

Piespiešana un tās izskaušanas iespējas psihiatriskās ārstniecības iestādēs Latvijā

Coercion and approaches to its elimination in psychiatric institutions in Latvia

Marina Loseviča

 0000-0001-9371-5061

Solvita Olsena

 0000-0003-4540-3711

KOPSAVILKUMS

Cilvēku ar garīgiem traucējumiem piespiešana tiek uzskatīta par būtisku un nepieļaujamu cilvēktiesību ierobežojumu, tāpēc šāda prakse ir jāizskauž. Šis raksts ir par personu ar garīgiem traucējumiem piespiešanas fenomena Latvijas psihiatriskajās slimnīcās izpēti. Pētījumā apkopoti gan zinātniski dati par piespiešanu kā cilvēktiesības aizskarošu parādību psihiatrijā kopumā, gan sekundāri dati par piespiešanas praksēm un to izpausmēm Latvijas psihiatriskajās slimnīcās. Pētījumam izmantoti tiesību akti, publikācijas, statistikas dati, starptautisko un nacionālo institūciju atzinumi, dažādu institūciju rīcībpolitikas dokumenti, tiesu nolēmumi, kā arī psihiskās veselības aprūpes nozares plānošanas un metodoloģiskās vadības darba dokumenti. Ņemtas vērā arī pētnieku klīniskajā un pētnieciskajā darbā gūtās atziņas. Rakstā analizēti dažādi pacientu piespiešanas veidi Latvijā, raksturoti piespiešanu veicinošie un ietekmējošie faktori, kā arī parādīta to ietekme gan uz garīgās veselības aizsardzību kopumā, gan uz piespiešanai pakļautajām pacientu grupām.

Rakstā ir pamatota nepieciešamība veikt gan tiesību aktu, gan garīgās veselības aprūpes organizācijas reformas, lai tādējādi Latvijā nodrošinātu cilvēktiesībās balstītu pieeju garīgās veselības aprūpē un sekmētu piespiešanas izskaušanu.

Atslēgvārdi: piespiešana, piespiešanas izskaušana, psihiatrija, cilvēktiesībās balstīta pieeja, ārstniecības personas, Latvija.

SUMMARY

Coercion of people with mental disorders is considered a significant and unacceptable restriction of human rights and should therefore be eradicated. The authors of the article present a study on the phenomenon of coercion of people with mental disorders in Latvian psychiatric hospitals. The study collected both scientific data on coercion as a human rights violating phenomenon in psychiatry in general and secondary data on coercive practices and their manifestations in Latvian psychiatric hospitals. The study is based on legislation, publications, statistical data, opinions of international and national institutions, policy documents, court decisions, documents of planning and methodological management work in the psychiatric sector, as well as insights gained during the researchers' clinical and research work. The article shows how different forms of patient coercion manifest themselves in Latvia and how they affect the groups of patients subjected to coercion.

The authors argue for reforms in both the law and the organisation of mental health care to ensure a human rights-based approach to mental health care and the elimination of coercion in Latvia.

Keywords: coercion, elimination of coercion, psychiatry, human rights-based approach, health care professionals, Latvia.

Ievads

Latvijā, līdzīgi kā citās Eiropas valstīs, ir spēkā tiesību akti, kas pieļauj diskriminējoši ierobežot cilvēkus ar garīgiem traucējumiem, tostarp piemērot piespiedu ievietošanu un ārstēšanu psihiatriskās palīdzības iestādēs. Kā norāda Pasaules Veselības organizācija (PVO), lielākajā daļā valstu, arī Latvijā, garīgās veselības aprūpes sistēmas valdošā pieeja ir koncentrēšanās uz diagnozi, medikamentiem un simptomu mazināšanu, neņemot vērā sociālos faktoros, kas ietekmē cilvēku garīgo veselību. Daudzi, meklējot garīgās veselības aprūpi un atbalstu, saskaras ar diskrimināciju un cilvēktiesību pārkāpumiem, saņem nekvalitatīvus pakalpojumus un nonāk necilvēcīgos apstākļos. Diemžēl tiek piemērota piespiedu hospitalizācija un ārstēšana, izolācija vai ieslodzīšana, kā arī izmantoti citi ierobežojoši līdzekļi. (WHO & UN, 2023)

Tāpēc PVO un Apvienoto Nāciju Organizācijas (ANO) Augstā cilvēktiesību komisāra birojs (*Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights*), kā arī citas starptautiskas institūcijas aktīvi iestājas par cilvēktiesībās balstītu pieeju garīgās veselības aizsardzībā. Starptautiskā cilvēktiesību sistēma, it īpaši ANO Konvencija par personu ar invaliditāti tiesībām (UN, 2006), aicina dalībvalstis, arī Latviju, pāriet no biomedicīniskās pieejas psihiatrijā uz atbalsta paradigmu, kas veicina personas cieņu, autonomiju un iekļaušanos sabiedrībā. (WHO & UN, 2023)

ANO īpašais ziņotājs par ikviena cilvēka tiesībām uz visaugstāko sasniedzamo fiziskās un garīgās veselības līmeni, psihiatrs profesors Daiņus Pūrs

(*Dainius Pūras*) pamatoti norāda, kāpēc cilvēktiesībās balstītās psihiatriskās palīdzības ieviešanas šķēršļu izpēte ir ārkārtīgi būtiska. Proti, šo šķēršļu novēršana ir efektīvāka stratēģija nekā pašreizējā pieeja, kas dominē garīgās veselības politikā un pakalpojumu sniegšanā. Pašreizējā pieeja koncentrējas galvenokārt uz slimības radīto vispārējo slogu, neņemot vērā kontekstu, savstarpējās attiecības un citus svarīgus sociālos faktoros, kas ir garīgās veselības pamatā. Ir šādi šķēršļi: biomedicīniskās paradigmas dominēšana; varas asimetrija politikas veidošanā, medicīniskajā izglītībā un pētniecībā, kā arī aprūpes attiecībās; un neobjektīva pierādījumu izmantošana garīgās veselības jomā. (Pūras, 2017) Cilvēktiesībās balstīta pieeja prasa, lai valstis pārskatītu un grozītu tiesību aktus, izveidotu un īstenotu tādu garīgās veselības aizsardzības politiku un ieviestu tādu praksi, kas nodrošinātu cilvēkiem kvalitatīvu veselības aprūpi un atbalstu atbilstoši cilvēktiesību standartiem.

Pētīt iespējas Latvijā ieviest cilvēktiesībās balstītu psihiatriskās palīdzības sistēmu bija viens no Latvijas Zinātnes padomes (LZP) pētniecības projekta “Cilvēktiesībās balstīta pieeja pacientu ar garīga rakstura traucējumiem un ierobežotu lemtspēju ārstēšanā: tiesiskā, ētiskā un klīniskā perspektīva” (Nr. Izp-2020/1-0397) uzdevumiem. Piespiešanas pasākumi, kas psihiatriskajās slimnīcās tiek piemēroti cilvēkiem, kuriem ir nepieciešama palīdzība vai ārstēšana garīgu traucējumu gadījumā, rada būtisku cilvēktiesību aizskārumu un bieži kaitē cilvēka fiziskajai un garīgajai veselībai. Cilvēktiesībās balstīta pieeja prasa šādu praksi ierobežot un izskaust. Tāpēc projektā tika apkopoti un pētīti dati un zinātniskās atziņas par piespiešanas fenomena izpausmēm psihiatrijā – gan vispārīgi, gan specifiski Latvijas kontekstā. Tas tiek prezentēts šajā rakstā.

Šajā rakstā autore prezentē un analizē Slimību profilakses un kontroles centra un Valsts darba inspekcijas statistikas datus, Latvijas tiesu praksi laikā no 2018. līdz 2023. gadam lietās par piespiedu ārstēšanas piemērošanu psihiatriskās palīdzības iestādēs saskaņā ar Ārstniecības likuma 68. pantu (Konstantinova & Olsena, 2023; Olsena u. c., 2024), Latvijas psihiatrisko slimnīcu publicētos datus par piespiešanas fenomena izpausmēm, kā arī datus, kas iegūti daļēji struktūrētās intervijās ar psihiatrijas speciālistiem, psihiatrisko pakalpojumu lietotājiem un viņu tuviniekiem (Olsena u. c., 2024). Rakstā autore izmanto ne tikai zinātniskajā literatūrā un cilvēktiesību aizsardzības iestāžu publikācijās paustās atziņas, bet arī autoru iegūtās atziņas un rekomendācijas sadarbībā ar Latvijas un citu valstu speciālistiem dažādos nacionālos un starptautiskos forumos: gan Pasaules psihiatru kongresā un Eiropas psihiatru kongresā 2023. gadā, gan Eiropas Savienības (ES) COST¹ akcijas “FOSTREN: par piespiedu prakses mazināšanu psihiatrijā” (*Fostering and Strengthening Approaches to Reducing Coercion*

1 Cooperation Européenne dans le Domaine de la Recherche Scientifique et Technique – Eiropas sadarbība zinātniskās un tehniskās pētniecības jomā.

in *European Mental Health Services*)² zinātniskajos semināros un vasaras skolās, gan Eiropas Padomes, Latvijas Universitātes un Latvijas Republikas Tiesībsarga biroja organizētajā konferencē un simpozijā par personas autonomijas veicināšanu garīgās veselības aprūpes praksē 2023. gada 13. un 14. novembrī (Latvijas Universitāte u. c., 2023). Rakstā paustas arī atziņas, kuras autores guvušas sava kliniskā, pedagoģiskā un juridiskā darba pieredzē.

Autores raksturo ne tikai Latvijā pastāvošos šķēršļu piespiešanas fenomena mazināšanai un analizē šo šķēršļu iemeslus, bet arī identificē veicinātājfaktorus, kuri varētu sekmēt cilvēktiesībās un personu ar invaliditāti tiesībās balstītas psihiatriskās palīdzības sistēmas ieviešanu Latvijā. Nobeigumā tiek izteikti konkrēti priekšlikumi, kā sekmēt piespiešanas izskaušanu un cilvēku ar garīgiem traucējumiem tiesību aizsardzības iespēju uzlabošanu.

Iepriekš minētā pētniecības projekta kopējais mērķis bija analizēt pieaugušu cilvēku, kuriem ir ierobežotas spējas pieņemt lēmumus un rīkoties, cilvēktiesību aizsardzību. Tika izpētīts ne tikai piespiešanas fenomens, bet arī citas tēmas, tostarp pacientu lemtspējas fenomens un ar to saistītās pacientu tiesības, veselības aprūpes lēmumu pieņemšanas tiesības Latvijā, Lietuvā un Igaunijā, kā arī pārrobežu pacientu ar garīgiem traucējumiem tiesības saņemt veselības aprūpes pakalpojumus saskaņā ar ES tiesību aktiem.

Tā kā piespiešanas fenomena psihiatrijā izpausmes ir dažādas, tās nav iespējams izanalizēt vienā rakstā. Šajā rakstā ir iekļautas tēmas, kuras raksta autore uzskata par nozīmīgākajām Latvijā. Pētījumā netika analizēta cilvēktiesību aizsardzība un piespiešana bērnu psihiatrijas un narkoloģijas nodaļās, vispārēja profila stacionāros, sociālās aprūpes un rehabilitācijas iestādēs, kā arī Neatliekamās medicīniskās palīdzības dienesta darbībā. Pētījumā netika pētītas krimināltiesības un krimināltiesisku līdzekļu piemērošana cilvēkiem ar garīgiem traucējumiem.

Raksta autore izsaka pateicību Veselības inspekcijai, Slimību kontroles un profilakses centram, Tiesu administrācijai, Zemgales, Kurzemes, Latgales, Vidzemes un Rīgas pilsētas tiesām, ES COST akcijas projekta FOSTREN dalībniekiem, kā arī citām sadarbības iestādēm, organizācijām un kolēģiem, kuri atbalstīja pētniecību, dalījās pieredzē un viedokļos, tādējādi dodot nozīmīgu pienesumu raksta sagatavošanā.

