



ALAPVETŐ JOGOK BIZTOSA
AZ ENSZ NEMZETI EMBERI JOGI INTÉZMÉNYE

Az alapvető jogok biztosának

JELENTÉSE

az AJB-1512/2023. számú ügyben
*nem pszichiátriai osztályon alkalmazott korlátozó intézkedésekkel
kapcsolatban*

(Előzmény ügy: AJB-3425/2022)

Előadó: dr. Kussinszky Anikó

Érintett szervek: Pécsi Tudományegyetem Klinikai Központ,
Belügyminisztérium

2023.

**Az alapvető jogok biztosának
Jelentése
az AJB-1512/2023. számú ügyben**

Az eljárás megindítása

Egy panaszos fordult hozzám néhai édesapja egészségügyi ellátásának körülményeit, valamint az őt gondozó Baptista Szeretetszolgálat pécsi Szeretetotthonának (a továbbiakban: Otthon) értesítési gyakorlatát sérelmezve. Panaszos kifogásolta, hogy az Otthon nem értesítette őt édesapja COVID gyorstesztjének pozitív eredményéről, illetve arról, hogy mentőt hívtak hozzá. Kifogásolta továbbá, hogy noha előzetesen felhívta rá a figyelmet, hogy édesapja esetében ágyrác alkalmazása indokolt, ez mégsem történt meg és édesapja a Pécsi Tudományegyetem Központi Klinika (a továbbiakban: Klinika) Infektológiai Osztályán leesett az ágyról, melynek során hematóma keletkezett a fején. A későbbiekben a Pulmonológiai Osztályra helyezték át, ahol a panaszos látogatásai során azt tapasztalta, hogy édesapja ki volt kötözve az ágyhoz, és elhanyagolt állapotban volt. Panaszos álláspontja szerint édesapja a nem megfelelő bánásmód és ellátás következtében kialakult seb elfertőződésének következtében hunyt el az Otthonba történő hazabocsátását követő 11. napon. Panaszos azt is jelezte, hogy az ellátás megfelelőségével összefüggésben korábban panasszal fordult a Nemzeti Népegészségügyi Központot (a továbbiakban: NNK) vezető országos tisztifőorvoshoz, azonban a lezárult panaszvizsgálási eljárás – noha részben megalapozottnak találta a panaszt – nem adott választ édesapja kikötözésével kapcsolatban annak okára és jogszerűségére, valamint arra, hogy hogyan keletkeztek a lábán az elfertőződött sebek.

Tekintettel arra, hogy a panaszbeadvány nyomán a konkrét ügyben felmerült a jogállamiság követelményével, az emberi méltósághoz, valamint a személyi szabadsághoz való joggal, továbbá a kínzás, embertelen megalázó bánásmód tilalmával összefüggésben a visszasság gyanúja, az alapvető jogok biztosáról szóló 2011. évi CXI. törvény (a továbbiakban: Ajbt.) 18. § (1) bekezdése alapján vizsgálatot indítottam.

Az ombudsmani vizsgálat eredményes lefolytatása érdekében az Ajbt. 21. § (1) bekezdés a) pontja és (2) bekezdése alapján megkerestem az érintett Pécsi Tudományegyetem Klinikai Központjának (a továbbiakban: Klinika) elnökét, valamint a Baptista Szeretetszolgálat pécsi Szeretetotthonának (a továbbiakban: Otthon) intézményvezetőjét.

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 kínzás, embertelen, megalázó bánásmód tilalma [Alaptörvény III. cikk: „*Senkit nem lehet kínzásnak, embertelen, megalázó bánásmódnak vagy büntetésnek alávetni.*”];
- a személyi szabadsághoz való jog [Alaptörvény IV. cikk: „*Mindenkinek joga van a szabadsághoz és a személyi biztonsághoz. Senkit nem lehet szabadságától másként, mint törvényben meghatározott okokból és törvényben meghatározott eljárás alapján megfosztani.*”];

Az alkalmazott jogszabályok

- Az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény (a továbbiakban: Eütv.);
- Az 1988. évi 3. törvényerejű rendelettel kihirdetett, a kínzás és más kegyetlen, embertelen vagy megalázó büntetések vagy bánásmódok elleni nemzetközi egyezmény (a továbbiakban: ENSZ Egyezmény).
- A 2011. évi CXLI. törvénnyel kihirdetett, a kínzás és más kegyetlen, embertelen vagy megalázó bánásmód vagy büntetés elleni egyezmény fakultatív jegyzőkönyve (a továbbiakban: OPCAT)
- Az egészségügyi szolgáltatások nyújtásához szükséges szakmai minimumfeltételekről szóló 60/2003. (X. 20.) ESzCsM rendelet (a továbbiakban: Minimumrendelet)

A megállapított tényállás

1. A beadvány tartalma

Panaszos édesapja 2015 óta élt az Otthonban, 2014 óta járásképtelen volt, de üldögelni szokott. 2021. november 29-én pozitív COVID gyorsteszt és alacsony véroxigén szint miatt az Országos Mentőszolgálat a Klinika Sürgősségi Betegellátó Osztályára (a továbbiakban: SBO) szállította, innen pedig az Infektológiai Osztályra (Koronavírus Ellátó Központ, a továbbiakban: KEK) került. A KEK-ban a látogatás nem volt megengedett, de Panaszos még a beszállítása napján odatelefonált és jelezte, hogy édesapja mozgásszervi problémái miatt ágyrács alkalmazása szükséges, melyet állítása szerint meg is ígértek neki. Ennek ellenére másnap telefonon arról értesítették, hogy édesapja leesett az ágyról megütötte az arcát, ezért CT vizsgálatra vitték őt. Ezt követően arról kapott tájékoztatást, hogy édesapját ágyraccsal felszerelt ágyban helyezték el. A beadvány szerint édesapja később telefonon arról számolt be, hogy a leesett párnáját szerette volna felvenni, amikor lezuhant az ágyról és hiába kiabált segítségért, azt senki nem hallotta meg, a szobában elhelyezett másik két beteg nem volt olyan állapotban, hogy segíteni tudott volna, így órákon keresztül feküdt a földön, végül hajnali háromnegyed hatkor találtak rá a nővérek a földön. Ezt követően Panaszos még néhányszor tudott édesapjával beszélni, később azonban nem érték el a mobiltelefonján. A Panaszos naponta érdeklődött a Klinikán az állapota felől, azonban a COVID fertőzés állapotáról, a kezeléssel szemben felvilágosítást nem kapott. Ugyanakkor arról tájékoztatta panaszost egy orvos a beadvány szerint, hogy egy alkalommal, engedéllyel bemehet „elbúcsúzni az édesapjától”, és arra figyelmeztette, hogy édesapja „csúnyán néz ki, ne ijedjen meg tőle”. Az állapotáról, kilátásairól azonban nem kapott felvilágosítást. 2021. december 15-én aztán két negatív COVID tesztet követően áthelyezték édesapját a Pulmonológiai Osztályra, ahol a beadványozó december 17-én engedéllyel meglátogathatta az édesapját, akin még ekkor, majd három héttel az esés után is erősen látszottak az esés során szerzett sérülései. Ekkor arról tájékoztatták, hogy az édesapja fején lévő ödémát le fogják szívni, valamint hogy tüdőgyulladás miatt antibiotikumot kap. A beadványban panaszos arról számolt be, hogy édesapját ápolatlannak találta, valamint *kezei-lábai ki voltak kötözve*, amit ő eltávolított ugyan, de később újra kikötözték. Ezt követően a beadvány szerint *heti egy alkalommal 15 perc*re látogathatta, és ezen alkalmakkor azt tapasztalta, hogy nem látják el rendesen: nem fürdetik, nem borotválják és végtagjait az ágyhoz kötözték. Édesapját végül többszöri kérésre 2022. január 7-én bocsátották el a Klinikáról az Otthonba, ahol tíz napos karantént követően 2022. január 18-án elhunyt. Halálát a Panaszos véleménye, valamint az Otthontól kapott tájékoztatás szerint a Klinikán szerzett sebek elfertőződése okozta, amely a bokájánál indult, ahol ki volt kötözve.

Panaszos azt is jelezte, hogy az ellátás megfelelőségével összefüggésben korábban panasszal fordult az NNK-t vezető országos tisztifőorvoshoz, azonban a lezárult panaszvizsgálási eljárás – noha részben megalapozottnak találta a panaszt – nem adott választ édesapja kikötözésével kapcsolatban annak okára és jogszerűségére, valamint arra, hogy hogyan keletkeztek a lábán az elfertőződött sebek.

Panaszos végezetül azt is kifogásolta, hogy az Otthon nem értesítette Őt, amikor édesapja COVID gyorstesztje pozitív lett. Látogatóba érkezésekor szerzett tudomást arról, hogy az alacsony véroxigén-szintje miatt mentőt kellett hívni hozzá, és kórházba kellett szállítani.

2. Az érintett Otthon intézményvezetőjének tájékoztatása

Panaszos édesapja 2015-től volt az otthon lakója. 2021. november 29-én a gondozó személyzet észlelte, hogy az idős úrnak felsőlégúti tünetei vannak, az antigén gyorsteszt pozitív eredményt jelzett, amelyhez romló saturációs értékek társultak. Az intézményi orvos értesítésével egyidőben a szolgálatot teljesítő gondozók az Országos Mentőszolgálatot hívták az érvényben lévő járványügyi protokoll szerint. A panaszos hozzátartozó ekkor érkezett meg és értesült a pozitív teszteredményről és a mentőszolgálat hívásáról. A válaszhoz csatolt eseménynapló részletben a következő bejegyzés szerepel: „NÉV: (...) Antigén gyorstesztje pozitív lett! O2Sat.: 89%, doktorúr kérésére OMSZ értesítve. 11,30-kor elszállították. Hozzá tartozó értesítve.”

2022. január 7-én délután az ellátott betegszállítóval érkezett vissza az intézménybe, az ugyancsak csatolt eseménynapló bejegyzése szerint: „NÉV: (...) 16,20-kor betegszállítók meghozták, állapota kielégítő. 43-as szobába helyezve. (...) Mindkét sarka frissen át van kötve nem nyúltunk hozzá.”

