamat – a jelentősebb intézménybezárásoknak köszönhetően is (Dobai et al. 2024) – lelassult. A terápiás arzenál az eltelt időben sokat változott, a fizikai és kémiai megfékezés ma már csupán *ultima ratio* a betegellátásban. A betegek lelki értelemben vett törékenységüknél fogva kiszolgáltatottak, ezt több konkrét példán keresztül igyekeztem szemléltetni. A jogi szabályozás – szakpolitikai értelemben – vegyes. A pszichiátriai betegek számára egészségügyi és szociális ellátást is nyújtanak, az ellátórendszer rendkívül széttagolt, hiányzik az egységes szakmódszertani kontroll, koordinálás. A közösségi pszichiátria aktorai körében végzett, folyamatban lévő interjú kutatásunkban is feltártunk súlyos rendszerszintű problémákat. Az Országos Alkohológiai Intézetnek, az Országos Pszichiátriai és Neurológiai Intézetnek jelentős szakmódszertani szerepe is volt. Jelenleg az egyetemi pszichiátriai klinikák tudományos bázisain képzelhető el az új irányok és lehetőségek megtalálása a hazai pszichiátriai ellátórendszer számára. Jelen munka témakijelölés kívánt lenni, terjedelmi okokból nem volt módomban a fenténél részletesebb elemzést adni a tárgykörben.

### Irodalom

- Bakonyi Péter. 1983. *Téboly, terápia, stigma*. Budapest: Szépirodalmi Könyvkiadó.
- Balázs Péter. 2007. *Mária Terézia 1770-es egészségügyi alaprendelete*. Piliscsaba: Magyar Tudománytörténeti Intézet Tudományos Közleményei, Semmelweis Orvostörténeti Múzeum, Könyvtár és Levéltár.
- Barcsi Tamás. 2017. Változatok kegyetlenségre: Filozófiai vázlat a civilizáció és az embertelenség néhány összefüggéséről I. *Nagyerdei Almanach* 1, 7 (14): 1–40.
- Barcsi Tamás. 2023. *Embertelenség az együttérzés korában: Filozófiai vázlat a kegyetlenségről*. Budapest: Attraktor Kiadó.
- Bodrogi Andrea. 1998. Integrált pszichiátriai ellátás az alkoholbetegek kezelésében. *Pszichoterápia* 7. Supplementum 65–75.
- Csabai Márta – Erőss Ferenc. 2000. *Testhatárok és énhatárok: Az identitás változó keretei*. Budapest: Jósöveg Műhely Kiadó.
- Dobai Attila – Düll Andrea. 2022–2024. *Az OPNI volt dolgozói közösségének retrospektív kvalitatív vizsgálata*. ELTE PPK Ember-Környezet Tranzakció Intézet.
- Dobai Attila – Tótsaki Gergely. 2024. *Közösségi pszichiátriai ellátóhelyek kvalitatív vizsgálata*. ELTE PPK Ember-Környezet Tranzakció Intézet.
- Dobai Attila. 2022. Egyes vallásfelekezetek és érzékeny csoportok jogainak érvényesülése a betegellátás során. *Ügyészek Lapja* 29 (3): 29–46.
- Dobai Attila. 2023. A totális pszichiátriai intézmény, mint társadalmi produktum arcélei a XX. században. *De iurisprudentia et iure publico* 14 (4): 17–37.
- Dobai Attila – Tóth Varga Violetta – Düll Andrea. 2024. A pszichiátriai intézményrendszer történeti jellemzői az 1989-es magyarországi demokratikus fordulat után. *Kaleidoscope* (28): 334–347. DOI: 10.17107/KH.2024.28.18
- Dobai Attila. 2025. Az intézménytelenítés társadalmi és jogi hatásai a hazai pszichiátriában (doktori disszertáció ELTE ÁJK)
- Fallon, Ian et al. 1998. A mentális zavarok integrált biológiai és pszichoszociális terápiája: az optimális gondozási modell alapjai. *Pszichoterápia* 7. Supplementum 6–15.
- Fazekas Marianna. 2020. Az egészségügyi közigazgatás kialakulása: Az állami feladatok változása az egészségügyben. In Asbóth Márton – Fazekas Marianna – Koncz József szerk., *Egészségügyi jog és igazgatás*. 9–20. Budapest: ELTE Eötvös Kiadó.
- Foucault, Michel. 2004. *A bolondság története*. Budapest: Atlantisz Kiadó.
- Gyarmati György – Püski Levente – Barta Róbert. 1997. *Magyarország a XX. században II. Társadalombiztosítás* fejezet, MEK OSZK, oldalszám nélkül. Szekszárd: Babits Kiadó. <https://mek.oszk.hu/02100/02185/html/231.html> (2024. okt. 28.)
- Harangozó Judit. 1998. Pszichiátriai szolgáltatások költség/hatékonyág vizsgálata Magyarországon. *Pszichoterápia* 7. Supplementum 76–91.
- Hidvéginé Adorján Livia – Sáriné Simkó Ágnes. 2012. *A betegek jogairól: Orvos-beteg jogviszonyok az egészségügyben I*. Budapest: Medicina Kiadó.
- Huxley, Peter – Poole, Rob. 2023. Social psychiatry lives! *BJPsych Bulletin* 47 (2): 65–67. DOI: 10.1192/bjb.2022.77