Ar nožēlu jānorāda, ka Latvijas psihiatrisko slimnicu administrāciju pārstāvji noraidīja Latvijas Universitātes LZP projekta pētnieku komandas piedāvājumus un aicinājumus sadarboties. Izvērtējot vairāku psihiatrisko slimnicu rakstiskās atbildes, konstatējams, ka slimnicu administrācijas pārstāvjiem trūkst izpratnes

2 FOSTREN akcijas mērķis bija veicināt izpratni par piespiešanas mazināšanu psihiatrijā. Vairāk par šo COST akciju var uzzināt vietnē <https://www.fostren.eu/>

par cilvēku ar ierobežotām spējām cilvēktiesību aizsardzības nozīmību un iespējām, kas arī daļēji izskaidro slimnīcu administrāciju noraidošo attieksmi.

Cerams, ka šis raksts un šī krājuma publikācijas kopsakarā ar vadošajām zinātniskajos rakstos un PVO rekomendācijās nostiprinātajām atziņām veicinās cilvēktiesībās balstītas garīgās veselības aprūpes veidošanu un veicinās piespiešanas izskaušanu Latvijas psihiatriskās palīdzības iestādēs.

1. Pieejamie dati par piespiešanu Latvijas psihiatriskās ārstniecības iestādēs

1.1. Piespiešanas gadījumu dokumentēšanas trūkums psihiatriskajās slimnīcās

Vairākos garīgās veselības attīstības stratēģiskos dokumentos ir norādīts uz nepieciešamību uzraudzīt piespiešanas līdzekļu lietošanu slimnīcās. Piemēram, PVO Visaptverošais rīcības plāns garīgās veselības jomā 2013.–2030. gadam (*WHO Comprehensive mental health action plan 2013–2030*) paredz uzlabot piespiešanas gadījumu dokumentēšanu, ieviešot mehānismus, tostarp neatkarīgu organizāciju iesaisti, lai uzraudzītu, novērstu un reaģētu uz spīdzināšanu, cietsirdīgu, necilvēcisku un pazemojošu attieksmi un citiem sliktas apiešanās un vardarbības veidiem. Plāns noteic, ka jāapkopo dati par (mehāniskām) fiksācijām un izolēšanu, par nebrīvprātīgu ārstēšanu. (WHO, 2021b) Latvijā dati par piespiedu pasākumu piemērošanu un sekām netiek vākti ne nacionālā reģistrā, ne citā sistēmiskā un publiski pieejamā formā. Tāpēc šie dati nav zināmi un pieejami izpētei. Informācijas trūkums būtiski ierobežo iespēju pētīt un raksturot piespiedu pasākumu apmērus, saturu, dažādību un galvenos cēloņus. Metodoloģiski korekti iegūti un apkopotī dati par nebrīvprātīgu hospitalizāciju, ierobežojošo līdzekļu lietošanu, to ilgumu un veidu, kā arī par vardarbīgiem incidentiem, kuros iesaistīti pacienti, ir nepieciešami ne tikai pētniecības nolūkiem, bet arī – īpaši svarīgi – cilvēktiesībās balstītas politikas ieviešanai, kas ir demokrātiskas sabiedrības neatņemama sastāvdaļa.

2024. gadā VSIA “Nacionālais psihiskās veselības centrs” (turpmāk arī – NPVC) publicēja aptaujas par psihiatrisko slimnīcu darbību 2023. gadā rezultātu apkopojumu. Publikācijā norādīti dati par pacientiem piemērotu mehānisko ierobežojošo līdzekļu lietošanas gadījumiem 2023. gadā: kopējais psihiatrisko hospitalizāciju skaits – 18 459 pacienti³, no kuriem 345 (1,9%) tika piemērota mehāniskā ierobežošana. Šīs metodes lietošanas biežums starp slimnīcām nozīmīgi atšķiras. (NPVC & NVD, 2024b) Informācija par cita veida ierobežojošu līdzekļu piemērošanu (pacientu izolēšanu, farmakoloģisku ierobežošanu) nav apkopota un publicēta.

3 Pēc SPKC datiem, psihiatrisko hospitalizāciju skaits 2023. gadā bija 19023. (SPKC, 2025a)

Par piespiešanas un sliktas izturēšanās biežumu var spriest netieši, piemēram, analizējot Valsts darba inspekcijas datus. No 2016. līdz 2020. gadam reģistrēti 13 psihiatrisko iestāžu darbinieku darba traumu gadījumi, kas radušies pacientu agresīvas rīcības (uzbrukumu) dēļ. Datu par uzbrukumiem psihiatriem nav, bet tas ir pretrunā ar šī raksta autoru un viņām pazīstamu kolēģu psihiatru rīcībā esošo informāciju, ka norādītajā periodā ir notikuši vairāki šādi uzbrukumi. (Rakevichs, Konstantinova & Losevich, 2021) Valsts darba inspekcijas statistika par 2021.–2023. gadu neliecina par uzlabojumiem situācijas uzraudzīšanā – lai gan ir ziņots par nedaudz vairāk pacientu uzbrukumiem personālam (13 epizodēs ievainoti 14 darbinieki, no kuriem viens darbinieks žņaugts, cits uzbrukumā guvis gan fizisku traumu, gan posttraumatiskā stresa sindromu, kuru dēļ iestājusies ilgstoša darba nespēja, un tomēr veselības traucējumi novērtēti kā “nav smagi” (VSIA “[.]”, 2022)), joprojām netiek ziņots par uzbrukumiem ārstiem psihiatriem. Autoru rīcībā esošā informācija liecina, ka nav ziņots Valsts darba inspekcijai par 2023. gadā VSIA “Rīgas Psihiatrijas un narkoloģijas centrs” (kopš 2024. gada 25. septembra – VSIA “Nacionālais psihiskās veselības centrs” (NPVC)) ambulatorajā psihiatriskajā nodaļā notikušiem atkārtotiem (arī bruņotiem) uzbrukumiem psihiatram un nodaļas apsargam. (Loseviča, Losevičs & Raiviča, 2024)

NPVC veiktās aptaujas rezultāti liecina, ka 2023. gadā četrās Latvijas psihiatriskajās slimnīcās fiksēti daži darba traumu gadījumi pacientu vardarbīgas uzvedības dēļ. Viena slimnīca informējusi par četriem gadījumiem, divas slimnīcas – par diviem gadījumiem katrā, kad darbinieki guvuši traumu⁴ pacienta agresīvas rīcības dēļ. Viena iestāde norādījusi uz gadījumu, kad pacients iesitis plauku darbiniekam. Viena slimnīca nav sniegusi informāciju. (NPVC & NVD, 2024b)

Minētajā NPVC ziņojumā norādīti arī dati par pacientu traumām 2023. gadā. Vienā ārstniecības iestādē reģistrēti 19 traumu un nelaimes gadījumi pacientiem; otrā – 11 kritieni un divas citas traumas, kas gūtas hospitalizācijas laikā; trešajā – trīs kritieni un viens vardarbības gadījums (ar traumu) pacientu starpā; ceturtajā – 14 pacientu traumu un nelaimes gadījumi⁵. Divos drošības incidentos traumas guvuši gan pacienti, gan darbinieki; abi šie gadījumi izmeklēti kā nelaimes gadījumi darbā. Viena no Latvijas psihiatriskajām slimnīcām nav sniegusi datus par pacientu traumām 2023. gadā. (NPVC & NVD, 2024b)

Darba traumas ārstniecības personām psihiatrijā nereti ir saistītas arī ar pacientu traumām. Šādus incidentus bieži izraisa pacientu pretošanās piespiedu pasākumiem, tostarp piespiedu ievietošanai slimnīcā, kā arī personāla mēģinājumi

4 Viena iestāde norāda, ka traumas ir maznozīmīgas.

5 Pieci gadījumi 2023. gada 4. ceturksnī, kas saistīti ar pacienta mehānisku ierobežošanu, pacienta uzbrukumu citam pacientam, ar veselības aprūpi saistītu infekciju, pacienta uzbrukumu personālam ambulatorā apmeklējuma laikā.

izšķirt konfliktus vai kautiņus pacientu starpā. (Losevich & Konstantinova, 2024; Loseviča, et al., 2024)

Par piespiešanu un tās kaitīgajām sekām liecina pacientu gūtās traumas. Piemēram, kāds 20 gadu vecs jauniešs, pirmo reizi nonācis psihiatriskajā slimnīcā akūtā psihotiskā stāvoklī, iestājoties rakstiski piekritis stacionēšanai, bet nākamajā dienā centies aizmukt, uzbrucis sanitāram, iesitis viņam pa galvu un spēris. Kopumā kautiņā bijuši iesaistīti seši darbinieki, pacients guvis orbītas kaulu lūzumu ar impresiju (Rīgas pilsētas Vidzemes priekšpilsētas tiesa, 2021a). Pacienta rīcība norāda, ka viņš atsauc piekrišanu ārstniecībai (ar darbību). Tas nav respektēts. Piespiedu ārstēšanai obligātais psihiatru konsilijs nav sasaukts nekavējoties un arī ne likumā noteikto 72 stundu laikā.

Pacienti gūst traumas slimnīcā arī nesaistīti ar personālu. Autoru klīniskajā pieredzē 2024. gadā fiksēti šādi gadījumi: pacientu kautiņā viens VSIA “Rīgas Psihiatrijas un Narkoloģijas centrs” pacients 2023. gadā bija guvis apakšžokļa lūzumu; cits šīs slimnīcas pacients 2024. gadā, protestēdams pret piespiešanu, pakļāvis savu dzīvību riskam, ieļecot dīķi pa ceļam no uzņemšanas nodaļas uz stacionāra nodaļu. Par to, ka pacienti ieguvuši traumas un tiek pakļauti vardarbībai ārstniecības iestādēs, liecina arī tiesu prakses materiāli lietās par psihiatriskās palīdzības sniegšanu psihiatriskās ārstniecības iestādē bez pacienta piekrišanas 2018.–2023. gadā. Piemēram, stacionārā kāds jauniešs uzbrucis citam pacientam, spēcīgi sitot viņam pa vēderu, personāls ar grūtībām spējis viņus izšķirt (Zemgales rajona tiesa, 2019). Veselības inspekcijā no 2023. līdz 2025. gada novembrim saņemtas deviņas sūdzības par, iesniedzēju ieskatā, vardarbīgu attieksmi pret pacientiem – gan no ārstniecības iestādes darbinieku, gan no citu pacientu puses (nodarīti miesas bojājumi, atņemtas vai sasistas brilles). Tā kā nevienā gadījumā netika konstatēta personāla vardarbīga attieksme pret pacientu, iespējams, ka minētie negadījumi bija pacientu kautiņš. Diemžēl pēc pārbaudes rezultātiem netika ieteikti pasākumi pacientu fiziskās drošības uzlabošanai. (Veselības inspekcija, 2025)

NPVC apkopotie dati liecina, ka katrā psihiatriskās ārstniecības iestādē Latvijā ir kvalitātes vai darba drošības speciālists, kas veic traumu un nelaimes gadījumu uzskaiti un izmeklēšanu. Šī speciālista darba pienākumos ir ne tikai izvērtēt situācijas, bet arī plānot un ieviest preventīvos pasākumus. (NPVC & NVD, 2024b) Taču pārējās procedūras daļās iestāžu pieeja atšķiras. Vienā iestādē darbinieks, pacients un, ja nepieciešams, arī pacientam tuva persona aizpilda nelaimes gadījuma protokolu. Citā iestādē ieviests krišanas protokols, ko sastāda kvalitātes speciālists un pēc tam datus ievada slimnīcas elektroniskajā informācijas sistēmā. Vēl citā iestādē tiek uzturēts traumu reģistrācijas žurnāls, kurā tiek reģistrēti nelaimes gadījumi ar pacientiem. Ja traumas vai nelaimes gadījuma dēļ tiek konstatēti “bojājumi personas veselībai”, ārstniecības iestādēs tiek izveidota izmeklēšanas komisija. Ja “bojājumi veselībai” nav konstatēti, gadījuma izpēti

veic kvalitātes speciālists. Starp pacientu ārējiem nāves cēloņiem 2023. gadā ir minēta arī vardarbība. Lai gan datu dinamika salīdzinājuma veikšanai nav pieejama, NPVC speciālisti ir secinājuši, ka “traumu un nelaimes gadījumu skaits iestādēs ir ar tendenci samazināties”. Turpat atrodams secinājums: “Visās iestādēs tiek veikta rūpīga nelaimes gadījumu analīze un nepieciešamās darbības, lai ierobežotu to atkārtošanos.” (NPVC & NVD, 2024b) Tā kā minētajiem secinājumiem nav pievienots faktiskais pamatojums, jāšaubās, vai tie ir korekti.