Az ellátottal érkezett zárójelentésben a sarkakon található felfekvés nem szerepel. Az Otthon érvényben lévő intézményi protokollja szerint a részlegvezető minden új, a kórházi kezelés alkalmával keletkezett bőrelváltozásról, felfekvésről feljegyzést készít. A válaszhoz mellékelt jegyzőkönyvrészlet a következőket tartalmazza: „NÉV (...) 2022.01. 07-én pénteken délután érkezett vissza az intézménybe kórházi kezelés (Covid) után. A lakó sürgősségi ellátás után a PTE Pulmonológia Osztályára került. Mindkét sarkán friss kötés volt látható. Kibontás után nagy kiterjedésű, mély, (IV-es st.) váladékozó decubitust észleltünk. A seb állapotából adódóan kezdetben szükséges a sebet naponta kötni.”

3. Az érintett Klinika elnökének tájékoztatása

A Klinika elnöke az egészségügyi dokumentáció megküldése mellett, megküldött kérdéseimre a következőkről tájékoztatott a kérdések sorrendjében:

- Adtak-e tájékoztatást a hozzátartozóknak arról, hogy a beteg higiéniájának biztosításával kapcsolatban mely feladatok ellátását kell a hozzátartozóknak biztosítani? Olyan (magatehetetlen) páciens esetében, akinek nincsen hozzátartozója vagy nem látogatják, ki látja el ezen feladatokat (hajzat, arcszőrzet, köröm ápolás)?

A válasz értelmében a beteg ellátásának ideje alatt érvényben lévő látogatási tilalom és az izoláció következtében a beteg nem volt látogatható, így a fenti higiénés feladatok ellátása az alapápolás részét képezte. *A hajzat, körömápolás és arcszőrzet rendbe tétele a szakdolgozók leterheltségének függvényében történik ilyenkor.* Mivel a beteg higiéniájának

biztosításával kapcsolatos feladatok ellátását csak az ápolók tudták kivitelezni a látogatási tilalom miatt, ezért nem történt kifejezett tájékoztatás a higiénés feladatok ellátásáról.

- Hány alkalommal és milyen hosszán került sor korlátozásra (fizikai, kémiai, biológiai vagy pszichikai módszerekkel)?

Fizikai korlátozás:

- KEK: 1 alkalommal (2021. 11. 30.), az időtartam nem ismert.
- I. sz. Belgyógyászati Klinika Pulmonológiai Osztály: 7 alkalommal, az időtartam nem ismert.

Kémiai korlátozásra nem került sor, zavartság miatt a korábban is szedett gyógyszereit kapták, melyeket már a kórházba kerülés előtt is szedett.

- Fizikai korlátozás esetén milyen módon rögzítették a beteget? Alkalmazzák-e négy végtagos rögzítést?

- KEK: Falhoz tolt ágyra ágyrács került felhelyezésre, egyéb fizikai korlátozást, négy végtagos rögzítést nem alkalmaztak.

- I.sz. Belgyógyászati Klinika Pulmonológiai Osztály, egy vagy mindkét kar rögzítése fordult elő, négy végtagos rögzítést itt sem alkalmaztak.

- 2021.12.20.: kétvégtagi rögzítés indokolt, kezei rögzítve
- 2021.12.21.: kétvégtagi rögzítés indokolt, kezei rögzítve
- 2021.12.22.: kezei rögzítve
- 2021.12.23.: karjai rögzítve
- 2021.12.24.: bal karja rögzítve
- 2021.12.25.: egyik keze rögzítve
- 2021.12.28.: bal karja rögzítve

- Mi volt az egyes korlátozások konkrét oka?

- KEK: Annak biztosítása, hogy a beteg ne essen le ismételt az ágyról.

- I.sz. Belgyógyászati Klinika Pulmonológiai Osztály: A beteg kikötözését azért rendelték el a kezelőorvosok, mert a beteg hypoxiája miatt zavart volt és levette az O2 maszkot.

- A beteg Infektológiára majd Pulmonológiára történt felvételekor rögzítésre került-e a beteg lábán seb, sérülés?

- KEK: Nem került sérülés rögzítésre.

- I.sz. Belgyógyászati Klinika Pulmonológiai Osztály: A felvételkor nem került dokumentálásra seb, de később decubitus miatt történt sebellátás.

- Rendelkezésre állt-e működő nővérhívó, jelzőcsengő a beteg ellátási helyeül szolgáló ágyak mellett?

Az ágyak mellett rendelkezésre áll nővérhívó, jelzőcsengő.

- Hány ápoló dolgozott (volt fizikailag jelen) az Infektológiai Osztályon a beteg leesésekor (2021. november 30. hajnal)? Egy ápolóra hány beteg jutott, akire figyelnie kellett?

2021.11.30 nappal a T2 osztályon 4 fő ápoló (12 órában) és 2 fő kirendelt hallgató (1 fő 8 órában, 1 fő 12 órában) dolgozott.

2021. 11.30 éjjel a T2 osztályon 4 fő ápoló (12 órában) és 1 fő kirendelt hallgató (12 órában) dolgozott.

2021. november 30-án a T2 osztályon 27 beteget láttak el. (3 órás zsilipenként történik az ellátás)

A tájékoztatás szerint 1 ápolóra adott zsilip esetén 13-14 beteg jutott az adott műszakban.

4. Az NNK vizsgálata

Az ügyben a panaszos korábban kérte az NNK eljárását az édesapja ellátása megfelelőségének vizsgálata tekintetében. A kivizsgálás eredményeképpen megküldött tájékoztató levél mások mellett az alábbiakat tartalmazta:

Panaszbejelentés:

- Panaszos kifejezetten jelezte az intézménynek, hogy édesapja ágyára szükséges ágyrácsot tenni a leesés veszély miatt, az otthonban is van az ágyán.
- Panaszos 2021. december 17-én 15 percre bemehetett az édesapjához, ekkor képeket is készített róla. Az alábbi állapotleírás szerepelt a panaszban: Fürdetve, borotválva nem volt, mindkét lába bokáig bekötve, *kezeit kikötötték*, melynek okát nem értették a hozzátartozók.
- Az is szerepelt a panaszban, hogy a hozzátartozók leleteket kértek, de azokat „nem adták ki”.

A Klinika válasza a kifogásokra

Az infektológiai ellátás tekintetében:

- Van ágyrácsuk, azonban minden ágyhoz sajnos nem rendelkeznek megfelelő ágyráccsal, nagyon sok idős, elesett állapotú beteg ápolása során időnként ezért előfordulhat, hogy nem tudnak minden beteg számára ágyrácsot biztosítani.
- A beteg távozását követően az elkészült zárójelentést – ami minden leletet tartalmazott – postán küldték meg a megadott címre.

A tüdőgyógyászati ellátás tekintetében:

- A beteg kikötözését azért rendelték el a kezelőorvosok, mert a beteg hypoxiája miatt zavart volt és levette az O2 maszkot.
- A beteg bokáin a kötés a tartós fekvő státusz miatti decubitus prevenció okán volt fenn.

Infektológiai szakfelügyelő főorvos szakvéleménye:

- A kórlap szerint a beteget mosdatták. Borotválva nem volt. Covid Járványosztályon a magatehetetlen beteg borotválása valóban nehezen megoldható. Nővér, orvos nem kötelezhető, fodrászt a járvány miatt nem lehet beengedni. A gyakorlat szerint ezt a hozzátartozó szokta elvégezni. Ez nem történt meg.
- A rács hiányára vonatkozó kifogást az ellátó osztály vezetője elfogadta. Megoldás lehetett volna a beteg kezeinek kikötése, de a hozzátartozó ezt a gyakorlatot is kifogásolta a későbbi ellátás során.
- Az osztályok a betegellátást zárójelentéseken rögzítették, melyeket a hozzátartozó megkapott.

Ápolásszakmai szakvélemény:

- Megállapítja, hogy a Minimumrendelet 4. sz. mellékletében meghatározott ápolási dokumentáció tartalmi elemeinek kötelező minimuma a fekvőbeteg-szakellátást nyújtó egészségügyi intézményekben meghatározottakhoz képest az ápolási dokumentációban komoly hiányosságokat tapasztalt, több nap dokumentációja teljesen (!) hiányzik és a meglévő dokumentációk is hiányosak.
- Az ágyról leesés és körülményeivel összefüggésben megállapítja, hogy az ágyrács azért nem került alkalmazásra, mivel nem volt szabad ágyrács, amely nem tekinthető ápolásszakmai hibának, a Minimumrendelet az osztály tárgyi minimumfeltételei között nem tartalmazza ágyanként az ágyrácsot.
- A felülfertőzés nem az ápolásszakmai hiányosság következményeként alakulhatott ki.
- A beteg papír alapú ápolási lapján nem megfelelő a javítás, a kisatírozás nem felel meg a dokumentáció javítására vonatkozó jogszabályi rendelkezéseknek.
- A szakvélemény hosszasan sorolja a dokumentációs hiányosságokat (pl. ápolási tevékenységek dokumentációja a KEK-en egyszer se került rögzítésre) és szabálytalanságokat (pl. a Pulmonológiai Osztályon az ápolási tevékenységeknél az ápolási kategória következetlen, naponta össze-vissza változik; a korlátozásoknak nincs dokumentálva az oka, kezdete, vége, illetve a betegmegfigyelés eredményei sem).
- Összegzésképpen ugyanakkor megállapítja, hogy a panaszbejelentésben kifogásolt ápolásszakmai hibákat, a meglévő ápolási dokumentációk alapján nem tartja megalapozottnak.

Az NNK a rendelkezésére álló dokumentumok, valamint szakfelügyeleti vizsgálatok eredményei alapján arról tájékoztatta panaszost, hogy a beteg orvosszakmai szempontból az egészségi állapotának megfelelő ellátást kapta a megfelelő időben, és ellátása során ápolást érintő hiányosság nem merült fel. *Megállapítja ugyanakkor, hogy az ápolási dokumentáció rendkívül hiányos, nem a vonatkozó jogszabályok szerint vezetett, emiatt a Beteg ellátása ápolási szempontból csak részben rekonstruálható.* Fentiek miatt a panaszt részben megalapozottnak találta a dokumentációs hiányosság miatt, és a klinikával szemben a szükséges intézkedéseket – külön eljárás keretében – megteszi, a panasz kivizsgálását lezártnak tekinti.