- Kapronczay Károly. 2010. *Az orvostörténelem századai*. Budapest: Semmelweis Kiadó.
- Kövesné Kósa Zsuzsanna. 2018. A sürgősségi pszichiátriai intézeti gyógykezelés elrendelésének gyakorlata. *Forum Scientiarium Curiae* (1): 6–8.
- Lenkovic Barnabás – Keserű Barna Arnold – Kőhidi Ákos. 2014. *Magyar polgári jog: Polgári jogi alapok*. Budapest: Eötvös József Kiadó.
- Nagy Léna – Túri Gergő. 2021. Mentális betegeket célzó szolgáltatások hatékonyságának fejlesztési lehetőségei két komplex nemzetközi program tükrében. *Magyar Pszichológiai Szemle* 76 (1): 157–171. DOI: 10.1556/0016.2021.00024
- Péter László. 2022. A pszichiátriai betegek ellátásának jogi és szakmai háttere. *Honvéddorvos* 74 (3–4): 13. DOI: 10.29068/HO.2022.3-4.13-30

### *Felhasznált további források*

- Benedek László. 2023. *Az Angyalföldi Tébolyda*. <https://benedeklaszlo.hu/2023/04/az-angyalfoldi-tebolyda/> (2024. okt. 28.)
- Kránicz Dorottya. 2023. Megbélyegezve – munkakeresés pszichiátriai diagnózissal. *Magyar Narancs*. <https://magyarnarancs.hu/lelek/megbelyegezve-260723> (2024. okt. 28.)
- Mizsur András. 2018. *Csak pszichést ne küldjenek!* <https://abcug.hu/csak-pszichest-ne-kuldjenek/> (2024. okt. 28.)
- Múlt-kor. 2014. [https://mult-kor.hu/20140220\\_beteg\\_volt\\_da\\_vinci\\_tokeletes\\_embere](https://mult-kor.hu/20140220_beteg_volt_da_vinci_tokeletes_embere) (2024. okt. 28.)
- Pajor Szanatórium. [é. n.] <https://www.ilyenisvoltbudapest.hu/ilyen-is-volt/nyolcadik-kerulet-jozsefvaros/item/1909-vas-utca-a-pajor-szanatorium> (2024. okt. 28.)
- Szegedi Szabolcs. 2021. *Preisich Szanatórium*. [https://elherdaltorokseg.blog.hu/2021/07/19/preisich\\_szanatorium\\_budapest\\_tunderhegy](https://elherdaltorokseg.blog.hu/2021/07/19/preisich_szanatorium_budapest_tunderhegy) (2024. okt. 28.)
- Verrasztó Gábor. 2015. *Hegyvidék*. A XII. Kerületi Önkormányzat folyóirata, szept. 24. <https://hegyvidekujsg.hu/archivum-2015-oktober-6/frim-jakab-hulyenevelo> (2024. okt. 28.)