Līdz 2024. gada beigām pētniecībai nebija pieejama informācija par to, vai un kā psihiatriskajās slimnīcās tiek reģistrētas pacientu traumas, vai un kā izmeklēti to iegūšanas apstākļi. Tikai 2024. gada beigās publicētie NPVC slimnīcu aptaujas dati (NPVC & NVD, 2024b) sniedz fragmentāru un neprecīzu ieskatu par pacientu un darbinieku traumatisma gadījumiem psihiatriskajās slimnīcās 2023. gadā. Joprojām trūkst strukturētu, metodiski vienveidīgi apkopotu un detalizētu datu par pacientu traumatismu, tā cēloņiem un izpausmes veidiem psihiatriskajās slimnīcās. Apkopojumā norādītas tikai fiziskas traumas, bet trūkst datu par morālām traumām, kuras pacienti iegūst aizskāruma, pazemojuma un piespiešanas rezultātā. Trūkst arī informācijas par tiem slimnīcās pieejamajiem un izmantotajiem pacientu tiesību aizsardzības līdzekļiem, kuri tiek vai var tikt izmantoti gadījumos, ja pacienti guvuši kaitējumu un traumas ārstniecības iestādē.

Jāatzīmē, ka līdzīgus secinājumus ziņojumā par Latvijas psihiatriskajām slimnīcām ir izteikusi arī Eiropas Padomes Spīdzināšanas un necilvēcīgas vai pazemojošas izturēšanās vai soda novēršanas komiteja (*European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment*, turpmāk – CPT) 2023. gada ziņojumā Latvijas valdībai. Komiteja norāda:

“Aknīstes slimnīcā katrā nodaļā tika uzturēts starpgadījumu reģistrs, kurā fiksēti vardarbības gadījumi starp pacientiem, kā arī konstatēti traumatiski miesas bojājumi. Daugavpils slimnīcā šāds reģistrs tika uzturēts slimnīcas limenī. Tomēr delegāciju pārsteidza fakts, ka kopš 2019. gada janvāra reģistrā bija tikai trīs ieraksti. Tas rada nopietnas šaubas par to, vai starpgadījumi tiek reģistrēti sistemātiski; patiešām ir maz ticams, ka tik lielā iestādē, kurā attiecīgajā laika posmā bija reģistrēts vairāk nekā 10 000 cilvēku, bijis tik maz starpgadījumu.” (CPT, 2023a)

Papildus Aknīstes slimnīcā komiteja konstatēja: “.. vardarbības gadījumi starp pacientiem bija bieži, īpaši 4. un 6. nodaļā (abās mitinās vīrieši).” (CPT, 2023a)

Komiteja ieteikusi Latvijas valdībai veikt pasākumus, lai nodrošinātu rūpīgāku vardarbības incidentu uzraudzību slimnīcā un pilnvērtīgu starpgadījumu reģistra uzturēšanu, kā arī sistemātisku un precīzu piespiedu līdzekļu piemērošanas uzskaiti katrā ārstniecības iestādē. (CPT, 2023a)

Latvijā netiek reģistrēts un uzraudzīts no slēgta tipa ārstniecības iestādēm bēgušo vai aizbēgušo pacientu skaits, lai gan šis rādītājs ir būtisks piespiedu pasākumu, pacientu un sabiedrības drošības situācijas novērtēšanā. (Brumbles & Meister, 2013) Raksta autoru profesionālā pieredze liecina, ka no slēgta tipa psihiatrijas nodaļām pacienti bēg samērā bieži, piemēram, 2025. gada nogalē no NPVC stacionāra aizbēga pacients ar akūtiem psihiskiem traucējumiem – izlaužot nodaļas durvis un salaužot sanitāram roku. To norāda arī medijos publicētas ziņas par pacientu pazušanu (Jauns.lv Ziņu nodaļa, 2025; TV3, 2023) un tādu pacientu bēgšanas gadījumiem, kuriem ir augsts sabiedriskas bīstamības risks (LETA, 2023). Tas uzsvēr nepieciešamību psihiatrijas stacionāra nodaļas iedalīt pēc drošības līmeņiem.

Netiek arī dokumentēts un uzskaitīts, cik bieži drošības incidentu dēļ uz psihiatrijas stacionāriem tiek izsaukts apsardzes dienests vai pašvaldības policija, – pēc raksta autores klīniskā darba pieredzes, tas notiek visnotaļ bieži.

Latvijā netiek pietiekami ziņots par paškaitējumu un pašnāvību gadījumiem psihiatriskajos stacionāros: no 2000. līdz 2020. gadam Latvija nebija norādījusi nevienu reģistrētu suicīda gadījumu (OECD, 2022), lai gan 2019. gadā Veselības inspekcijas auditā konstatēti vismaz divi psihiatrisko stacionāru pacientu nāves gadījumi paškaitējuma rezultātā. Raksta autorēm ir labi zināms viens no tiem – paciente izlēca pa Rīgas psihiatrijas un narkoloģijas centra (tagad – NPVC) psihiatriskā stacionāra akūtās nodaļas logu, guva smagu politraumu un nosala. Veselības inspekcija norādīja, ka šim nopietnajam drošības incidentam netika veikta izvērtēšana un riska analīze. Šim negadījumam nesekoja klīniskās prakses uzlabojumi iestādē, lai mazinātu līdzīgus gadījumus nākotnē. (Veselības inspekcija, 2021)

Analizējot NPVC apkopojumā (NPVC & NVD, 2024b) aprakstīto pacientu iegūto traumu izvērtēšanas procedūru, jāsecina, ka nelaimes gadījumu reģistrāciju, smaguma noteikšanu un izmeklēšanu veic tikai slimnīcas darbinieks – kvalitātes vai darba drošības speciālists, nevis no iestādes neatkarīga un šādas izmeklēšanas veikšanai atbilstoši kvalificēta persona vai personas. Slimnīcas darbinieks ir tieši pakļauts slimnīcas administrācijai, tāpēc izmeklēšanas procesā var būt ietekmējams. Nav pieejami dati, vai izmeklēšanas komisijas sastāvā piedalās no ārstniecības iestādes neatkarīgs dalībnieks, kā arī nav skaidrs, cik patiesa ir šīs personas neatkarība lietas izmeklēšanas rezultātu nodrošināšanā. Šāda situācija atbilst tiesību zinātnē sen labi zināmajam principam “Būt tiesnesim savā lietā” (latīņu val. *Judex in propria causa*), kas nav pieļaujams taisnīgas tiesas procesa nodrošināšanā. Vēl viens šķērslis incidentu reģistrācijai ir darba ziņojums, kas iesaistītajam darbiniekam vispirms jāiesniedz savam tiešajam vadītājam, nereti taisnojoties par notikušo.

Trūkumi jāmazina, nodrošinot tiesības pacientiem un personālam saņemt neatkarīgas un kompetentas institūcijas vērtējumu visos gadījumos, kad tie

slimnīcā ir guvuši traumu. Pacients, kurš cietis slimnīcas darbības rezultātā, nevar paļauties, ka slimnīcas darbinieks, kas izmeklē notikušā apstākļus, nodrošinās pilnīgu un objektīvu visu apstākļu noskaidrošanu un izvērtēšanu ne tikai kā iestādes darbinieks, bet arī no pacienta tiesību aizsardzības skatpunkta.

Secināms: lai uzlabotu psihiatrisko ārstniecības iestāžu pacientu un darbinieku drošību, ir jāveic izmaiņas pacientu traumu, drošības incidentu un darbinieku nelaimes gadījumu darbā izmeklēšanas un uzskaites kārtības tiesiskajā regulējumā.

1.2. Piespiešanas izmantošana pret cilvēkiem ar demenci

Saskaņā ar Slimību profilakses un kontroles centra (SPKC) datiem Latvijā vairākums 2014. un 2017. gadā reģistrēto demences slimnieku miruši slimnīcā, un nereti šie cilvēki pusgadā pirms nāves bijuši stacionēti psihiatriskajā slimnīcā. (Bogdane, 2024) Visdrīzāk, tas liecina par nepietiekamu demences slimnieku aprūpes plānošanu un pieejamību, kā arī par aprūpētāju grūtībām tikt galā ar demences gala stadiju nekognitīvo simptomātiku (piemēram, delīrijiem) mājas vai aprūpes iestādes apstākļos.

Latvijas veselības aprūpes statistikas 2018. gada gadagrāmatā norādīts, ka 2013.–2018. gadā psihiatrisko pacientu mirstība (atskaitot uz citiem stacionāriem pārvestos) bija nemainīga – 0,1% (SPKC, 2019c).⁶ Savukārt SPKC dati par mirstību psihiatriskajās slimnīcās liecina, ka 2015.–2020. gadā ir nomiruši 1413 pacienti (SPKC, 2022), kas ir 1,3% no visiem psihiatriskajos stacionāros ārstētiem pacientiem⁷. Tik nozīmīgs mirstības rādītāju pieaugums (no 0,1 līdz 1,3%) noteikti ir pelnījis mērķētu analīzi un politikas veidotāju uzmanību.

No psihiatriskajās slimnīcās mirušajiem 987 (69,9%) pacientiem klīniskā diagnoze vai viens no nāves iemesliem bija demence vai delīrijs uz demences fona. Vairākiem mirušajiem pacientiem bija blakusdiagnoze – gūta trauma galvas, ciskas kaula vai sprandas apvidū.⁸ Vairākas personas ar demenci mirušas pēc ilgstošas uzturēšanās psihiatriskajā stacionārā. Piemēram, kāda 1921. gadā dzimusi persona 2019. gadā mirusi pēc 148 stacionārā pavadītām dienām, nāves iemesls – cerebrālā un koronārā ateroskleroze. Cita paciente, kas dzimusi 1932. gadā, 2019. gadā nomirusi ar koronāro sirds slimību un hipostātisko pneimoniju pēc 133 stacionārā pavadītām dienām. (SPKC, 2022) Jāatzīmē, ka gan pneimonija, gan sirds patoloģijas dekompensācija var būt psihofarmakoterapijas blakne.

6 Pēc SPKC elektroniskās datubāzes atlases rezultātiem šajos gados mirstība psihiatriskajos stacionāros tomēr variē no 1,3 līdz 1,6%. (SPKC, 2025e)

7 Kopējais hospitalizāciju skaits 2015.–2020. gadā ir 106 028 pacienti. (SPKC, 2025c)

8 Nevar izsecināt, vai traumas iegūtas pirms hospitalizācijas vai tās laikā.

Saskaņā ar NPVC aptaujas datiem 2023. gadā intrahospitālās mirstības rādītāji Latvijas psihiatriskajos stacionāros bija 0,2–1,3%, savukārt starp pacientu ārējiem nāves cēloņiem *inter alia* bija minēts tišs paškaitējums, vardarbība un kritieni. (NPVC & NVD, 2024b)

Šī raksta tapšanas laikā SPKC apkopotie statistikas dati par pacientu mirstību 2021.–2023. gadā norāda, ka psihiatriskajos stacionāros un pirmajā dienā pēc izrakstīšanas ir nomiruši 864 pacienti (SPKC, 2025b) jeb 1,8%⁹. Turklāt kopš 2021. gada datos saskatāma arī Covid-19 pandēmijas ietekme. Piemēram, 2021. gadā no cita stacionāra uz Daugavpils psihoneiroloģisko slimnīcu pārvests 1940. gadā dzimis vīrietis ar vaskulārās demences un Covid-19 infekcijas diagnozi nomiris pēc divām dienām, nāves cēlonis – Covid-19 infekcija. Savukārt 2022. gadā Strenču psihoneiroloģiskajā slimnīcā piecas dienas pēc pārvešanas no citas ārstniecības iestādes mirusi seniore ar vaskulāro demenci un Covid-19 izraisītu pneimoniju. (SPKC, 2025b) Jājautā, vai psihiatriskā slimnīca bija piemērota vieta šo cilvēku ārstēšanai. Drīzāk jādomā, ka senioriem ar demenci un Covid-19 netika sniegta atbilstoša un kvalitatīva palīdzība vispārēja tipa slimnīcā. Dati liecina par tendenci pacientus ar izteiktu demenci stacionēt un ārstēt psihiatrisko slimnīcu slēgta tipa nodaļās, izmantojot senioru nespēju pastāvēt par savām tiesībām un pretoties piespiešanai.