A vizsgálat megállapításai

I. A hatáskör tekintetében

Az alapvető jogok biztosának feladat- és hatáskörét, valamint az ezek ellátásához szükséges vizsgálati jogosultságokat az Ajbt. határozza meg. Az Ajbt. 18. § (1) bekezdése szerint az alapvető jogok biztosához bárki fordulhat, ha megítélése szerint hatóság tevékenysége vagy mulasztása alapvető jogát sérti vagy annak közvetlen veszélyével jár, feltéve, hogy a rendelkezésre álló közigazgatási jogorvoslati lehetőségeket – ide nem értve a közigazgatási határozat bírósági felülvizsgálatát – már kimerítette, vagy jogorvoslati lehetőség nincs számára biztosítva.

Az Ajbt. 18. § (1) bekezdés 1) pontja és a 18. § (2) bekezdésének e) pontja alapján az alapvető jogok biztosá által vizsgálható *hatóságnak*, ezen belül *közszolgáltatást végző szervnek* minősül 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 a *közszolgáltatást végző szervek körébe tartoznak az egészségügyi intézmények, szociális otthonok amelyekre az ombudsman vizsgálati jogosultsága – az Ajbt. hatásköri szabályai értelmében – egyértelműen kiterjed.*

II. Az alapvető jogok és alkotmányos elvek tekintetében

Az alapvető jogok biztosa egy adott társadalmi probléma mögött álló összefüggésrendszer 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 alapjog-korlátozás 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”*. Az Alkotmánybíróság a 13/2013. (VI. 17.) AB határozatában azt emelte ki, hogy az adott határozatban vizsgált törvényi rendelkezések esetében az Alaptörvény Negyedik Módosítása alapján jár el a korábbi alkotmánybírósági határozatokban foglaltak felhasználhatóságát illetően. A testület ennek kapcsán elvi érveléssel mondta ki azt, hogy *„az Alkotmánybíróság a hatályát veszített alkotmánybírósági 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 jobbiztonság 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., III. és IV. cikkében, foglaltakat a Magyar Köztársaság Alkotmányáról szóló 1949. évi XX. törvény 2. § (1) bekezdésének, 54. § (1) és (2) bekezdésének és 55 § (1) bekezdésének szövegével, akkor az állapítható meg, hogy a jelen vizsgálat tárgyát képező alapvető jogok és a jogállamiság elve tekintetében nem hoz olyan változást az Alaptörvény szövege, mely a korábbi alkotmánybírósági gyakorlat elvetését, tartalmi átértékelését alátámasztaná. Így elvi megállapításaim megfogalmazása, az alapjogok és az alkotmányos elvek értelmezése során egyaránt irányadónak tekintem az Alkotmánybíróság által az Alaptörvény hatályba lépését megelőzően és az azt követően meghozott határozataiban, azok indoklásában kifejtett megállapításokat

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 *jobbiztonság*. 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 alkotmánybíróági gyakorlat relevánsnak tekinthető a vizsgálat során. Az Alkotmánybíróóság 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 védelmével*, mintegy 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 alkotmánybíróági 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. A méltósághoz való jognak részét képezi az is, hogy minden embert másokkal egyenlő méltóságú személyként kell kezelni, vagyis az egyes emberek és embercsoportok között tilos indokolatlan, észszerűtlen különbséget tenni.

Az Alkotmánybíróóság az ember életét és méltóságát egységben szemlélte, ami azt jelenti, nem választhatók külön az ember társadalmi és biológiai dimenziójához fűzhető jogok. Az emberi méltósághoz fűződő jog az alkotmánybíróóság gyakorlatában nem a személy szubjektumától függő méltóságérzethez kapcsolódott, hanem azt jelentette, hogy a jog az életet az emberi minőséggel együtt ismeri el, és kapcsol ahhoz elidegeníthetetlen jogokat. Az *Alkotmánybíróóság szerint az emberi méltósághoz való jog a természetes személyek autonómiáját jelenti, az önrendelkezésüknek egy olyan, mindenki más rendelkezése alól kivont magja van, amelynél fogva az ember alany marad, s nem válhat eszközzé vagy tárggyá*. A méltósághoz való jognak ez a felfogása különbözteti meg az embert a jogi személyektől, amelyek teljesen szabályozás alá vonhatók, nincs érinthetetlen lényegük.

Az Alkotmánybíróóság 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*. E határozatban hívta fel a figyelmet arra is, hogy az önrendelkezési jog – mint az összes különös személyiségi jog – az egyén autonómiáját, az egyéni döntés szabadságát védi. Az Alkotmánybíróóság 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 – levezethetőek 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 alkotmányos 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 helyzetüknél 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*.

2.1 Az állam intézményvédelmi kötelezettsége

Az Alaptörvény II. cikke alapján az emberi méltóság sérthetetlen, minden embernek joga van az élethez és az emberi méltósághoz. Az Alaptörvény I. cikk (1) bekezdése alapján az ember sérthetetlen és elidegeníthetetlen alapvető jogait tiszteletben kell tartani, védelmük az állam elsőrendű kötelezettsége. A több mint két évtizedes alkotmánybírósági gyakorlat alapján állami szemszögből létezik az alapjogoknak egy objektív intézményvédelmi oldala: az egyén szubjektív (alanyi) jogának biztosításával, védelmével, érvényesülésével összefüggő tágabb értelemben vett pozitív állami kötelezettségeket összefoglalóan objektív állami intézményvédelmi kötelezettségnek nevezzük. Az objektív intézményvédelmi kötelezettség a negatív és pozitív állami kötelezettségekhez képest komplementer jellegű, vagyis feltételezi a szubjektív jog meglétét. Lényeges azt is leszögezni, hogy az állami intézményvédelmi kötelezettség tipikusan nem keletkeztet az egyén oldalán alanyi jogokat, és az egyén részéről nem is kényszeríthető ki. Az Alkotmánybíróság töretlen és álláspontom szerint továbbra is irányadó megállapítása szerint az állam részéről garanciális feladatai ellátásához szükséges, hogy az egyes alanyi alapjogok biztosítása mellett az azokkal kapcsolatos értékeket és élethelyzeteket nemcsak önmagukban, az egyes egyedi igényekhez kapcsolódóan védje, hanem a többi alapjoggal összefüggésben kezelje. Az intézményvédelmi kötelezettségnek a testület szerint az alapjogokhoz kapcsolódó értékekre is ki kell terjednie. Az alapjog jogosultjai, valamint az állam különböző szempontjai és feladatai miatt az alapjog alanyi jogi, illetve objektív oldala nem feltétlenül fedi egymást. Az állam a szubjektív alapjog által védett körön túlmenően is meghatározhatja ugyanazon alapjog objektív, intézményes védelmi körét. Az Alkotmánybíróság megállapította azt is, hogy az életvédelmi kötelezettség – bár az alaptörvény külön nem nevesíti – azonban a korábbi Alkotmány 8. § (1) bekezdésének és az 54. § (1) bekezdésének együttes értelmezéséből következik. Az állam elsőrendű és alapvető fontosságú kötelezettsége az emberi élet védelme: nemcsak egyedi szinten, hanem általában az emberi életet és létfeltételeket kell védenie. Az állam objektív életvédelmi kötelezettsége az Alaptörvény I. cikk (1) bekezdésének, illetve a II. cikkének együttes értelmezéséből továbbra is levezethető.

Az állam az egyes emberek élethez való alanyi jogát nem sértheti meg. A szubjektív alapjoggal kapcsolatban ugyanakkor az állam kötelezettsége arra is kiterjed, hogy annak védelméről jogalkotással és szervezési intézkedésekkel gondoskodjék.

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 szolgaságban 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:

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

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.

4. Az Alaptörvény IV. cikke – az Alkotmány 55.§-al lényegében azonos megszövegezésben – deklarálja a személyi szabadsághoz és biztonsághoz való jogot, mely szerint mindenkinek joga van a szabadságra és a személyi biztonságra, senkit nem lehet szabadságától másként megfosztani, csak a törvényben meghatározott okból és a törvényben meghatározott eljárás alapján.¹

A 61/1991. (XII. 21.) AB határozat kimondta, hogy az Alkotmány csak úgy teszi lehetővé a törvényhozó számára a szabadságelvonás okainak és az azzal kapcsolatos eljárásának a szabályozását, ha ez a szabályozás nem korlátozza szükségtelenül vagy az elérni kívánt alkotmányos célhoz képest aránytalan mértékben a személyes szabadsághoz való jogot. Az Alkotmány és az Alaptörvény is nemcsak formai, hanem *tartalmi akadályokat* is állít a személyi szabadsághoz való jog korlátozása elé. A személyi szabadságtól való megfosztásnak, mint a személyi szabadsághoz való jog legjelentősebb korlátozásának *három átfogó feltétele* van:

- a) A szabadságtól való megfosztásnak az Alkotmányban szereplő formai követelményeknek megfelelő jogi szabályozáson kell alapulnia.
- b) A szabadságtól való megfosztásról rendelkező jogi szabályozásnak meg kell felelnie a szintén az Alkotmányban meghatározott szükségességi és arányossági kritériumoknak.
- c) Szabadságtól való megfosztás esetén érvényesülnie kell a további Alkotmányban előírt többletkövetelménynek (a bíró elé állítás és részgaranciái, a kár megtérítése).

¹ Az Alkotmány Kommentárja II., Szerk.: Jakab András, Századvég Kiadó, Budapest 2009.; 1954, 1966. o.

A 36/2000. (X.27.) AB határozat az Emberi Jogok Európai Egyezményére történő hivatkozással elvi érveléssel rögzítette, hogy „az ön és közveszélyesség oka lehet a személyi szabadság korlátozásának” azzal, hogy eljárási garanciákkal fokozottan biztosítani kell, hogy a szabadságkorlátozás ne lehessen önkényes, csak a szükséges mértékű legyen és csak a szükséges ideig tartson.