### *Hivatkozott jogszabályok*

(Valamennyi jogszabály a Wolters Kluwer Jogszabályok tárából származik.)

A Kormány 1282/2023. (VII. 17.) Korm. határozata az emelt biztonságú pszichiátriai osztály kialakítását biztosító intézkedésekről.

1876. évi XIV. törvénycikk a közegészségügy rendezéséről.

3/2003. (VII. 29) ESZCSM rendelet a gyógyintézetek működési rendjéről, illetve szakmai vezető testületéről.

2005. évi CLXXXI. törvény egyes egészségügyi tárgyú törvények módosításáról.

47/2004. (V. 11.) ESZCsM rendelet az egészségügyi ellátás folyamatos működtetésének egyes szervezési kérdéseiről.

117/1998. (VI. 16.) Korm. rendelet egyes egészségügyi ellátások visszautasításának részletes szabályairól.

### *Kommentárok*

- Kovácsy Zsombor. 2016. Kommentár. In Dósa Ágnes – Hanti Péter – Kovácsy Zsombor. *Kommentár az egészségügyi törvényhez*. 1–17, 91–92. Budapest: Wolters Kluwer Kiadó.
- Székely László. 2018. Kommentár. In Vékás Lajos – Gárdos Péter szerk. *Nagykommentár a Polgári Törvénykönyvhöz, 1. kötet*. 127–207. Budapest: Wolters Kluwer (Második Könyv Első-Második Rész, Harmadik Rész).

### *Dokumentumok*

- Egészségügyi Tudományos Tanács. 2024. *Etikai Kódex*. <https://ett.okfo.gov.hu/orvosetikai-kodex/> (2024. júl. 30.)
- Magyar Orvosi Kamara. 2024. *Etikai Kódex*. [https://mok.hu/public/media/source/Etikai%20K%C3%B3dex%20hat%C3%A1lyos%202022%2005%2028%20\(1\).pdf](https://mok.hu/public/media/source/Etikai%20K%C3%B3dex%20hat%C3%A1lyos%202022%2005%2028%20(1).pdf) (2024. okt. 28.)
- TASZ. 2023. *Útmutató a sürgősségi és kötelező gyógykezelésről a kúria összefoglaló véleménye alapján*. <https://tasz.hu/cikkek/utmutato-a-surgossegi-es-kotelezo-gyogykezelesrol-a-kuria-osszefoglalo-velemenye-alapjan/> (2024. okt. 28.)

Attila DOBAI

## **PSIHIJATRIJSKI BOLESNICI U LAVIRINTU ZDRAVSTVENOG SISTEMA I DRUŠTVENE SREDINE**

Cilj studije je da predstavi proces razvoja zdravstvenog sistema u Mađarskoj, sa posebnim naglaskom na oblast psihijatrije. Studija nastoji da ukaže na višestruku složenost procesa institucionalizacije u ovoj oblasti, kao i na poželjne modifikacije zdravstvenog zakonodavstva, koje bi bile u interesu postizanja integrisane zdravstvene zaštite, usmerene na pacijenta.

*Ključne reči:* istorija psihijatrije, institucionalizacija, organizovanje integrisane zdravstvene zaštite, socijalna devijantnost, prava pacijenta

Attila DOBAI

## **PSYCHIATRIC PATIENTS IN THE LABYRINTH OF THE HEALTHCARE SYSTEM AND SOCIETY**

The aim of this study is to present the organic developmental process that enabled the institutionalization of the healthcare system, and specifically of psychiatry, in Hungary. With my work, I aim to illustrate the multifaceted nature of this process and at the same time highlight what further actions may still be necessary at the table of health law in relation to this narrower field, in order to create a patient-centered, integrated care organization.

*Keywords:* history of psychiatry, institutionalization, integrated care management, social deviance, patient rights