Uz senioru neaizsargātību norāda arī tas, ka 2023. gadā psihiatriskajos stacionāros visbiežāk pacienti guvuši traumas kritot (NPVC & NVD, 2024b), kas ir tipiski tieši senioru populācijai un saistīts ar senilā trausluma sindromu (angļu val. *frailty syndrome*). Gadījumos, kad pacients nomirst vai gūst traumas psihiatriskajā slimnīcā, auditā būtu jānoskaidro visi cilvēktiesību aizsardzībai svarīgie faktori. Piemēram, vai trauma vai nāve bija novēršama, vai to varētu būt veicinājuši psihisko un uzvedības traucējumu ārstēšanā izmantotie zāļlīdzekļi un to kombinācijas vai citi ārstniecības procesā lietotie līdzekļi. Tāpat būtu jāvērtē, vai un tieši kādu ārstēšanas ieguvumu sasniegšanai cilvēkiem ar izteiktu demenci bija nepieciešama ilgstoša ārstēšanās psihiatriskajā slimnīcā, vai hospitalizācija nebija potenciāli novēršama, vai un kā tika ievērotas personas tiesības uz informēto piekrišanu ārstniecībai, kā arī citi cilvēktiesību aizsardzībai nozīmīgi apstākļi. Latvijā šobrīd nav pieejami pietiekami dati, kas ļautu atbildēt uz šiem jautājumiem.

Šī raksta autoru apkopotās zinātniskās un prakses atziņas neliecina, ka personām ar izteiktu demenci būtu nepieciešama specializēta ārstēšana, kāda iespējama vienīgi stacionārā un kurai būtu zinātniski pierādīta efektivitāte, proti, pacienta stāvokļa iespējama uzlabošanās un pozitīvi ārstēšanas rezultāti. Ir pamats uzskatīt, ka ārstniecībai paredzētie resursi un līdzekļi tiek izmantoti sociālās aprūpes nodrošināšanai, proti, personas ar demenci “tur” slimnīcā tāpēc, ka

9 Hospitalizāciju skaits šajā periodā ir 46 932 (SPKC 2025c).

viņām nepieciešama ilgtermiņa un specializēta (psihogeriatriska) sociālā aprūpe. Raksta autores klīniskajā praksē novērojušas, ka piespiešanu nereti veicina arī pacientu piederīgie, kuri mēdz uzstāt uz personas ievietošanu un turēšanu psihiatriskajā stacionārā. Iespējams arī tāpēc, ka uzturēšanās ārstniecības iestādē ir bezmaksas atšķirībā no sociālās aprūpes institūcijām, kurās par pakalpojumiem ir jāmaksā. Šādi nepieļaujamai piespiešanai tiek pakļauti neaizsargāti un nespējīgi cilvēki.

Jāņem vērā, ka vairākas ārstēšanas metodes psihiatriskajā slimnīcā, piemēram, psihotropo medikamentu lietošana, ir saistīta ar nozīmīgām blaknēm un augstu risku pacientiem. Šādu ārstēšanu (arī ar tuvinieka piekrišanu, ja persona pati nespēj pieņemt lēmumus) drīkst piemērot tikai tad, ja ārstniecības personas var pamatoti pierādīt, ka paredzamais pozitīvais ieguvums pacientam ievērojami pārsniedz iespējamus riskus.

Situācija, kad personai ar demenci netiek nodrošināti nepieciešamie sociālie pakalpojumi un aprūpe, bet tā tiek aizvietota ar personas piespiedu ievietošanu psihiatriskajā stacionārā (nesaņemot kvalitatīvu informēto piekrišanu) un faktisku piespiedu ārstēšanu, ir pretrunā gan ar cilvēktiesību normām, tostarp ANO Konvencijā par personu ar invaliditāti tiesībām ietvertajām, gan medicīnas ētikas pamatprincipiem, īpaši nekaitēšanas principam. Lai noteiktu piemērotus risinājumus dažādu īpaši mazaizsargātu pacientu grupu, tostarp personu ar demenci, ārstēšanai, ir nepieciešama mērķtiecīga konkrētajai grupai piedāvāto ārstēšanas procesu un prakses izpēte, arī medikamentu lietošanas un hospitalizācijas fakta un apstākļu pozitīvo un negatīvo seku dokumentēšana un analīze.

Neirodeģeneratīvo slimību demences stadijās, kuru pamatpazīme ir smagi neirokognitīvi traucējumi, parasti ir būtiski ierobežotas personas spējas uztvert informāciju, to saprast un atcerēties, pieņemt izsvērtus lēmumus, tostarp lēmumu par ārstēšanu. (Loseviča, 2021) Tāpēc pamatoti uzskatāms, ka personas ar demenci nereti ir ierobežoti spējīgas vai nespējīgas izvēlēties ārstniecības iestādi, spēj ierobežoti vai nespēj izprast ārstēšanas piedāvājumu un sniegt informēto piekrišanu vai atteikšanos no ārstēšanas. No tiesību viedokļa ir nepieļaujami prasīt šādām personām parakstīt "piekrišanu" stacionēšanai psihiatriskajā slimnīcā vai ārstēšanai, ja demences dēļ ir konstatējams lemtspējas ierobežojums vai nespēja pieņemt lēmumus.

Piespiešanu ir salīdzinoši vienkārši piemērot personām ar ierobežotām spējām, it īpaši vecākā gadagājuma cilvēkiem, kuri ir pieraduši pie paternālistiska ārsta–pacienta attiecību modeļa. Lai ierobežotu un izskaustu piespiešanu pret senioriem ar demenci, būtu nepieciešams pētniecības ceļā noskaidrot, kādi ir tiesiskie apstākļi šo cilvēku ievietošanai un ārstēšanai psihiatriskajās slimnīcās, kas un kādā procesā pieņem lēmumus par ārstniecību, kādas ir šo lēmumu sekas uz personas labklājību un veselību, tostarp, vai hospitalizācija bija nepieciešama

vai novēršama. (Maust & Phelan, 2024) Secīgi būtu jāapkopo un jāvērtē dati par piespiešanas piemērošanu šajā pacientu grupā.

Situāciju ar pacientu mirstību un farmakoloģisko drošību psihiatriskajos stacionāros raksturo arī 2023. gada CPT ziņojumā iekļautie dati par pacientu mirstību Aknistes psihoneiroloģiskajā slimnīcā: 2019.–2021. gadā šajā slimnīcā ir miruši 52 pacienti (CPT vizītes laikā slimnīcā uzturējās 325 personas), gandrīz visos gadījumos kā cēlonis norādīta “sirds mazspēja”. Nav noskaidrots, vai un kā šo cilvēku nāves apstākļi varētu būt saistīti ar slimnīcā veiktajām ārstniecības darbībām. CPT ziņojumā ietverts piemērs par Aknistes slimnīcā mirušu 49 gadus vecu pacientu, kura nāves iemesls – sirds mazspēja un koronārā sirds slimība. Šis cilvēks slimnīcā ik dienas ir saņēmis lielas dažādu medikamentu devas (polifarmakoterapija), tostarp četrus pirmās paaudzes antipsihotiskus līdzekļus (arī parenterāli) un klozapīnu. Visi šie medikamenti nelabvēlīgi ietekmē sirdsdarbību, citiem vārdiem – tiem piemīt kardiotoxicitāte. Neraugoties uz to, pacientam netika veikti nepieciešamie sirds izmeklējumi, piemēram, elektrokardiogrāfija, un netika regulāri mērīta medikamentu koncentrācija asinīs (monitorēšana). (CPT, 2023a) CPT norāda, ka pacients Aknistes slimnīcā uzturējies brīvprātīgi. (CPT, 2025) Būtu jāizvērtē, vai pacients ir izvēlējis un devis informēto piekrišanu tik intensīvai medikamentu lietošanai, vai ir bijis informēts par blaknēm, īpaši tām, kas var pasliktināt viņa sirds veselības stāvokli. Jāvērtē, vai ārsts ir apzinājies un informējis pacientu par tā sauktā antipsihotisko līdzekļu supersensitivitātes fenomena iespējamību, kad arvien lielākas medikamentu devas provocē arvien smagāku psihiatrisko simptomātiku, kas savukārt noved pie devas palielināšanas (Lugg, 2022). Tas, ka pacientam ir doti vairāki psihiskus procesus ietekmējoši medikamenti vienlaikus (polifarmācija), liek šaubīties par pacienta spēju sniegt informēto piekrišanu. Latvijas atbildē CPT nav norādīts, ka valsts būtu ierosinājusi veselības aprūpes kvalitātes pārbaudi iestādē vai tādu būtu plānojusi. Nav minēti prakses uzlabojumi, kas atbilstu mūsdienu farmakoloģiskās drošības principiem (piemēram, ieviesta klīniskā farmakologa slodze vai nodrošināta valsts apmaksātā antipsihotisko līdzekļu koncentrācijas noteikšana asinīs). Latvijā arī neplāno turpmāk sistēmiski veikt psihiatriskajās slimnīcās mirušo cilvēku nāves apstākļu izvērtēšanu un arī autopsiju, lai noskaidrotu, vai nāve bija novēršama. (CPT, 2023b)

1.3. Piespiedu ārstēšanas piemērošana saskaņā ar Ārstniecības likuma 68. pantu

Pēc SPKC datiem, 2018. gadā piespiedu ārstēšana stacionārā (“piespiedu psihiatriskā ārstēšana stacionārā ar apsardzi” un “piespiedu psihiatriskā ārstēšana pēc tiesas lēmuma”) tika piemērota 335 reizes 298 unikāliem pacientiem, kas ir 1,8% no kopējā hospitalizāciju skaita; 2019. gadā – 281 reizes 243 pacientiem, atbilstoši 1,6%; 2021. gadā – 280 un 253 (2%), 2022. gadā – 261 un 240 (1,7%).

Izceļas 2020. gads, kad salīdzinājumā ar kopējā hospitalizāciju skaita samazinājumu, pakalpojums tika sniegts 131 reizes 131 personai (jeb 0,9% no visām hospitalizācijām). (SPKC, 2025c) Būtu padziļināti jāanalizē 2020. gada dati un jānoskaidro statistikas rādītāju izmaiņu iemesli. Jāanalizē, vai starp piespiedu kārtā ārstētām personām ir tādas, kuru stacionēšana un piespiedu ārstēšana būtu novēršama (piemēram, personas ar intelektuālās attīstības traucējumiem, demenci, hroniski noritošām slimības formām ar regulāriem un paredzamiem paasinājumiem); jāizzina iemesli, kāpēc vairākām personām šis pakalpojums tiek sniegts atkārtoti gada laikā (nepietiekama ambulatorā aprūpe vai sevišķi nelabvēlīga slimības norise¹⁰). Lai gan tiesas apstiprināto nebrīvprātīgo hospitalizāciju biežums 2022.–2023. gadā bija 14–14,8 gadījumi uz 100 000 iedzīvotāju,¹¹ kas ir viens no zemākiem rādītājiem Eiropā (Kelly, 2019), ir jāņem vērā, ka minētie dati neietver nebrīvprātīgi stacionētos pacientus, kuri vēlāk parakstīja veidlapu par ārstēšanos stacionārā un/vai kuriem nebija nepieciešams slimnīcā ārstēties ilgāk par Ārstniecības likumā paredzētajām 72 stundām.

Šī raksta autoru apkopotie dati par Latvijas tiesās saņemto psihiatrisko slimnīcu iesniegumu skaitu ar lūgumu pieņemt lēmumu par piespiedu ārstēšanas piemērošanu laikā no 2018. gada līdz 2023. gada septembrim liecina par piespiešanas piemērošanas gadījumu skaita palielināšanos. Proti, rajona tiesas 2018. gadā saņēmušas 128, 2019. gadā – 144, 2020. gadā – 138, 2021. gadā – 167, 2022. gadā – 170, bet līdz 2023. gada septembrim – 137 iesniegumus par piespiedu ārstēšanas piemērošanu Ārstniecības likuma 68. pantā noteiktā kārtībā. (Kadile & Olsena, 2023) Jānorāda, ka bez papildu izpētes nav iespējams noteikt, vai šie dati atspoguļo formālās piespiešanas reālo pieaugumu vai tikai tiesiskā mehānisma lietošanas biežuma pieaugumu.