Az Alkotmánybíróság 3238/2022. (V. 18.) AB határozatában megerősítette, hogy a fenti szempontokat az Alaptörvény hatálybalépést követően is irányadónak tekinti.

III. Az ügy érdeme tekintetében

1. Az Otthon eljárása

Az Otthon vezetőjének beszámolója és a rendelkezésemre álló dokumentumok alapján megállapítható, hogy a mentőszolgálat értesítése, panaszos édesapjának fekvőbeteg-szakellátó intézménybe szállítása indokolt volt, a hozzátartozó érkezése és panaszos édesapjának kórházba szállítása időben közel esett egymáshoz, így nem aggályos, hogy a panaszossal a jelenléte alkalmával személyesen ismertették édesapja állapotát és az azzal összefüggésben tett intézkedéseket.

Az Otthon eljárását ért kifogásokkal összefüggésben vizsgálatom nem igazolt alapvető joggal összefüggő visszasságot.

2. A Klinika eljárása

A beteg alapvető testhigiénéjének biztosítása

Amint azt 'Az ápolástudomány tankönyve'² a higiénés betegápolás című fejezetében a személyi higiénével összefüggésben rögzíti: a személyi higiéné az alapvető emberi szükségletek közé tartozik. A személyi higiéné területei a bőr, a haj, az arc (szájüreg, fogak, szem, orr, fül), a kéz, a láb, a genitália ápolása. Amennyiben az önellátás akadályokba ütközik, az egyén higiénés szükségleteinek biztosítása zavart szenved, így annak kielégítésében segítségre szorul. Kórházi körülmények között az ápoló segít e higiénés szükségleteinek kielégítésében.

A bőr ápolása során az ápoló növeli a beteg komfortérzetét, kiküszöböli a testszagot, serkenti a vérkeringést és ezzel egyúttal akadályozza a felfekvés kialakulását.

A fürdetés módját leginkább a beteg aktuális állapota határozza meg. Az önellátásra képtelen beteg esetében a szakirodalom szerint³ a higiénés ápolást az ápolónak kell biztosítani, komplett ágyban fürdetés történik, ami mellett oda kell figyelni továbbá az immobilizációs szindróma szövődésének (pl. felfekvések) megelőzésére is. (Az ágyban való mosdatást – ugyancsak a szakirodalom szerint – akkor alkalmazzák, amikor a beteg részben el tudja látni magát és bizonyos testrészek tisztításához igényel csak segítséget. A konkrét esetben ugyanakkor a beteg önellátásra képtelen állapotú volt.)

A kéz és láb körmének ápolását ugyancsak az ápolónak szükséges biztosítani önellátásra képtelen beteg esetében, mint ahogyan a szájápolást, fogmosást, valamint a haj és a szőrzet ápolását (haj fésülése, hajmosás, borotválás) is.

² Az ápolástudomány tankönyve, Szerk.: Dr. Oláh András, Medicina Könyvkiadó Zrt, Budapest, 2012.

³ Az ápolástudomány tankönyve, Szerk.: Dr. Oláh András, Medicina Könyvkiadó Zrt, Budapest, 2012., 412.

Az ápoló önálló funkciói közé tartozik a higiénés szükségletek felmérése és ezek szükség szerinti kielégítése.⁴

Tekintettel azonban arra, hogy az ellátás során a KEK-ban (2021. november 29. és december 15. közötti időszak) nem került rögzítésre ápolási terv, továbbá ápolási anamnézis és ápolási tevékenységek sem, így az ápolási események megtörténte nem bizonyítható.

A jogszabályi előírásokkal ellentétes dokumentáció-vezetés, jelen esetben a dokumentációvezetés elmaradása, illetve hiányosságai a jogállamiság elvéből következő jogbiztonság követelményével összefüggő visszásságot valósít meg.

Amennyiben a fenti ápolási feladatok elvégzése elmaradt, úgy a fekvőbeteg intézményben ellátásra szoruló beteg vonatkozásában sérül a mindenkit megillető emberi méltósághoz való jog.

A Klinika válaszában megjelölt ápoló-beteg arány az Infektológiai Osztályon (1:13-14) rendkívül magas leterheltséget jelentett az ápolók számára⁵, amely felveti annak kérdését, hogy az állam intézményvédelmi kötelezettsége – a keretszámok és a személyi/tárgyi feltételek fennállása – vonatkozásában megfelelő módon biztosítja-e a betegek jogainak érvényesülését.

2.2. Az egészségügyi dokumentáció megismerése

Panaszos kifogásolta, hogy édesapja ellátása során meg szeretnék volna kapni a Klinikai leleteit, azonban azokat nem adták ki. Ezzel összefüggésben az NNK panaszvizsgálása nem állapított meg hibát. A vizsgálatot végző szerv álláspontja szerint az intézmény teljesítette az egészségügyi dokumentáció rendelkezésre bocsátását azzal, hogy a beteg elbocsátásakor a zárójelentést postázta a beteg címére.

A betegnek és vagy törvényes képviselőjének, valamint a beteg által felhatalmazott személynek a kezelés alatt is lehetősége van az egészségügyi dokumentációba való betekintésre, másolat készítésére az alábbiak szerint.

Az Eütv. vonatkozó rendelkezései szerint amennyiben a beteg cselekvőképes, úgy az adott betegségével kapcsolatos egészségügyi ellátásának ideje alatt az általa meghatározott személyt írásban *felhatalmazhatja*⁶ a rá vonatkozó egészségügyi dokumentációba való betekintésre, illetve arra, hogy azokról másolatot készítsen, készíttessen.

Amennyiben a páciens cselekvőképtelen (az Eütv. fogalom meghatározása szerint⁷ a cselekvőképtelen állapotban lévő páciens is cselekvőképtelennek számít) úgy a helyettes döntéshozója jogosult a páciensre vonatkozó egészségügyi dokumentációba való betekintésre, illetve arra, hogy azokról másolatot készítsen, készíttessen. A helyettes döntéshozóval kapcsolatban az Eütv. 16. §-a a következő szabályt tartalmazza: a cselekvőképes beteg – ha e törvény eltérően nem rendelkezik – közokiratban, teljes bizonyító erejű magánokiratban vagy – írásképtelensége esetén – két tanú együttes jelenlétében megtett nyilatkozattal megnevezheti azt a cselekvőképes személyt, aki jogosult helyette a beleegyezés, illetve a visszautasítás jogát gyakorolni, illetve, akit a 13. § alapján tájékoztatni kell.

Amennyiben a beteg cselekvőképtelen és nincs korábban, még cselekvőképes állapotában érvényesen kinevezett nyilatkozattételre jogosult személy, a beleegyezés és a

⁴ Az ápolástudomány tankönyve, Szerk.: Dr. Oláh András, Medicina Könyvkiadó Zrt, Budapest, 2012., 411.

⁵ A COVID ellátásról született tanulmányok 1:5-6 főben jelölik meg a biztonságos ápoló beteg arányt az intenzívosztályon kívül.

⁶ Az ellátás ideje alatt a hatályos Eütv. nem meghatalmazást, csak írásos felhatalmazást kér, azaz nem kell teljes bizonyító erejű magánokirati formában tenni.

⁷ Eütv. 3. § t) pont.

visszautasítás jogának (korlátozott) gyakorlására – a megjelölt sorrendben az alábbi személyek jogosultak:

A vele együttélők, a törvényben meghatározott sorrend szerint, vagy ilyen hozzátartozó hiányában a beteggel közös háztartásban nem élő hozzátartozók az ugyancsak a törvény által meghatározott sorrendben, első helyen a cselekvőképes gyermeke.

A dokumentációba való betekintés, másolatkészítésre vonatkozó igény felmerülésekor a hozzátartozót/pácienszt a fentiekről szükséges tájékoztatni, hogy ennek megfelelően tudja a jogait érvényesíteni.

3. Az NNK eljárása

Az NNK panaszvizsgálási eljárását záró tájékoztató levél tartalma alapján a következők állapíthatóak meg:

A dokumentáció kettős funkciója: garancia és kimentési eszköz

Az egészségügyi dokumentációnak kiemelt jelentősége van. Ez alapján ítéltető meg ugyanis utóbb bizonyíthatóan az ellátás megfelelősége és a betegjogok érvényesülése is. A megfelelő dokumentáció⁸ hiányában, panasz esetén nehézkes alátámasztani az ellátás megfelelőségét. Kétséges, vagy vitás helyzetben általában nyilatkozik az egészségügyi személyzet és a panaszos is. Így az esetleg ellentmondó állítások esetén a hatóság kizárólag a dokumentumok alapján tud dönteni, ellenkező esetben nem világos, hogy milyen alapon adna nagyobb hitelt az eljárás egyik vagy másik résztvevőjének.

Nagyon fontos továbbá elkülöníteni egymástól az egészségügyi dokumentáció elemeit az utólag bekért nyilatkozatoktól. Az utólag az ellátó személyzettől bekért nyilatkozatok nem helyettesítik a jogszabályban előírt kötelezően vezetendő nyilvántartásokat.

Korlátozó intézkedés alkalmazása az érintett személy alapjogainak korlátozását is jelenti, a korlátozás indokoltságának, jogszerűségének megítélése azonban kizárólag a megfelelő, az ellátás folyamatát tükröző és a dokumentációra vonatkozó szabályok maradéktalan betartásán alapuló dokumentáción keresztül valósulhat meg objektív módon.

Az NNK által lefolytatott szakfelügyeleti eljárások során számos esetben találkozhatunk azzal, hogy megállapítják a dokumentáció hiányosságát, majd emiatt külön közigazgatási eljárásban figyelmeztetik a szolgáltatót. Ugyanakkor a panaszra vonatkozóan nem tudnak érdemi megállapításokat tenni – tekintettel éppen arra, hogy a dokumentációs hiányosságok miatt egyes elemek „nem rekonstruálhatóak” – vagy éppen ellenkezőleg: megállapítják az egészségügyi és szakmai szabályoknak történő megfelelést úgy, hogy az voltaképpen nem támasztható alá a dokumentációval annak hiányosságai miatt.

A fentiekkel összefüggésben jeleznem szükséges, hogy több esetben néhány elem ugyan dokumentált, így önmagában megfelelő ellátási elemeket támaszt alá, azonban, ha az ellátás folyamata nem rekonstruálható teljes egészében megfelelően a dokumentáció alapján (pl. gyógyszer beadás/bevétel, korlátozás, ápolási tevékenységek rögzítésének hiánya), úgy az esetlegesen dokumentált elemekből és az ellátók utólagos nyilatkozataiból az egészségügyi

⁸ A dokumentációvezetés alapvető szabályait az Eütv. 136-137. §-a tartalmazza, az ápolási dokumentációra vonatkozó szabályok pedig a Minimumrendelet 4. mellékletében rögzítettek.

ellátás egészének megfelelőségére vonatkozó következtetés – álláspontom szerint – nem vonható le megalapozottan.

A kizárólag a dokumentációvezetés hiányosságait megállapító szakvélemény gyakran az adott ellátásra vonatkozó egészségügyi jogszabály érvényesülését is kérdésessé teszi egyúttal, amely szakvélemény így – tehát a bizonyíthatóság hiányában – alkalmas lehet számos, az ellátórendszerben fennálló hiányosság és jogsérelem elfedésére.

Jelen esetben is az történt, hogy *az ápolási dokumentációvezetés nagyfokú hiányosságait állapította meg az ápolás-szakfelügyeleti vizsgálat, a szakfelügyelő rögzítette is, hogy több nap teljes ápolási dokumentációja hiányzik és a meglévő dokumentáció is hiányos.* A szakfelügyelő azt azonban rögzítette, hogy csak a meglévő dokumentációra tud hivatkozni, és az ápolásszakmai hibákat csupán a meglévő dokumentáció alapján tudta megítélni, *a meglévő dokumentáció alapján azonban nem tartja megalapozottnak a panaszt.*

A korlátozó intézkedésekkel összefüggésben ugyancsak azt tudta megállapítani a vizsgálat, hogy a *dokumentálás hiányos*, nem derül ki a korlátozó intézkedések kezdete és vége, és a betegmegfigyelés eredményei sem. A *korlátozás elrendelésének indoka is hiányosan dokumentált.* A legtöbb esetben annyi került feltüntetésre valamelyik dokumentumban, hogy a beteg „zavart”. Ugyanakkor a jogszabály – amint azt a következő pontban részletesen kifejtem – a beteg vagy mások élete, testi épsége és egészsége védelmében lehetővé teszi korlátozó intézkedés alkalmazását, így a dokumentációba minden esetben azt kell bevezetni, hogy a beteg zavartsága a konkrét esetben *milyen módon veszélyezteti* a saját vagy mások életét, testi épségét és egészségét.

Mindezek hiányában a korlátozó intézkedések alkalmazásának jogszerűsége nem támasztható alá kétséget kizáróan, amely így a személyes szabadsághoz való joggal összefüggő visszasság lehetőségét alapozhatja meg.

A szabályszerű dokumentációvezetés tehát kiemelt jelentőségű mind az ágazati/szolgáltatói megfelelés (compliance) és kockázatkezelési szempontok, mind pedig az ellátás alapvető emberi jogi vonatkozásai, továbbá a felelősségi kérdések utólagos vizsgálhatósága szempontjából.

4. Korlátozó intézkedés alkalmazása

A korlátozó intézkedések alkalmazásának kérdése általában a pszichiátriai ellátást igénybevevők esetében merül fel. A hazai szabályozás részletesen rögzíti a pszichiátriai betegek gyógykezelésével foglalkozó X. fejezetében, valamint egy külön rendeletben⁹ ennek részletszabályait, és garanciarendszerét.

A nem pszichiátriai osztályon ápolott betegek korlátozásáról kevesebb szó esik, annak szabályozása kevésbé részletes, arról mindössze az Eütv. 10. §-a rendelkezik az alábbiak szerint:

- Korlátozás csak az érintett egészségi állapota által *indokolt ideig*, – törvényben meghatározott – *mértékben és módon* alkalmazható.
- A személyes szabadság korlátozása *kizárólag sürgős szükség esetén*, illetve *a beteg vagy mások élete, testi épsége és egészsége védelmében* történhet.

⁹ A pszichiátriai betegek intézeti felvételének és az ellátásuk során alkalmazható korlátozó intézkedések szabályairól szóló 60/2004. (VII. 6.) ESzCsM rendelet

- Kínzó, kegyetlen, embertelen, megalázó vagy büntető jellegű korlátozó intézkedést *tilos* alkalmazni.
- A korlátozó intézkedés *csak addig tarthat*, ameddig az elrendelés oka fennáll.
- Fő szabály szerint *a kezelőorvos rendelheti el*, és a kezelőorvosnak kell rögzítenie az egészségügyi dokumentációban a korlátozó módszereket vagy eljárásokat, megjelölve azok indítékát és alkalmazásuk időtartamát.
- A korlátozást *kivételesen indokolt esetben, ideiglenesen* szakápoló is elrendelheti szakorvosi felügyelet hiányában, azonban a kezelőorvost haladéktalanul értesíteni kell, akinek a korlátozó intézkedést 16 órán belül jóvá kell hagynia, ennek hiányában a korlátozó intézkedést meg kell szüntetni.
- Korlátozó módszerek és eljárások alkalmazása esetén a beteg állapotát és testi szükségleteit *rendszeresen ellenőrizni kell*.
- A beteg *egészségügyi dokumentációjában* az ellenőrzés tényét és eredményét is fel kell tüntetni.

Fentiekből valamint az Alaptörvény alapjogok korlátozására vonatkozó I. cikk (3) bekezdése alapján (mások mellett) az alábbi, *alapjogi szempontból releváns következtetések* vonhatók le:

- korlátozást csak legvégső esetben lehet alkalmazni, amíg pl. pozitív intézkedésekkel (a leesés megakadályozása a megfelelő, leesésgátlóval ellátott, de a beteg mozgásszabadságát nem gátló betegágy alkalmazásával) megvalósítható a korlátozással elérni kívánt cél, addig nem kerülhet sor a korlátozás alkalmazására.
- a szükségesség-arányosság elvének érvényesülnie kell az egyes elrendelt korlátozások esetében, vagyis megköveteli annak áttekintését, hogy van-e olyan kevésbé korlátozó intézkedés, amellyel el lehet érni a kívánt célt.
- a korlátozó intézkedés semmilyen körülmények között nem lehet kínzó, kegyetlen, embertelen, megalázó vagy büntető jellegű.

A korlátozó intézkedések célja, hogy a személy mozgás vagy cselekvési szabadságát korlátozza, ezért alkalmazásuk minden esetben a beteg autonómiájának, önrendelkezési jogának a felülírását jelenti, így emberi jogi kérdésként is értékelendő.

A korlátozásnak nem szükségképpen attribútuma a fizikai erő alkalmazása vagy az érintett személy ellenállása, hanem az közvetett beavatkozás formájában is megvalósulhat (pl. ha a személyzet elveszi az érintett járókeretét, aki csak azzal képes mozogni, ez a cselekmény is korlátozásnak minősül.)¹⁰

A korlátozó intézkedés fenti meghatározásából kitűnik, hogy az fogyatékoság- semleges, azaz nemcsak a pszichiátriai szolgáltatást igénybevevőkre és pszichoszociális fogyatékosággal élőkre alkalmazható, hanem adott esetben bármely betegre.

A korlátozással érintett csoportok szempontjából vizsgálva a korlátozási indokok kérdését *a mindenkire vonatkozó fő korlátozási ok* a terápia kivitelezése, jellegadó különbség ugyanakkor, hogy míg a pszichiátriai ellátás szolgáltatást igénybevevők esetében a vezető korlátozási indok jellemzően az agresszivitás hatástalanítása, addig *a pszichiátriai osztályon kívül korlátozott betegek esetében* a balesetek (pl. el/le esés) megelőzése. A korlátozás

¹⁰ Human rights framework for restraint: principles for the lawful use of physical, chemical, mechanical and coercive restrictive interventions, <https://www.equalityhumanrights.com/sites/default/files/human-rights-framework-restraint.pdf> (Nagy-Britannia „A” státuszú nemzeti emberijogi intézményének, az Equality and Human Rights Commission kiadványa)

indokának tudatos átgondolása ugyanakkor elkerülhetetlen, hiszen csak a pontosan meghatározott „cél” nevesítése mellett lehetséges a korlátozás alternatívájáról gondolkodni.

A fentiekkel összefüggésben nagyon fontos elkülöníteni egymástól a kezelés elutasítására vonatkozó ráutaló magatartást és az akaratlan, így akár agresszív, sőt az egészségre káros cselekedeteket.

Amennyiben a beteg cselekvőképessége megtartott, úgy bizonyos kezelések, beavatkozások ráutaló magatartással történő elutasításának felmerülése esetében (pl. infúzió kihúzása, oxigénmaszk eltávolítása) szükséges tisztázni a beteggel – a megfelelő tájékoztatás megadása mellett –, hogy kívánja-e az adott beavatkozást, mivel az önrendelkezési joga gyakorlása keretében a beteg szabadon döntheti el, hogy kíván-e egészségügyi ellátást igénybe venni, illetve annak során mely beavatkozások elvégzésébe egyezik bele, illetve melyeket utasít vissza.