Dati par piespiešanu ir atrodamī arī CPT 2023. gada ziņojumā. Tajā norādīts, ka Daugavpils psihoneiroloģiskajā slimnīcā 2020. gadā no 3484 hospitalizācijām astoņas bijušas piespiedu hospitalizācijas saskaņā ar Ārstniecības likuma 68. pantā noteikto, 2021. gadā – 14 (no 2949 hospitalizācijām). Kopš 2022. gada janvāra līdz maijam, kad notika CPT vizīte, neesot bijis neviena piespiedu hospitalizācijas gadījuma. Tas ir pārsteidzoši, ņemot vērā kopējo hospitalizāciju skaitu un faktu, ka iestāde sniedz neatliekamo psihiatrisko palīdzību akūtos stāvokļos, kad ierobežota lemtspēja, tostarp pārejoša, ir bieža varbūtība. Aknīstes psihoneiroloģiskajā slimnīcā 2020.–2022. gadā piespiedu hospitalizācijas procedūra piemērota tikai dažas reizes. (CPT, 2023a) Ņemot vērā, ka Aknīstes

10 Piemēram, kāds gados jauns pacients, kuram bija noteikts ambulators medicīniskais piespiedu līdzeklis, tika saskaņā ar Ārstniecības likuma 68. pantu stacionēts psihiatriskajā slimnīcā 15. reizi mūžā (Kurzemes rajona tiesa, 2021) – mājās lietojis alkoholu, sagatavojis cilpu un atvēris gāzes plīts degļus, mēģinājis veikt pašnāvību. Tas liecina, ka personai netika sniegts pietiekams atbalsts, dzīvojot kopienā.

11 Iedzīvotāju skaita datu avots: Oficiālās statistikas portāls, 2025.

psihoneiroloģiskajā slimnīcā tiek ārstētas personas ar hroniski un nelabvēlīgi noritošām psihisko slimības formām un intelektuālās attīstības traucējumiem, ir pamats domāt, ka daļai šo personu var piemist stabili/noturīgi lemtspējas trūkumi. Tas arī norāda uz to, ka personas tiek ilgstoši ārstētas bez informētās piekrišanas saņemšanas un arī bez tiesiskās aizsardzības, kas piemērojama gadījumos, ja ārstēšana pieļaujama piespiedu veidā.

Atbilstoši NPVC publicētajiem nacionālajiem datiem 2023. gadā psihiatriskās slimnīcas uz tiesu nosūtīja dokumentus par 174 civilās piespiedu ārstēšanas gadījumiem, no kuriem tiesas apstiprināja 156. Viena slimnīca nosūtīja pieteikumus par 30 pacientiem, un tiesa piespiedu ārstēšanas nepieciešamību apstiprināja visos šajos gadījumos. (NPVC & NVD, 2024b) Aptaujā iegūtie dati, visticamāk, attiecas nevis uz unikāliem pacientiem, bet uz ārstēšanas gadījumiem (stacionārās veselības aprūpes epizožu skaitu). Pieredze liecina, ka faktiski piespiedu stacionēšanas un ārstēšanas gadījumi notiek daudz biežāk – daudzi pacienti vēlāk paraksta piekrišanu ārstēties stacionārā, un process tiesā netiek uzsākts (sk. gadījuma aprakstu tālāk). Minētie dati atspoguļo tikai tos pacientus, kuri nav parakstījuši veidlapu par iestāšanos stacionārā un kuri slimnīcā tiek turēti ilgāk par Ārstniecības likumā paredzētajām 72 stundām.

Diemžēl tiesu nolēmumi lietās, kurās ir piemērota piespiedu ārstēšana, netiek anonimizēti un tāpēc nav publiski pieejami, nav pētīti un analizēti. Tiesu spriedumu nepieejamība apgrūtina tiesu sistēmas darbības pārredzamību piespiešanas piemērošanas lietās.

1.4. Piespiešana pēc tuvinieku pieprasījuma vai sadarbībā ar tuviniekiem un neformāla piespiešana

Atsevišķi ir jāvērtē, vai, kādā kārtībā un kādā mērā ir pieļaujama personu ar būtiski traucētām vai zaudētām lēmumu pieņemšanas spējām ievietošana un ārstēšana psihiatriskajā slimnīcā, pamatojoties uz tuvinieka dotu piekrišanu. Latvijā nav pieejami dati par šādiem pacientiem un par šo pacientu tiesību aizsardzības iespējām. CPT ziņojumā par 2022. gada vizīti Aknīstes psihoneiroloģiskajā slimnīcā ir norādīts:

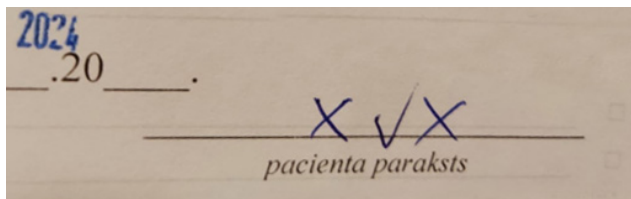
“Daudzi no šiem pacientiem nespēja sniegt informēto piekrišanu savai hospitalizācijai (vai ārstniecībai) nopietnu kognitīvo nepilnību dēļ, un slimnīcas personāls pilnībā piekrit šim novērtējumam. Līdz ar to komitejai radās nopietnas bažas par to, ka slimnīcas vadība šos pacientus uzskatīja par brīvprātīgi izdarījušiem izvēli.” (CPT, 2023a)

Vēl 2007. gadā CPT delegācija konstatēja, ka psihiatrisko stacionāru pacienti parakstījuši piekrišanu gan stacionēšanai, gan ārstēšanas plānam, būdami neinformēti un tādā veselības stāvoklī, kas liedza viņiem pieņemt apzinātu lēmumu. Jau toreiz tika uzsvērta nepieciešamība nodrošināt psihiatrisko slimnīcu personālam

mācības par cilvēktiesību jautājumiem, īpaši par spīdzināšanas un sliktas apiešanās pazīmju atpazīšanu. (Committee against Torture, 2007; CPT, 2009)

CPT 2023. gada ziņojumā ir aprakstīta neformālā (likumā neparedzētā) piespiešana Daugavpils psihoneiroloģiskajā slimnīcā, kad personāls un/vai piederīgie pierunā pacientu parakstīt piekrišanas stacionēšanai veidlapu, nepaskaidrojot personai tiesības brīvi atstāt slimnīcu. Vairāku pacientu, kuriem ir bijusi ierobežota rīcībspēja un arī acīmredzams medicīniskās lemtspējas deficīts, piekrišanas veidlapu parakstījis gan pats pacients, gan viņa aizgādnieks. (CPT, 2023a)

Raksta autoru klīniskā pieredze liecina, ka, protestējot pret pierunāšanu un piespiešanu, pacienti mēdz informētās piekrišanas veidlapās apzināti likt “viltus parakstus” – krustiņus, citas zīmes vai lamu vārdus (sk. attēlu). Šādu rīcību var uzskatīt par ekvivalentu tiesību zinātnē pieņemtajai tradīcijai pievienot “V. C.” (latīņu val. *vi coactus*) pie paraksta, ja parakstīšana notiek spaidu ietekmē.



Attēls. Pacienta “viltus” paraksta piemērs. Pacients stacionārā iestājās 46. reizi. Paraksts tika uzskatīts par brīvās informētās piekrišanas rakstisku apliecinājumu. No raksta autoru klīniskās prakses arhīva.

Par pacientu sistēmisku piespiešanu ilgākā laika periodā liecina arī Veselības inspekcijas dati par 2018.–2020. gadā izskatītajām sūdzībām un veiktajām kontrolēm, kurus viena no raksta autorēm analizēja pētniecības sākumposmā 2021. gadā. 2018. gadā inspekcija saņēma 39 iesniegumus par psihiatriskās palīdzības iestādēm, no kuriem par pamatotiem atzina 18; 2019. gadā attiecīgi 39 un 7, 2020. gadā – 45 un 12 iesniegumus. Inspekcija 2018. gadā deviņās psihiatriskās ārstniecības iestādēs veica tematiskās pārbaudes, no kurām piecās tika konstatētas nepilnības pacientu vai viņu likumisko pārstāvju rakstveida piekrišanas saņemšanas kārtībā. Pārbaudēs tika atklāti gadījumi, kad lēmumus par pacientu mehānisku ierobežošanu un tās pārtraukšanu nebija pieņēmis ārsts vai par šo faktu nebija ieraksta medicīniskajā dokumentācijā. Tika konstatēts, ka vairākās iestādēs nebija novērošanas palātas¹². Veselības inspekcija secināja, ka tikai atsevišķās iestādēs regulāri tiek dokumentēti to pacientu veselības stāvoklis, kuriem piemēroti ierobežojoši līdzekļi (lielākoties mehāniska ierobežošana), un

¹² Ievietošana novērošanas palātā ir mazāk ierobežojošs līdzeklis nekā mehāniskā fiksācija vai medikamentu ievadišana pret pacienta gribu.

ka pat vienas iestādes nodaļās nav vienotas pieejas dokumentācijas veikšanā.¹³ Septiņās iestādēs tika konstatēts, ka ierobežojošo līdzekļu žurnālos netiek reģistrēta medikamentu ievadišana intramuskulāri agresīvu, psihomotori uzbudinātu pacientu nomierināšanai. (Veselības inspekcija, 2021)

CPT 2023. gadā norādījusi uz prettiesisku ierobežojošo līdzekļu lietošanas praksi brīvprātīgiem pacientiem. (CPT, 2023a) Iepriekš CPT bija norādījusi uz medikamentu piespiedu ievadišanu (CPT, 2005; CPT, 2009) un pacientu ievietošanu slēgta tipa palātā (CPT, 2001), to neregistrējot kā ierobežojošā līdzekļa piemērošanu. CPT iepriekš arī dokumentējusi, ka mehāniskās ierobežošanas laikā pacienti neatrodas pastāvīgā un tiešā medicīnas personāla novērošanā (CPT, 2017). No 2023. gadā publicētā CPT ziņojuma par ierobežojošo līdzekļu lietošanu un lietošanas reģistrācijas prasību precīzu izpildi, kā arī par pacienta informētās piekrišanas tiesību nodrošināšanu, nav secināms, ka Latvijā būtu dokumentēti nepieciešamie uzlabojumi.

Autorēm zināms, ka raksta tapšanas laikā Latvijas slimnīcās vēl ir slēgta tipa psihiatrijas nodaļas ar palātām, kurās drošības apsvērumu dēļ tiek ieslēgti vairāki pacienti (“pašaprūpes nodrošinājuma palātas”) (NPVC & NVD, 2024c)¹⁴. NPVC Neatliekamās medicīniskās palīdzības un pacientu uzņemšanas nodaļā pacienti atrodas arī vienvietīgos boksos (“observācijas palātās”), no kuriem nevar patstāvīgi izkļūt, bet mehāniskās ierobežošanas gadījumā tiek novēroti attālināti, ar videokamerām. Tādā veidā ierobežojošo līdzekļu lietošana tiek slēpta aiz pašaprūpes veicināšanas un observācijas nepieciešamības.

Minētais norāda, ka uzraugošās iestādes (Veselības inspekcija un CPT) ir konstatējušas pārkāpumus pacientu tiesību aizsardzībā, bet nav veikta padziļināta šo pārkāpumu cēloņu analīze. Nav noskaidrots, piemēram, vai ierobežojošo līdzekļu lietošana tiešu un tūlītēju draudu gadījumā, ja nav bijusi ārsta klātbūtne, bija situācijas spiesta nepieciešamība, proti, ārsts konkrētajā brīdī neuzturējās nodaļā, un kavēšanās būtu radījusi apdraudējumu pacienta un/vai citu personu veselībai, vai arī piespiešana bez ārsta apskates tika piemērota citu iemeslu dēļ. Ja netiek noskaidroti pārkāpumu cēloņi un netiek veikta iespējamo pārkāpumu prevencijas pasākumu sagatavošana un izpilde, kontrolējošo iestāžu pārbaudes nav produktīvas. Tikai tad, ja tiktū izzināti piespiešanas iemesli un pārkāpumu raksturs, būtu iespējams šādus pārkāpumus novērst nākotnē.