Amennyiben a beteg állapot-cselekvőképtelen, úgy az Eütv. fogalommeghatározása¹¹ szerint cselekvőképtelennek számít, amelyet az egészségügyi dokumentációban rögzíteni szükséges (a zavartság ugyanakkor nem azonos az állapot-cselekvőképtelenséggel). Az ellátás visszautasítására ilyen esetben a beteg nem jogosult, az egészségügyi döntéshozatal az alábbiak szerint alakul a hatályos jogszabályi rendelkezések alapján:

- Az invazív beavatkozások esetén, előzetes egészségügyi rendelkezésben (Eütv. 22.§) érvényesen nevezett helyettes döntéshozó hiányában vagy az Eütv. 16. §-a alapján megnevezett helyettes döntéshozó, vagy ennek hiányában a törvényi sorrend alapján megállapított helyettes döntéshozó (ld. fentebb 3. pont) jogosult dönteni, azonban nem hozhat a kezelőorvos megítélése szerint hátrányos döntést
- A nem invazív beavatkozások, kezelések esetében – előzetes egészségügyi rendelkezésben (Eütv. 22.§) érvényesen nevezett helyettes döntéshozó hiányában – gyakorlatilag a kezelőorvos dönt, nem kell az Eütv. 16.§-a szerinti helyettes döntéshozó beleegyezését kérni.
- Ha azonban tehát van a betegnek előzetes egészségügyi rendelkezésben (Eütv. 22.§) érvényesen nevezett helyettes döntéshozója, akkor Ő mind az invazív, mind a noninvazív kezelésekről dönt.

Az hogy a beteg állapot-cselekvőképtelen, nem jelenti azt, hogy az egyes szükségesnek és jótékonyak vélt beavatkozások esetében ne kellene az erőszakmentes alkalmazásra törekedni. Ezt szolgálja az a rendelkezés is, hogy az egyes ellátásokkal kapcsolatos tájékoztatás ilyen esetben is megilleti a beteget és az egészségügyi döntések meghozatalára jogosult személyt, és a beteg véleményét a lehetőségekhez mérten figyelembe kell venni.

A korlátozás durva beavatkozás a személy autonómiájába, így potenciális bántalmazáshoz és rossz bánásmódhoz vezethet. Alkalmazására kiemelt figyelmet kell fordítani és lehetőség szerint el kell kerülni, de az alkalmazási gyakoriságát és időtartamát mindenképpen a minimálisra kell szorítani. Éppen ezért rendkívül fontos, hogy az elkerülés elősegítése érdekében minden szinten intézkedések történjenek. Az Európa Tanács Kínzást és az Embertelen vagy Megalázó Bánásmódot vagy Büntetést Megelőzni Hivatott Európai Bizottság (a továbbiakban: CPT) korlátozó intézkedésekre vonatkozó előírásában¹² a következő stratégiai lépések megtételét nevesíti, melyeket a fenti egyezőségek okán a nem pszichiátriai

¹¹ Eütv. 3.§ t) pont

¹² Európa Tanács Kínzást és az Embertelen vagy Megalázó Bánásmódot vagy Büntetést Megelőzni Hivatott Európai Bizottság (CPT) felülvizsgált előírásai – 'A korlátozás módjai felnőtteknek fenntartott pszichiátriai létesítményekben', CPT/Inf(2017)6, <https://rm.coe.int/1680794127>

létesítményekben alkalmazott korlátozó intézkedésekkel összefüggésben is érvényesnek tekinthetünk: a) biztonságos és balesetmentes tárgyi feltételek biztosítása, b) megfelelő számú egészségügyi ápolószemélyzet alkalmazása, c) a személyzet folyamatos képzése a korlátozó intézkedések alkalmazásával összefüggésben d) alternatív intézkedések kidolgozása.

A korlátozó intézkedések alkalmazásával kapcsolatos általános alapelvek között kifejezetten kitérnek rá, hogy **korlátozó eszközt soha nem szabad** büntetésként használni **csak a személyzet kényelme kedvéért, vagy azért mert nincs elegendő ápoló, vagy a megfelelő ápolás vagy kezelés helyettesítésére.**

A mechanikai korlátozó eszközök alkalmazási időtartamával összefüggésben a CPT megállapítja, hogy *a korlátozó eszköz alkalmazása mindig csak a legrövidebb szükséges időtartamra szólhat*, majd ezt tovább pontosítja: **„ez általában inkább percek, mint órákat jelent”**, illetve azt is rögzíti, hogy **mechanikai korlátozás alkalmazása napokon keresztül semmivel sem igazolható**, és a CPT véleménye szerint **bántalmazást (ill-treatment) valósít meg.**

A mechanikai korlátozással érintett beteg felügyeletével összefüggésben rögzítik továbbá, hogy folyamatos felügyeletet kell biztosítani minden olyan betegnél, akit mechanikai korlátozásnak vetettek alá. A pszichiátriai intézetben alkalmazott mechanikai korlátozás esetén a személyzet egyik szakképzett tagjának folyamatosan jelen kell lennie a CPT standard szerint a helyiségben, hogy fenntartsa a terápiás szövetséget a beteggel, és segítséget nyújtson számára.

A következőkben áttekintem a korlátozó intézkedések megelőzésével összefüggésben fentebb nevesített tényezőket:

4.1 Biztonságos és balesetmentes tárgyi feltételek

A korlátozó intézkedések elkerülésének, a legkevésbé korlátozó megoldás alkalmazásának egyik garanciális kérdése a *megfelelő tárgyi feltételek rendelkezésre állása.*

A konkrét esetből kiindulva, áttekintve a korlátozás indokait az egyes esetekben, láthatjuk, hogy amennyiben *a leesés megelőzése* a cél, úgy az több módon is elérhető:

- olyan betegágyak alkalmazása, melyek kialakítása lehetővé teszi a korlátozás elkerülését
 - o állítható magasságú ágy,
 - o leesésgátlóval ellátott ágy, amely megelőzi a leesését, de nem gátolja a beteg tudatos, ágyból történő kiszállását;
- a beteg méltóságát és ágyon belüli mozgásszabadságát kevésbé korlátozó eszköz, ágyrács alkalmazása;
- a beteg kikötözése.

A beteg biztonsága és emberi méltóságához való joga biztosítása érdekében mindig az ugyanazon eredmény eléréséhez szükséges legkevésbé korlátozó megoldást kell választani.

4.2 Megfelelő számú és képzettségű ápolószemélyzet alkalmazása

A személyzet létszáma, képzettsége valamint a korlátozó intézkedések alkalmazásának gyakorisága között egyértelmű kapcsolat áll fenn.

Egy korábbi ombudsmani vizsgálat során¹³ az Egészségügyi Tudományos Tanács¹⁴ (a továbbiakban: ETT) elnöke a *nem pszichiátriai osztályon alkalmazott korlátozó intézkedések elrendelése esetén a betegeket védő garanciális szabályokról fejtette ki álláspontját*. Az Eütv. 10. § (4) bekezdés alkalmazhatóságának hatókörére vonatkozó kérdésre, valamint a beteg jogszerű korlátozásával kapcsolatban az alábbiakat emelte ki:

A cselekvőképes beteg önrendelkezési jogának tiszteletben tartása mellett az egészségügyi szolgáltatónak legalább ilyen fontos kötelezettsége, hogy a beteg életét, testi épségét megóvja, és a betegségből adódó további egészségkárosodást megakadályozza. Ezért ad lehetőséget az Eütv. 10. § (4) bekezdése arra, hogy a beteg személyes szabadsága akár a saját testi épsége és egészsége védelme érdekében is korlátozható legyen, a *szükségesség-arányosság követelményének szem előtt tartásával* és a korlátozó eszközök alkalmazására vonatkozó szakmai szabályok betartásával. *Ugyanakkor az elnök kiemelte, hogy a fizikai korlátozás sokszor kiváltható, ha elegendő szakképzett személyzet áll rendelkezésre. Így, ha a zavart betegek külön kórtermet és külön ápolót biztosítanak, az sokszor szükségtelenné teszi a fizikai vagy egyéb korlátozás alkalmazását.* Rögzítette továbbá, hogy *ha ez nem áll rendelkezésre, akkor a beteg (vagy mások) egészsége, testi épsége és élete védelme érdekében az egészségügyi szolgáltatónak nem csak joga, hanem kötelessége a korlátozó intézkedés alkalmazása.*

A fenti állásponttal egybevágnak a Magyar Ápolástudományi Társaság által kezdeményezett és koordinált „*Javaslat Nemzeti Ápolásfejlesztési Stratégia Elemeire*” című szakmai vitáirait (a továbbiakban: Szakmai Anyag¹⁵) megfelelő szakirodalommal alátámasztott, releváns megállapításai az ápolószemélyzet létszámával és képzettségével összefüggésben.

A megfelelő számú ápolószemélyzet meghatározásával kapcsolatban rögzítik, hogy hazánkban a Minimumrendelet írja elő, hogy adott betegágszámmal rendelkező osztályon milyen megoszlásban szükséges különböző végzettségű ápolókat foglalkoztatni teljes munkaidőben. A Szakmai Anyag rámutat ugyanakkor, hogy ezek a számok nem mutatják meg, hogy egy ápolónak műszakonként mennyi pácienset kell ellátnia, illetve, hogy ezen páciensek milyen súlyossági csoportba tartoznak. *Nemzetközi viszonylatban a szükséges ápolói létszám ápoló/beteg aránnyal kerül meghatározásra, így azt rögzítik, hogy műszakonként egy ápolóra mennyi beteg ellátása jut.* Az arányok számításához meg kell adni a *súlyossági kategóriák szerinti produktív ápolási időt*, vagyis azt, hogy 24 óra alatt egy páciens ellátására mennyi időt kell fordítani, ide nem számítva pl. az oktatásra, adminisztrációra fordított időt. A betegek állapota súlyosságának megfelelő ápolói létszámkalkulációval egy dinamikus, az ápolási szükségleteket a középpontba helyező rendszert lehet bevezetni, amely egyértelműen a betegjogok érvényesülését is szolgálja.

A Szakmai Anyag rögzíti, hogy egy-egy ápoló korlátozott számú beteget képes biztonságosan ellátni. Sebészeti területen például egy ápoló öt betegért tud felelni, ezen felül minden egyes beteg 7%-al növeli a mortalitás kockázatát.¹⁶ Napjainkban ugyanakkor már az is tudományos evidenciának számít, hogy az ápolási szövődmények kialakulása és a halálozási adatok szoros összefüggésben vannak nemcsak az ápolók létszámával, de végzettségi szintjével is.¹⁷ Nemzetközi tanulmányok igazolják, hogy a BSc ápolók magasabb aránya és az

¹³ AJB-349/2018. sz. jelentés

¹⁴ Eütv. 150. § (3) bek., az egészségügyért felelős miniszter munkáját segítő szakmai szerv

¹⁵ http://www.apolasfejlesztisstrategia.hu/doc/Apolasfejlesztisstrategia_hu_.pdf

¹⁶ Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM, Sochalski J, Silber JH. Hospital Nurse Staffing and Patient Mortality, Nurse Burnout, and Job Dissatisfaction. *JAMA*. 2002;288(16):1987–1993. doi:10.1001/jama.288.16.1987

¹⁷ Ápolástörténet, 2022. Szerk.: Dr. habil Oláh András; 226.

<http://www.etk.pte.hu/public/upload/files/efop343/ElhivatottsagtolAHivatasig.pdf>

alacsonyabb ápoló/beteg arány jelentősen csökkenti a kliensek intézményi elhalálozásának kockázatát. A geriátriai ellátás keretében történő alkalmazásuk során kevesebb volt a vizeletinkontinencia, a decubitus és az agresszív viselkedés.¹⁸

A Szakmai Anyag¹⁹ fentiekén túl kiemeli azt is, hogy *Magyarországon nem állnak rendelkezésre korszerű, evidence-based alapú irányelvek az ápolók által ellátott több száz ápolási tevékenység egyike vonatkozásában sem. De hiányzik az objektív, megfelelő minőségű ápolási kategória rendszer is a betegek besorolásához.*²⁰

Fentiek alapján megállapítható, hogy esetenként *a megfelelő számú és képzettségű személyzet hiánya olyan korlátozásokat is eredményezhet, amelyek nem, vagy csak áttételesen, következményként függenek össze a beteg biztonságával.* Egy konkrét példával megvilágítva: pl. ha egy elesett állapotú beteg nem küzd inkontinenciával, rendkívül megalázó lehet számára, ha bepelenkázzák, hiszen neki erre nem volna szüksége, azonban ahhoz, hogy az ágytál idejében elérjen hozzá, vagy időben kapjon segítséget a mellékhelyiségbe történő kijutáshoz, megfelelő számú ápolóra van szükség. Ha ápolói létszámhiány miatt a nehezen mozgó beteget bepelenkázzák és ő ezt tiltakozása jeléül letépi magáról, erre nem a kezei kikötözése volna az adekvát megoldás, hanem a számára nyújtott segítség a mellékhelyiségbe jutáshoz vagy az ágytál használatában. Ez azonban ugyancsak megfelelő számú ápoló személyzet alkalmazásával tud megvalósulni.

4.3 Az ellátás és az ápoló személyzet számának megfelelősége a COVID alatt

A konkrét eset megítélése szempontjából nem hagyható figyelmen kívül, hogy a kifogásolt ellátás a koronavírus miatt elrendelt veszélyhelyzet, azaz különleges jogrend idején történt.²¹

Az Eütv. 229. §-a értelmében az egészségügyi válsághelyzet idején a betegjogok csak akkor és kizárólag olyan mértékben gyakorolhatók, amikor és amennyiben nem veszélyeztetik az egészségügyi válsághelyzet felszámolásának eredményességét. *A beteg emberi méltóságához való joga azonban ebben az esetben sem korlátozható.* Egészségügyi válsághelyzet idején az egészségügyi ellátórendszerre, az egészségügyi szolgáltatás szakmai követelményeire, valamint az egészségügyi dolgozók jogaira és kötelezettségeire előírt rendelkezéseket az egészségügyi válsághelyzet idején alkalmazandó jogszabályokban foglalt eltérésekkel kell alkalmazni.

Az alapjog korlátozás vizsgálatának módszertana alapján a szükségesség és arányosság kérdése veszélyhelyzetben is felmerül, hiszen a közhatalom gyakorlója egy különleges helyzet miatt a jogalkotás útján korlátozhat alapjogokat. Az Alaptörvény számol azzal, hogy ilyen helyzetben az alapjogok érvényesülését, azoknak a veszélyhelyzet tartama alatt érvényesülő korlátozását az általánosan alkalmazandótól eltérő, adott esetben kevésbé szigorú alkotmányos mérce szerint kell megítélni. Mint azt az Alaptörvény 54. cikk (1) bekezdése rögzíti, *különleges jogrendben az alapvető jogok gyakorlása – a II. és a III. cikkben, valamint a XXVIII. cikk (2)-(6) bekezdésében megállapított alapvető jogok kivételével – felfüggeszthető vagy az I. cikk (3)*

¹⁸ Szakmai Anyag, 32., 36.

¹⁹ Szakmai Anyag, 39.

²⁰ Ápolástörténet, 2022. Szerk.: Dr. habil Oláh András; 228.

²¹ A koronavírus-járványra tekintettel a Kormány harmadjára a 27/2021. (I. 29.) Korm. rendelettel hirdetett ki veszélyhelyzetet, amely 2021. február 8. napján lépett hatályba. A 2021. évi CXXX. törvény szerinti utolsó módosítás értelmében végül a járvány miatti veszélyhelyzetet 2022. május 31-ig hosszabbította meg a Kormány és az Országgyűlés.

bekezdése szerinti mértéken túl korlátozható. Nem kerülhető el ebben a körben annak figyelembevétele sem, hogy a különleges jogrend intézménye maga is alapvető jogok, különösen az élethez való jog, illetve a testi és lelki egészséghez való jog védelmét szolgálja. Így az egészségügyi ellátás elmaradásának, illetve elhalasztásának is lehet legitim alapjogi indoka.

A rendkívüli jogrendben, az elrendelt veszélyhelyzet keretében – a szükségesség és arányosság mércéjét figyelembe véve, ám azon esetenként túlmutató mértékben – korlátozható lehet az egészségügyi ellátáshoz való jog, ugyanakkor az élethez és emberi méltósághoz való jog még ilyen esetben sem sérülhet. A korlátozás megítélése során figyelemmel kell lenni arra, hogy míg egy egészségügyi ellátás, beavatkozás elmaradása jelenthet pusztán kellemetlenséget, de akár súlyos alapjogsérelemmel is járhat. Így önmagában *a rendkívüli jogrend ténye nem tesz eleve jogszerűvé minden korlátozást, és nem szünteti meg az állam azon kötelezettségét, hogy a korlátozások szükségességét, az azokkal okozott sérelem mértékét mérlegelje, és megfelelő garanciális intézkedéseket fogantossítson annak érdekében, hogy biztosítsa az érintett személyek alapvető jogainak mind teljesebb körű érvényesülését.* Mivel az emberi méltóság alapjogával eredendően nem egyeztethető össze, nem elfogadható az érintett személyeknek az állami feladatmegoldás „eszközeiként” való kezelése, ezért az intézkedések által érintett személyek jogainak és szempontjainak valamilyen szintű értékelése az emberi méltósághoz való jogból eredő követelményként támasztható az állami döntésekkel szemben (Vö. 8/2011. (II. 18.) AB határozat).

Összhangban azzal az alkotmánybíróági megállapítással, amely szerint a tudományos igazságok kérdésében állást foglalni csak maga a tudomány lehet kompetens, *a tudományos igazságok, szakkérdések eldöntésére a szaktudományok és nem a jogászai szakma képviselői hivatottak.* Az egészségügyi ellátások esetében szükségesnek ítélt korlátozások bevezetése nyomán kialakított ellátási szint megállapítása *szakszerűségének megítélésével* kapcsolatban, annak orvos és ápolásszakmai mivolta miatt nincs lehetőségem állásfoglalásra. Ugyanakkor az alapvető jogok biztosára vonatkozó hatásköri szabályok keretei között is lehetőségem van arra, hogy egy-egy alapjogkorlátozó intézkedés bevezetésével összefüggésben vizsgáljam, hogy a döntéshozó *szem előtt tartotta-e a korlátozás bevezetése előtt az alapjogok korlátozására irányuló standardokat, és azoknak megfelelő, az érintett személyek és személycsoportok érdekeit és jogait szem előtt tartó mérlegelési folyamat során hozta-e meg döntését.*

Fentiek előrebocsátása mellett szükséges megállapítanom azt, hogy *nem világos az, hogy az ápolói ellátásra hogyan vonatkoznak az egészségügyi válsághelyzeti ellátási normák, valamint az, hogy az ápolók a feladataik mely köréért maradnak felelősek.* Az EMMI Egészségügyi Szakmai Kollégium Ápolás és szülésznő (szakdolgozói) Tagozat ajánlása a COVID-19 ellátásrenddel kapcsolatban nem tartalmaz erre vonatkozó támpontokat. Az egyes szakmákra vonatkozó szakmai szabályok (irányelvek, protokollok) a COVID-19 ellátásrendi ajánlások tartalmával, módosításaival együtt (voltak) alkalmazandóak a veszélyhelyzet alatt. Azokban az esetekben, amelyekben a speciális ajánlások nem tartalmaztak eltérő szabályokat, továbbra is – fő szabályként – a hatályos szakmai szabályok szerint kellett az ellátásokat végezni. Az azoktól való eltérés külön indokolás mellett volt lehetséges.

Számos gyakorlati klinikai, etikai és alapjogi kérdést vet fel ugyanakkor, hogy hogyan alakulhatnak az ápolási standardok veszélyhelyzet esetében, mi legyen/lehet a minimális ápoló/beteg arány, milyen ápolási ellátást tekintünk alapvető fontosságúnak, hogyan és mit helyezünk előtérbe a betegek számára (a nyilvánvaló életmentő beavatkozásokon túl). A minimális ápolási szint és ápoló-beteg arány meghatározása elengedhetetlen fontosságú, hiszen

az ápolói létszámszintek bizonyítottan befolyásolják a betegek egészségmutatóit.²² Az ellátás megfelelőségének szintjét azonban nem lehet ahhoz mérten ad hoc módon megállapítani, hogy adott helyen éppen hány ápoló volt biztosított. *Az állam intézményvédelmi kötelezettsége arra mindenképpen kiterjed, hogy a fenntartott ellátás szintje rögzítésre kerüljön és annak feltételei biztosítottak legyenek.*

Érdeemes megemlíteni, hogy az ellátás megfelelőségével összefüggő NNK eljárás során adott szakvélemények egyike sem tárgyalta, hogy az egészségügyi válsághelyzet okot adott-e az ellátási standard módosulására.