13 Ja pacientam kā ierobežojošs līdzeklis tiek piemērota mehāniska ierobežošana, tas ir, piesiešana ar saitēm vai siksnām pie gultas, ārstniecības personai pieauguša pacienta veselības stāvoklis jāpārbauda ne retāk kā ik pēc 15 minūtēm, nepilngadīgā – ne retāk kā ik pēc 10 minūtēm. (Ministru kabinets, 2024a)

14 Šajās palātās ne vienmēr tiek nodrošināta nepārtraukta personāla klātbūtne, piemēram, sanitāra prombūtnes brīdī 2024. gadā VSIA NPVC tādā palātā pacients pakārās. Iekšējai pārbaudei nesekoja būtiski prakses uzlabojumi.

1.5. Piespiešana psihiatriskajā slimnīcā kā pacientu tiesību aizskāruma sekas – prakses piemēri

Gan autoru veiktā tiesu prakses materiālu analīze par piespiedu ārstēšanas piemērošanu, gan darba pieredze psihiatrijā un juridiskās palīdzības sniegšanā liecina, ka nereti ārstniecības personu neprofesionāla un nepieļaujama rīcība pret pacientiem, kā arī pacientu tiesību neievērošana rada konfliktus, veicina piespiešanu vai pat ir iemesls piemērot piespiedu pasākumus cilvēkiem ar garīgiem traucējumiem. Minēto var raksturot ar piemēru no raksta autores klīniskā darba pieredzes:

2023. gadā Neatliekamās palīdzības dienests, reaģējot uz policijas izsaukumu, nogādā psihiatriskajā slimnīcā (VSIA “Rīgas Psihiatrijas un narkoloģijas centrs”) jaunu vīrieti tāpēc, ka viņš ir trokšņojis daudzdzīvokļu mājas kāpņutelpā, klauvējis pie svešām durvīm, runājis aplamības, policijai sniedzis dažādus savas uzvedības neadekvātus argumentus. Cilvēks cieš no šizofrēnijas spektra traucējumiem. Slimnīcā šo cilvēku ievieto bez viņa piekrišanas, lai gan nedz Neatliekamās palīdzības dienests, nedz Valsts policija nav dokumentējusi, ka ir konstatētas Ārstniecības likuma 68. panta pirmajā daļā noteiktās pazīmes par draudēšanu sev vai citiem vai par bezpalīdzību. Cilvēks traucējis sabiedrības mieru, jo daudzījies pie svešām durvīm un runājis aplamības. Viņš ir piemēroti apģērbies, komunicē ar ārstu (cik nu pats vēlas) un policijas darbiniekiem, norāda, ka apmeklē psihiatru ambulatori, nosauc medikamentus, telefoniski sarunājas ar citiem cilvēkiem. Slimības vēsturē nav atrodami fakti, kas liecinātu, ka “pacientam ir psihiskās veselības traucējumi, kuru iespējamās sekas varētu būt nenovēršama un nopietna personas veselības pasliktināšanās” (Saeima, 1997, 68. panta pirmā daļa). Tikai pēc tam, kad uzņemšanas nodaļas ārsts, nesaņēmis informēto piekrišanu, piespiedu veidā sāk pacientu fiziski izmeklēt, pacients sāk protestēt un pretoties. Šādu rīcību ārsts novērtē kā draudus izrēķināties. Pacients vēlas slimnīcu atstāt, bet sanitārs mēģina pacientu apturēt, izraisot konfliktu.¹⁵ Slimnīcas darbinieki nekavējoties izmanto piespiešanas līdzekļus – izolēšanu observācijas palātā, mehānisku fiksāciju un farmakoloģisku imobilizāciju. Vēlāk pacientam medikamenti ievadīti atkārtoti, viņa apskati veikusi vairāki uzņemšanas nodaļas ārsti. Ārsti arī norādījuši, ka medikamenti bez pacienta piekrišanas ievadīti atbilstoši Ārstniecības likuma 69.¹ pantā noteiktajam, proti, “.. pastāv tieši draudi, ka pacients psihisku traucējumu dēļ var nodarīt miesas bojājumus sev vai citām personām, vai pacients izrāda vardarbību pret citām personām un ar mutisku pārliecināšanu nav izdevies pārtraukt apdraudējumu” (Saeima, 1997). Fakti par to, ka kāds tiek tieši apdraudēts, nav konstatēti. Nav datu, ka pacients būtu informēts par savām tiesībām apstrīdēt ārsta lēmumu par ierobežojošo

¹⁵ Nevienā ārstniecību regulējošā tiesību aktā sanitāram nav noteiktas tiesības vai pienākums atturēt pacientu no stacionāra atstāšanas.

lidzекļu lietošanu. Pēc medikamentu ievadīšanas pacients bijis “miegains”, šādā stāvoklī nākamās dienas rītā viņu izmeklējis psihiatru konsiljijs, piedaloties slimnīcas virsārstei. Tas pats ārsts, kas pacientu izprovocēja uzņemšanas nodaļā, ir veicis gan pacienta informēšanu, gan piedalījies konsilijā. Konsilija laikā pacients parakstījis veidlapu par stacionēšanu, kā pats pamatoja – “lai varētu ātrāk izrakstīties”.

Šajā piemērā redzams, ka persona tika ievietota ārstniecības iestādē bez viņas piekrišanas un bez tiesiska pamata.¹⁶ Drīz pēc tam pret šo personu veikti piespiedu pasākumi – persona gan izolēta, gan mehāniski un farmakoloģiski ierobežota. Pamatojums šādai rīcībai nav saskatāms, tādēļ nav attaisnojama ierobežošana, ierobežojošu līdzekļu piemērošana observācijas palātā, kas netiek uzskatīta par pacienta stacionēšanu slimnīcā. Slimnīcas uzdevums ir sniegt palīdzību, taču šajā gadījumā redzams, ka tās rīcība pacientam nodara kaitējumu, nevis palīdz. Slimnīcas amatpersonu un darbinieku rīcībā, iespējams, ir saskatāmas noziedzīga nodarījuma pazīmes, atbildība par kurām paredzēta Krimināllikuma 152. pantā (nelikumīga brīvības atņemšana – pret pacientu prettiesiski pielietojot ierobežojošos līdzekļus) un 155. pantā (nelikumīga ievietošana psihiatriskajā slimnīcā). Piemērs arī parāda, ka psihiatri neizprot atšķirību starp farmakoloģisko ierobežošānu un psihiskās slimības paasinājuma ārstēšanu ar medikamentu injekcijām. Šāda pieeja var tikt izskaidrota ar klīniskajā algoritmā “Akūtu psihotisku traucējumu un pirmās šizofrēnijas epizodes atpazīšana, vadīšana un ārstēšana” ieteikto medikamentu ievadīšanu pret pacienta gribu, kas tiek saukta par straujo sedāciju un tiek aplami pamatota ar Ārstniecības likuma 68. pantu. Algoritmā netiek uzsvērta nepieciešamība vispirms vērtēt brīvprātīga pacienta tiesisko statusu un atbilstošu kritēriju gadījumā uzsākt tiesību ierobežošanas procesu. Turpat tiek arī ieteikts medikamentus ievadīt atkārtoti, arī ilgstošas darbības preparātu (SPKC, 2019b)¹⁷, kas neatbilst ierobežojošo līdzekļu lietošanas koncepcijai. Gadījums demonstrē, ka, veicot nebrīvprātīgo stacionēšanu, ārstniecības iestāde izmanto varu un pārkāpj pacienta tiesības uz brīvību, informēto piekrišanu un autonomiju, ar piespiešanu un iebiedēšanu panāk “pacienta piekrišanu”. Šādi var slēpt piespiedu ārstēšanu, jo pacients “piekrišanu ir parakstījis”. Šādā situācijā persona riskē zaudēt tiesības saņemt kompensāciju par piespiešanas līdzekļu un ārstēšanā izmantoto līdzekļu blakņu radīto kaitējumu veselībai, jo tiek prezumēts, ka, parakstot informēto piekrišanu, viņš brīvprātīgi ir uzņēmis riskus par

16 Analizētajā slimības vēsturē aprakstītajos faktiskajos apstākļos nav atrodamas arī tiesisks pamats personas nebrīvprātīgai nogādāšanai uz psihiatrisko stacionāru – atbilstoši nacionālajai tiesu praksei tā ir nevis sabiedriskās kārtības vai miera traucēšana vai neadekvāta uzvedība, bet Ārstniecības likuma 68. panta pirmās daļas nosacījumu vai Ministru kabineta 2018. gada 28. augusta 555. noteikumu 118.2.6. apakšpunkta nosacījumu sastāvs (Rīgas pilsētas Vidzemes priekšpilsētas tiesa, 2018; Administratīvā rajona tiesa, 2023).

17 Tiek ieteikts *Zyclopentixol* – depo, kura darbība sākas pakāpeniski un ilgst 4–72 stundas (Tērauds u. c., 2013).

medikamentu zināmām, paredzamām un nenovēršamām blaknēm, par kurām ir ticis informēts.

Minams arī cits piemērs – slimnīcā ievietota persona ar izteiktiem intelektuālās attīstības traucējumiem. Cilvēks audzis bērnunamā, pēc atkārtotām zādzībām notiesāts par zādzībām (Krimināllikuma 175. panta trešā daļa), piemērojot brīvības atņemšanu uz sešiem mēnešiem un medicīniska rakstura¹⁸ piespiedu līdzekli – ārstēšanās pienākumu pie psihiatra ambulatori. Jānorāda, ka tiesas lēmums daļā par medicīniska piespiedu līdzekļa noteikšanu nebija pamatots ar zinātniskiem pierādījumiem, kuri ļautu sagaidīt, ka ambulatorās psihiatra konsultācijas varētu mazināt vidēji smagas intelektuālās attīstības traucējumu radītās sekas vai atturēt personu no zādzību veikšanas nākotnē. (Rīgas rajona tiesa, 2019) Intelektuālās attīstības traucējumu dēļ cilvēks neizprata tiesas uzlikto pienākumu ārstēties un neapmeklēja psihiatru, tāpēc 2021. gada rudenī policija viņu nogādāja ārstniecības iestādē tālu no mājām, citā pilsētā. Par notikušo pacients bija dusmīgs, nesaprata, kāpēc viņu atveduši, stāstīja, ka strādā gateri par strādnieku, norādīja, ka sūdzību viņam nav, protestēja un pretojās ievietošanai slimnīcā. Tomēr tika aizturēts psihiatriskajā stacionārā, pamatojoties uz Ārstniecības likuma 68. panta pirmo daļu. Tam sekoja pacienta mēģinājums bēgt un tāpēc sakaušanās ar sanitāru. Uzsverams, ka pirms tam tiesa nebija noteikusi pacientam kriminālprocesuālu medicīnisku piespiedu līdzekli ar ārstēšanu stacionārā. Ne pirms piespiedu nogādāšanas slimnīcā, ne uzņemšanas nodaļā nebija konstatēti Ārstniecības likuma 68. pantā norādītie apstākļi, kuri pieļautu piespiedu ārstēšanu. Tiesa neapstiprināja psihiatru konsilija lēmumu par nebrīvprātīgu psihiatrisku palīdzību stacionārā, neskatoties uz ārstniecības iestādes pārstāves argumentiem par iepriekš veiktajām zādzībām un kautiņu ar sanitāru¹⁹. Prokurors nav ierosinājis gadījuma pārbaudi pēc lietas materiāliem, lai novērstu līdzīgu gadījumu atkārtēšanos nākotnē. (Loseviča u. c. 2024; Rīgas pilsētas Vidzemes priekšpilsētas tiesa, 2021d) Šī piemēra apstākļi ir visnotaļ līdzīgi Eiropas Cilvēktiesību tiesas lietā *R. D. and I. M. D. v. Romania* un īpaši lietā “*O. G. pret Latviju*” (ECtHR, 2016) norādītajiem apstākļiem, kur par krāpšanos tiesāta persona nepakļāvās tiesas spriedumam par medicīniska piespiedu līdzekļa – ambulatorās ārstēšanas – piemērošanu un tika prettiesiski ievietota RPNC.

Medicīniska piespiedu līdzekļa noteikšanas problemātiku, tostarp tā nepamatotu noteikšanu un nepiemērota medicīniska piespiedu līdzekļa veida izvēli,

18 Vārds “rakstura” Krimināllikuma un Ārstniecības likuma normās ir lieks un izskaužams, tas ieviesies krievu valodas ietekmē. Latviešu valodā labskanīgāks ir formulējums “medicīnisks piespiedu līdzeklis”, ko autore lieto šajā rakstā, izņemot gadījumus, kad citēta likuma norma vai citu autoru avots.

19 Atbilstoši PVO norādēm, intelektuālās attīstības traucējumi pieder pie izņēmuma gadījumiem, kad piespiedu ārstēšana nevar tikt piemērota. (Freeman & Pathare, 2005)

raksta autore ir aprakstījusi iepriekš (Loseviča & Losevičs, 2022a; Loseviča & Losevičs, 2022b). Ņemot vērā pret īpašumu vērsto nodarījumu multifaktoriālu raksturu un pierādījumu trūkumu, ka to recidīvus varētu novērst ārstniecības pasākumi, autore aicina tiesu psihiatrijas ekspertus izbeigt tradicionālu praksi rekomendēt tiesai šādos gadījumos personas ar psihiskiem vai intelektuālās attīstības traucējumiem atzīt par sabiedriski bīstamām un piemērot medicīnisku piespiedu līdzekli. Aprakstītie un līdzīgi piemēri tiesu prakses materiālos norāda uz situācijām, kurās pacienta cilvēktiesību un cieņas aizskaršanu izraisa ārstniecības personu neprofesionāla rīcība pacientu tiesību jomā. Šāda rīcība ietver pacientu neatļautu aizskaršanu, kas savukārt provocē konfliktsituāciju. Šādas situācijas ārstniecības personas nereti izmanto, lai piemērotu piespiešanu, lai gan nav dokumentēti fakti, kas liecinātu, ka pacients reāli apdraud vai pietiekami ticami varētu apdraudēt sevi vai citas personas. Raksta autore uzskata, ka šādi piemēri liecina, ka garīgās veselības aprūpes nozarē nenotiek nepieciešamā profesionālā diskusija par piespiešanas ētiski attaisnotu un juridiski pamatotu izmantošanu, to zinātnisko pamatotību un iespējamo kaitējumu pacientiem, kā arī netiek analizēti CPT ziņojumi Latvijai, nacionālo tiesu un Eiropas Cilvēktiesību tiesas spriedumi lietās pret Latviju. Pētot piespiešanu, autore secina, ka Latvijā ārstniecības personas ir gatavas plaši piemērot piespiešanu dažādās situācijās, neizvērtējot tās kaitīgo ietekmi un bezjēdzību.

1.6. Piespiešana elektrokonvulsīvās terapijas lietošanas kontekstā

Par piespiešanas fenomena Latvijā salīdzinoši jaunu izpaušmi liecina pieejamie dati par elektrokonvulsīvās jeb elektrokonvulsiju terapijas (EKT) izmantošanu. Metodes neirobioloģiskās un terapeitiskās iedarbības mehānisms nav īsti skaidrs. Strāvas iedarbības princips psihiatrijā un vispārējā medicīnā (veicot kardioversiju un defibrilāciju) ir vienāds – elektriskā strāva iziet cauri orgānam pa mazākās pretestības ceļu (veicot EKT – caur smadzenēm), savā ceļā neizbēgami radot audu elektrisko traumu (Munkholm et al., 2021) un, visticamāk, izraisot šūnu repolarizāciju (Rosenthal et al., 2025). EKT seansa laikā strāva pacientam izraisa epilepsijai līdzīgus krampjus jeb konvulsijas. EKT nav absolūtu kontrindikāciju, to var piemērot gan psihisku, gan neiroloģisku slimību gadījumā²⁰, gan brīvprātīgiem, gan piespiedu kārtā hospitalizētiem pacientiem (Methfessel et al., 2018), tostarp arī kā piespiešanas līdzekli (Lenzen & Grözinger, 2019). Metodei ir iespējamās nopietnas blaknes: encefalopātija, atmiņas zudums, vēlinās krampju lēkmes un pēkšņa nāve (Hillow et al., 2021). Nesen EKT aparāta ražotājs *Somatics LLC* iekļāva riska sarakstā “permanento smadzeņu bojājumu” (Read et al., 2021).

20 Rakstā netiek analizēta EKT lietošana neiroloģisko slimību, piemēram, autoimūna encefalīta, un atkarību gadījumos.

Pretrunīgi dati par EKT efektivitāti un riskiem veicināja metodes lietošanas samazināšanos, izskanēja aicinājumi EKT aizliegt vispār, dažās valstīs tā nav pieejama. ANO ir aicinājusi izskaust piespiedu un nebrīvprātīgu EKT lietošanu, pielīdzinot to spīdzināšanai un cietsirdīgai attieksmei. (WHO & UN, 2023)

No cilvēktiesību aizsardzības skatpunkta, lai nodrošinātu personas tiesības uz brīvu un informētu piekrišanu šai procedūrai, īpaši, lai nepieļautu cietsirdīgu izturēšanos un spīdzināšanu, svarīgi ir iegūt informēto piekrišanu. Īpaša vērība ir jāpievērš, ja EKT tiek piedāvāta pacientiem, kuri slimnīcā tiek ārstēti nebrīvprātīgi, proti, Ārstniecības likuma 68. panta noteiktajā kārtībā vai saskaņā ar tiesas nolēmumu par medicīniska piespiedu līdzekļu piemērošanu. Tā kā persona atrodas ilgstošā brīvības atņemšanas un piespiedu ārstēšanas situācijā, uzskatāms, ka EKT izmantošana ir piespiedu līdzeklis arī tad, ja šī persona ir parakstījusi piekrišanu. Psihietriem labi ir zināms t. s. insaita trūkuma jeb slimības apziņas trūkuma disimulācijas risks – piespiešanas situācijā pacients var sniegt sociāli vēlamas atbildes vai formāli parakstīt veidlapas, lai tikai paātrinātu izrakstīšanu no slimnīcas.

Ārstam, iesakot EKT, ir pienākums nodrošināt individualizētu pieeju pacienta informēšanai, izskaidrojot, kāpēc tiek ieteikta tieši šī metode, kāds konkrēts labums no tās ir sagaidāms, kādas ir iespējamās blaknes un sekas, kā arī izklāstot alternatīvas ārstēšanas iespējas (UN, 1991). Daudzās valstīs ir izstrādātas speciālas prasības, kā pacientu informēt un iegūt informēto piekrišanu EKT, jo pacienta izpratne par veselības traucējumiem, kuru dēļ ieteikta EKT, ir piekrišanas priekšnosacījums. (Mankad, 2015; Scott & Prowacki, 2019) Ārstējošajam psihiatram būtu jānosaka visnotaļ augsts brīvprātīgās informētās piekrišanas sniegšanai minimāli nepieciešamais psihisko spēju un izpratnes līmenis – ar galvas mēšanu un paraksta sniegšanu vien nepietiek. (Mankad, 2015)

Pacientu psihiskās spējas, slimības apziņa un izpratne par piedāvāto EKT slēgta tipa stacionāros vēsturiski ir bijušas pētnieku uzmanības centrā. Populāciju pētījumos novērots, ka pacientiem nereti trūkst šo psihisko spēju: pacientiem novēro mutismu (viņi nerunā un neatbild uz jautājumiem) un/vai aģitāciju (izteikts psihomotors uzbudinājums ar straujām kustībām); pacienti uzskata, ka EKT tiek viņiem rekomendēta, lai viņi nomirtu, lai no viņiem atbrīvotos vai sodītu. Daļa pacientu sevi neuzskata par slimu un neattiecina informāciju par EKT uz sevi. (Kaufmann et al., 1981) Slimīgo pārdzīvojumu iespaidā, uztverot EKT kā sodu vai eitanāziju, pacienti var arī piekrist EKT – to sauc arī par murgainu piekrišanu EKT (Bersani et al., 2020). Pētot pacientu lemtspēju piekrist EKT, tiek lietoti būtiski izslēgšanas kritēriji, piemēram, pētījumā netiek iekļautas personas ar katatoniju (EKT mērķauditoriju) un tās, kurām MMSE testa (angļu val. *Mini-Mental State Examination*) rezultāts ir mazāks par 20 punktiem. (Lapid et al., 2024) Lielākajai daļai pacientu ar šizofrēniju, kuri saņēmuši EKT,

trūkst lemtspējas piekrišanai, un tikai neliela daļa no viņiem pēc EKT atgūst šo spēju. (Plahouras et al., 2021)

Daudzviet pasaulē atbilstoši ekstraordinārās ārstēšanas doktrīnai pacienta vietā piekrišanu EKT var sniegt nevis pacienta pārstāvji lēmumu pieņemšanai, bet gan neatkarīga institūcija, piemēram, tiesa vai medicīnas padome (Gutheil & Appelbaum, 2019), un ir paredzēti papildu tiesību aizsardzības mehānismi, piemēram, piekrišanas atlikšana uz 24 h, konsultācija par lemtspēju, ziņošana neatkarīgai uzraugošai institūcijai (Harris, 2006). Vācijā saskaņā ar Vācijas Civillikuma 1906.a paragrāfu (Federal Ministry of Justice, 2021) ir iespējama medicīniskā iejaukšanās pret pacienta “dabisku gribu”, ja procedūrai piekrit pacienta aizgādnis, tostarp ir iespējams arī veikt piespiedu EKT. (Conca, 2022; Zilles et al., 2018)

Vairākās Eiropas valstīs EKT lietošanu regulē īpaši normatīvie akti – lai veiktu dzīvību glābjošu EKT pacientam, kuram ir ierobežotas piekrišanas spējas, psihiatram ir jāsaņem medicīnas vai ētikas komitejas apstiprinājums un neatkarīgā psihiatra viedoklis. (Krarup et al., 2024) Pacienti, kuri saņēmuši nebrīvprātīgu EKT, atrodas riska grupā, un vismaz gadu būtu jāmonitorē viņu veselības stāvoklis, vērtējot izdzīvošanas rādītājus. Nāves riska faktori ir vīriešu dzimums, vecums virs 70 gadiem un organiska psihiska slimība kā indikācija EKT veikšanai. (Salagre et al., 2021)

Lai mazinātu EKT radītos riskus, dažās valstīs par EKT veikšanu bez pacienta piekrišanas ir noteikti sodi, piemēram, Dienvidaustrālijā sods var būt pat 50 000 dolāru vai četri gadi ieslodzījumā (The Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists, 2017). Norvēģijā EKT lietošana bez informētās piekrišanas vai pat piespiedu kārtā ir ētiski un tiesiski (kā galējā nepieciešamība krimināltiesību ietvaros) attaisnojama vien dzīvības glābšanas nolūkā. (Dahlberg et al., 2021; Salagre et al., 2021)

Latvijā 20. gadsimtā EKT tika plaši lietota, pārsvarā konvencionālā veidā – bez miorelaksantu izmantošanas, jo tolaik vispārējās anestēzijas risks tika uzskatīts par lielāku nekā potenciālais ieguvums (Ministerstvo Zdravoohraneniya SSSR, 1989). Pēc neatkarības atgūšanas EKT kā medicīnas tehnoloģija Latvijā reģistrēta 2003. gadā, taču tajā laikā ļoti maz lietota. (Latvijas Cilvēktiesību centrs, 2006) Pētnieki ir apkopojuši datus par EKT lietošanu un tās tiesisko regulējumu Baltijas valstīs 2010. gadā; zīmīgi, ka no trim valstīm vienīgi par Latviju nebija pieejami statistikas dati. (Löökene et al., 2014) Pēc aptuveni 20 gadiem, 2019. gadā, Latvijā tika atkārtoti ieviesta elektrokonvulsīvā terapija (modificētā veidā – vispārējā anestēzijā, mEKT), un tas izraisīja lielu entuziasmu jauno kolēģu vidū. Tiesiskais regulējums paredz, ka visos stacionāros, kuros tiek ārstēti pacienti ar akūtiem psihiskiem traucējumiem, jābūt pieejamam EKT aparātam (Ministru kabinets, 2009). Speciāla ārstniecības iestādes licencēšana jeb akreditācija šīs terapijas veikšanai netiek prasīta.