5. Az ellátási minimum sarokszámainak rögzítése az állam intézményvédelmi kötelezettségére figyelemmel

Az alapjogok, így a betegek jogai, a tárgyalt körben az emberi méltósághoz való jog vonatkozásában az állam objektív intézményvédelmi kötelezettsége, hogy mindezek érvényesülését jogalkotás útján és szervezési intézkedésekkel gyakorlati szempontból is elősegítse.

Az egészségügyért felelős szaktárca által elfogadott Minimumrendelet az ellátáshoz biztosítandó minimumot rögzíti 2003 óta, ettől az intézmények szükség szerint pozitív irányba eltérhetnek. Amint azt a Szakmai Anyag is tartalmazza: „mindenki előtt ismert, hogy az intézmények kiadásainak csökkentése érdekében nem minden esetben engednek a gazdasági szakemberek ettől felfelé eltérni. Tehát nagyobb ápolási igényű betegeket, kevesebb ápolóval vagyunk kénytelenek ellátni.”

A minimumrendeletben meghatározott létszámok – ugyancsak a szakirodalom²³ alapján – ugyanakkor legtöbbször nem elegendők a megfelelő betegellátáshoz.

Amint azt fentebb rögzítettem, az állam kötelezettsége arra is kiterjed, hogy az élet és emberi méltóság védelméről *jogalkotással és szervezési intézkedésekkel gondoskodjék*, melyet az állam a Minimumrendelettel már megvalósított. Ombudsmanként nem tisztem megítélni, hogy a jelenlegi minimum-számok mennyiben megfelelőek, azonban fontos, hogy az intézményvédelmi kötelezettség érdemi teljesítése érdekében a szakmával egyeztetve, a gyakorlati tapasztalatok fényében felülvizsgálatra kerüljenek a minimum-követelmények, hiszen azok bizonyítottan befolyásolják a betegek egészségmutatóit, illetve betegjogaik érvényesülésének is egyik garanciáját képezik.

6. Kínzás, embertelen, megalázó bánásmód tilalma a korlátozó intézkedések alkalmazásával összefüggésben

A konkrét esetben a betegdokumentáció rendkívül hiányos, teljes napok hiányoznak, a 12 órás műszakok (6:00-18:00 és 18:00-6:00-ig) összefoglalóan tartalmazzák az ápolási lapon az adott műszakban történeteket. Helyenként az ápolási lap ellentmond az egészségügyi dokumentáció más részeinek tartalmával: 2021. december 24-én az ápolási lap alapján egész nap egy végtagos rögzítés történt, azonban a dokumentáció másik eleme azt rögzíti, hogy 2021. december 24-én 17:50-kor „kezét egy oldalon felengedjük”, amiből az következik, hogy addig a beteg mindkét keze ki volt kötözve.

²² Morley G, Grady C, McCarthy J, Ulrich CM. Covid-19: Ethical Challenges for Nurses. *Hastings Cent Rep.* 2020 May; 50(3):35-39. doi: 10.1002/hast.1110. Epub 2020 May 14. PMID: 32410225; PMCID: PMC7272859.

²³ Ápolástörténet, 2022. Szerk.: Dr. habil Oláh András; 226.

Három további nap áttekintése nyomán – a korlátozó intézkedések kezdetének és feloldásának időpont rögzítése hiányában – az a következtetés vonható le, hogy a beteg mindkét keze ki volt kötözve több mint két napon keresztül (2021.12.20.-2021.12.22) folyamatosan. További három napon (2021. december 23, 25 és 28.) pedig fél napokra volt rögzítve.

Amint azt fentebb már rögzítettem, a mechanikai korlátozó eszközök pszichiátriai alkalmazási időtartamával összefüggésben a CPT megállapítja, hogy a korlátozó eszköz alkalmazása mindig csak a legrövidebb szükséges időtartamra szólhat, majd ezt tovább pontosítja: **„ez általában inkább perceket, mint órákat jelent”**, illetve azt is rögzíti, hogy **mechanikai korlátozás alkalmazása napokon keresztül semmivel sem igazolható**, és a CPT véleménye szerint **bántalmazást (ill-treatment) valósít meg**.

Mindebből következően – noha a *panaszos nem pszichiátriai osztályos ellátást kapott – álláspontom szerint a fizikai korlátozása tekintetében jelen esetben is megállapítható az, hogy a korlátozó intézkedés napokon keresztül történő alkalmazása az Alaptörvény III. cikk (1) bekezdésében foglalt megalázó bánásmód tilalmával összefüggésben visszásságot okozott valamint az Alaptörvény IV. cikkében rögzített személyes szabadsághoz való joggal összefüggő visszásságot valósított meg.*

Összegzés

Az erőszakmentes ellátással, a korlátozások elkerülésével összefüggésben mind az egészségügyi szolgáltatóknak, mind pedig az államnak, objektív intézményvédelmi kötelezettsége körében feladatai vannak, és csak együttesen tudnak sikeresen fellépni a betegjogok védelme érdekében.

Az egészségügyi szolgáltatónak valóban fontos kötelezettsége a beteg életének, testi épségének megóvása, és a betegségből adódó további egészségkárosodás megakadályozása, ugyanakkor az államnak objektív intézményvédelmi kötelezettsége körében szükséges intézményes garanciákat biztosítani ahhoz, hogy ez a védelem valóban csak a szükséges és arányos mértékben vezessen korlátozásokhoz.

Az intézményes garanciák a fentiekben ismertetettek alapján érintik az egészségügyi szolgáltatók munkafeltételeit alakító jogszabályok koncepciózus, emberi jogi szempontot is érvényesítő alakítását mind a személyi, mind a tárgyi feltételrendszer tekintetében, valamint az ellátásmegfelelőség mércéjének átlátható módon, korszerű, evidence-based szakmai irányelvekben történő rögzítését, és a képzést, oktatást is.

Társadalmunk öregszik, a kognitív képességek az idősődéssel bekövetkező változásával a döntéshozóknak számolniuk kell a közeljövőben. Kutatások szerint a demenciában szenvedők száma a 2019-es adatokhoz képest 2050-re igen jelentősen emelkedik majd.²⁴ Noha a számadatok robbanásszerű emelkedését elsősorban nem Közép-Kelet Európára prognosztizálják, a tendencia egyértelmű. Mind a társadalomnak, mind pedig az ellátórendszereknek fel kell készülniük tehát, a kihívásra pedig nem lehet az a válasz, hogy a kórházi osztályok és szociális intézmények megteljenek az ágyaikhoz rögzített ellátottakkal.

²⁴ GBD 2019 Dementia Forecasting Collaborators. Estimation of the global prevalence of dementia in 2019 and forecasted prevalence in 2050: an analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet Public Health*. 2022 Feb;7(2):e105-e125. doi: 10.1016/S2468-2667(21)00249-8. Epub 2022 Jan 6. PMID: 34998485; PMCID: PMC8810394. e105

Intézkedéseim

A jelentésben feltárt alapvető jogokkal összefüggő visszasságok bekövetkezése lehetőségének *jövőbeni megelőzése* érdekében a jelentésben megfogalmazott szempontrendszerre figyelemmel

1. az Ajbt. 32. § (1) alapján *felkérem* a Pécsi Tudományegyetem Klinikai Központ elnökét, hogy intézkedjen soron kívül arról, hogy

- a) a betegekről vezetett egészségügyi dokumentáció naprakész és pontos legyen;
- b) az ellátás során a betegjogok megfelelő érvényesülését elősegítő személyzeti létszámot törekedjen biztosítani;
- c) a jövőben tekintse át a korlátozó intézkedések alkalmazásának alternatíváit, mérjék fel és jelezzék a fenntartó felé az ehhez szükséges erőforrásokat. E körben legyenek különösen figyelemmel az alábbiakra:
 - o eszköz-, bútor beszerzéskor legyen kiválasztási szempont a korlátozások elkerülhetősége;
 - o hogyan kaphatnak segítséget az ápolók (a kompetenciaszintek szem előtt tartása mellett) a magas ellátási szükségletű/önellátásra képtelen betegek megfelelő ellátásában;
 - o hogyan lehet a betegek akaratát és preferenciáit minél inkább beépíteni ellátásuk folyamatába;
- d) a szükséges feltételek fenntartó általi biztosítását, valamint a belső eljárásrend személyzet bevonásával történő kidolgozását követően korlátozó intézkedés alkalmazására kizárólag a legvégső esetben kerüljön sor, minden esetben a jogszabályi előírások betartása mellett;
- e) az egészségügyi dokumentáció megismeréséhez való jogot a jogszabályi előírásoknak megfelelően biztosítsák.

2. Az Ajbt. 37. § alapján *felkérem* a *Belügyminisztert*, hogy

- a) *fontolja meg* a jelenlegi szabályozási környezet felülvizsgálatát, és annak nyomán, szakértők bevonásával tegye meg a szükséges intézkedéseket az egészségügyi fekvőbeteg intézményekben a nem pszichiátriai osztályon kezelt betegek esetében alkalmazható korlátozó intézkedések szabályaival összefüggő rendeleti szintű szabályozás megalkotása érdekében;
- b) *fontolja meg* az egészségügyi szolgáltatások nyújtásához szükséges szakmai minimumfeltételekről szóló 60/2003. (X. 20.) ESzCsM rendelet hosszú távú módosítási tervének kidolgozását és bevezetését;
- c) az Egészségügyi Szakmai Kollégium, mint az egészségügyért felelős miniszter javaslattevő, véleményező és tanácsadó szakmai testülete bevonásával *ösztönözze* a megfelelő ellátás szakmai hátterét biztosító szakmai irányelvek kidolgozását az ápolásszakma területén.

Budapest, 2023. az elektronikus dátumbélyegző szerint

Dr. Kozma Ákos