Par informētās piekrišanas nozīmību un specifiku tieši šīs augsta riska iejaukšanās kontekstā, kā arī par prasību, lai ārstniecības personai būtu profesionāla pieredze šīs metodes lietošanā, netika domāts. Metodes aprakstā, kas tika pārskatīts un papildināts 2025. gadā, minēts, ka pacienta piekrišanai jābūt rakstiskai (nevis informētai un brīvprātīgai), bez norādes uz nepieciešamību vērtēt lemtspēju; ja pacients atrodas smagā aptumšotas apziņas stāvoklī, piekrišanu paredzēts saņemt no pacienta tuvākā radnieka; apraksts paredz metodes lietošanu arī nepilngadīgiem pacientiem. (ZVA, 2025a)

Šāda pieeja ir pretēja Ārstniecības likuma 67. pantā noteiktajam brīvprātības principam, kā arī 65. pantā noteiktajam principam garantēt visas cilvēktiesības. (Saeima, 1997) Šāda pieeja ir pretrunā ar PVO rekomendācijās norādīto nepieciešamību izskaust aizvietotu lēmuma pieņemšanu un pārstāvju piekrišanu. (WHO, 2023) Redzams, ka Latvijā apstiprinātais metodes apraksts paredz ievērojamu risku pacientiem, jo tajā netiek prasīta pacienta tiesību pamatprincipu ievērošana, proti, informētās piekrišanas tiesību īstenošana. Īpaši neaizsargāti ir pacienti, kuriem ir ierobežotas spējas pieņemt lēmumus, jo tiek paredzēts, ka šo pacientu vietā lēmumus drīkst pieņemt radnieki un aizgādņi.

Raksta tapšanas laikā Zāļu valsts aģentūras uzturētajā nacionālajā datubāzē (ZVA, 2025b) par EKT nebija neviena drošības incidenta jeb blakņu ziņojuma.

Analizējot VSIA "RPNC" 2021. gadā izdoto dokumentu "Pacienta informatīvā"²¹ piekrišana elektrokonvulsīvajai terapijai vispārējā anestēzijā ar miorelaksantiem (modificētā EKT)" (RPNC, 2021), secināms, ka pretēji vispārpieņemtam informētās piekrišanas principam – saņemt piekrišanu katrai iejaukšanās procedūrai – šajā dokumentā norādīts, ka pacientam jāpiekrīt visai EKT procedūrai kopumā. Pacientam netiek dota iespēja atsevišķi izvēlēties un dot piekrišanu vispārējai anestēzijai, lai gan tā ir atsevišķa procedūra ar citiem mērķiem un riskiem. Informētās piekrišanas veidlapas informatīvajā daļā nav sniegta informācija par diagnozi, iemeslu, kāpēc tiek rekomendēta tieši EKT, kā arī nav norādīti EKT riski, tūlītējas un attālas sekas. Veidlapā nav iekļauti EKT iekārtas aprakstā ražotāja norādītie riski. Ir tikai rakstisks apliecinājums, ka pacients ticis informēts par "ārstniecības mērķi, risku, sekām", taču nav iespējams pārbaudīt, kāda tieši informācija pacientam sniegta. Veidlapā nav norādīts, ka piekrišanu EKT var atsaukt jebkurā brīdī, nav arī norādītas piekrišanas atsaukšanas sekas. Nav precizēts, cik EKT seansiems pacients piekrīt, norādīts tikai maksimālais seansu skaits – ne vairāk par divpadsmit. Dokumentā nav norādīts, vai un kā šī procedūra tiek finansēta, vai ārstniecības iestādei un ārstam ir finansiāls ieguvums no procedūras veikšanas. Tāpat nav minēts, ka dokuments ir sastādīts vairākos eksemplāros un ka viens eksemplārs vai tā kopija tiek izsniegta pacientam. Minētais ļauj secināt, ka iestādes izdotajam pacienta piekrišanas dokumentam

21 Jēdziens "informētā piekrišana" RPNC/NPVC publicētā dokumentā norādīts neprecīzi.

trūkst būtisku elementu, kas nepieciešami informētās piekrišanas nodrošināšanai, tāpēc šādas piekrišanas iegūšana ir juridiski un ētiski apšaubāma. Ņemot vērā, ka kopš 2024. gada NPVC ir nacionālā metodiskās vadības iestāde psihiatrijas jomā, nedrīkstētu pieļaut, ka tiek izdoti un ārstniecības iestādēm sniegti nekorekti ieteikumi par nozīmīgiem cilvēktiesību istenošanas procesiem.

Pēc SPKC datiem, 2021.–2022. gadā Strenču psihoneiroloģiskajā slimnīcā tika veikti 512 mEKT seansi 38 stacionāra pacientiem vecumā no 18 līdz 79 gadiem. Vairākums pacientu bija sievietes (60,5%). Lielākajai daļai pacientu bija diagnosticēti šizofrēnijas spektra traucējumi. Vienam vīrietim bija diagnosticēti organiskie psihiskie traucējumi, vienam pacientam – vidēji smaga garīgā atpalicība.²² EKT seansu skaits vienā hospitalizācijas epizodē variēja no 1 līdz 17 (vidēji 9), maksimālais seansu skaits vienam pacientam – 77 seansi sešu hospitalizācijas epizožu laikā (kopējais gultasdienu skaits stacionārā šo divu gadu laikā – 426). Vidējais pacientu hospitalizācijas ilgums 2021. gadā bija 74 dienas (no 9 līdz 333). (SPKC, 2024) Tik ilgas hospitalizācijas liecina par EKT lietošanu pacientiem, kuriem piemīt hroniskas un rezistentas slimības formas, kad EKT efektivitāte ir apšaubāma.

Līdz 2024. gada augusta beigām nomira 10% pacientu, no kuriem divi nomira psihiatriskajā slimnīcā pēc EKT saņemšanas (1971. gadā dzimusi sieviete, kurai diagnosticēta nepārtraukta katatonā šizofrēnija,²³ saņēmusi trīs EKT seansus, un 1998. gadā dzimis vīrietis ar šizofrēniju, saņēmis četrus EKT seansus). (SPKC, 2024) No pieejamiem datiem nav iespējams secināt, vai šiem pacientiem būtu bijuši literatūrā aprakstīti nāves riska faktori.

Jau 2021. gadā Strenču psihoneiroloģiskās slimnīcas ārsts ziņoja par vairākiem desmitiem (vairāk nekā 70) mEKT seansiem pacientei ar hronisku katatonisku stuporozo šizofrēniju (noturīgu smadzeņu zemgarozas bojājuma simptomātiku, kas izpaužas kā grūtības staigāt, runāt, norīt; atrašanās “embrija pozā”), kura dzīvoja pansionātā un vairākkārt tika pārvesta uz slimnīcu un atpakaļ. Ziņojumā teikts, ka katru reizi mEKT viņai sniedza īslaicīgu efektu (paciente kādu laiku vairāk pakustējās, labāk ēda). Atkārtoto mEKT seansu mērķis esot bijis skaidri terapeitisks, nevis eksperimentāls. Katru reizi pirms pārvešanas no pansionāta uz psihiatrisko slimnīcu slimniece esot devusi informēto piekrišanu stacionēšanai un mEKT veikšanai. (Līcis, 2021) No ziņotāja teiktā par informēto piekrišanu izriet, ka paciente ir adekvāti atbildējusi uz ārstu jautājumiem, kad pārbaudītas viņas psihiskās spējas, arī spējas pieņemt lēmumu par ārstniecību, apzinājusies riskus, ieguvumus un jēgpilni ir izvēlējusies no piedāvātajām ārstēšanas iespējām EKT ārstēšanu vairāk nekā 70 reizes. Prezentācijā nav norādes uz “galējās

22 F71.1 pēc SSK10 – šādu personu mentālais vecums ir 9–6 gadi, kas *per se* jau apšaubā pacienta spējas sniegt informēto piekrišanu tik sarežģītai ārstniecības metodei kā mEKT.

23 Šāda diagnoze pati par sevi apšaubā pacientes spēju sniegt brīvprātīgu informēto piekrišanu.

nepieciešamības” apstākļiem. Nav datu, ka pacientei būtu piedāvātas katatonijas ārstēšanas alternatīvas (transkraniālā magnētstimulācija (Hansbauer et al., 2020), esketamīna ievadišana (Gregor & Zheng, 2023)) vai izvērtētas paliatīvās pieejas indikācijas. Nav pieejamu datu, vai bija apzināti vispārzināmi slikti prognostiskie rādītāji par EKT efektivitāti (subkortikāla nepietiekamība, katatonija paranoīdās rezistentās šizofrēnijas gala stadijā). Vēlāk tas pats ārsts ziņoja par veiksmīgu mEKT lietošanu depresijas slimniecei, kuras spēja piekrist nav radījusi lielas šaubas. (Līcis, 2022) Raksta tapšanās laikā ārsts NPVC turpināja veikt mEKT manipulācijas. 2023. gadā Latvijā (Strenču psihoneiroloģiskajā slimnīcā un NPVC) veikti jau 200 mEKT seansi. (NPVC & NVD, 2024b)

Secināms, ka metodes atpakaļieviešana Latvijā ir notikusi pavisam, neizmanojot rūpīgu un zinātnes datus balstītu pieeju. Par to liecina gan metodes apraksts, gan slimnīcu izdotie dokumenti un prezentētie dati par lietošanu. Augsta riska ieviešanas gadījumā ir jānodrošina kvalitāte visiem EKT klīniskiem, ētiskiem un tiesiskiem aspektiem – pacientu atlasei atbilstoši labas klīniskās prakses principiem, dokumentācijas noformēšanai, pacienta lemtspējas vērtēšanai un kvalitatīvai informētās piekrišanas saņemšanai, kvalitatīvai manipulācijas veikšanai. (Harris, 2006) Process jāmonitorē ne tikai slimnīcas ietvaros, bet būtu jānodrošina arī neatkarīgas institūcijas uzraudzība. Šai institūcijai būtu jāuzrauga gan pacienta cilvēktiesību ievērošanas prasību izpilde, gan arī jāseko normatīvajos aktos noteiktā pienākuma ziņot par metodes nelabvēlīgiem iznākumiem izpildei. Šajā rakstā apkopotie dati liecina, ka nepieciešams sīkāk analizēt EKT izmantošanas klīnisko pamatojumu, sistemātiski sekot šo manipulāciju saņēmušo pacientu dzīvildzei un veselības stāvoklim, kā arī izvērtēt viņu nāves cēloni un tā iespējamo saistību ar EKT. Tikai objektīvi un pilnīgi kvalitatīvi un kvantitatīvi dati par notikušo un to analīze ļautu ieviest prakses uzlabojumus un mazināt riskus. (Losevich et al., 2024).

Dati par mEKT lietošanu Latvijas psihiatriskajās slimnīcās rada šaubas par cilvēktiesībās balstītu praksi un visu klīnisko, ētisko un tiesisko prasību, kas nozīmīgas EKT pieļaušanai, ievērošanu. Pastāv pamatotas šaubas, vai pirms EKT pacienti ir saņēmuši kvalitatīvu informēšanu un ir bijuši spējīgi pilnībā izprast EKT blaknes un riskus, lai pēc tam dotu informēto piekrišanu EKT veikšanai.

1.7. Piespiešanas seku dokumentēšanas un analīzes nozīmīgums

Apkopojot iepriekšējās nodaļās prezentēto pieejamo informāciju par piespiešanas fenomena izpausmēm Latvijas psihiatriskajās slimnīcās, secināms, ka slimnīcās pastāv fiziskā apdraudējuma un piespiešanas riski, kā arī veselības apdraudējuma riski, kuri netiek monitorēti, dokumentēti, sistemātiski vērtēti un mazināti. Latvijā piespiešanas fenomens ir maz pētīts un dokumentēts, trūkst datu un to apkopojumu, kas ļautu iepazīties ar piespiešanas fenomena psihiatriskajās slimnīcās būtību un izplatību. Nemazinot valsts atbildību par sistēmiskiem

trūkumiem piespiešanas datu uzskaites, analīzes un tiesiskā regulējuma pilnveides jomā²⁴, ir jāuzsver, ka tieši medicīnas personāla un psihiatru loma šo risku atpazīšanā, novēršanā, ziņošanā par medikamentu blaknēm un drošības incidentiem šo rādītāju objektīvā analīzē ir primāra. Pieņemot lēmumu par nebrīvprātīgu stacionēšanu, ārstiem un medicīnas māsām ir jāapzinās un jāvērtē piespiešanas “cena” – pacienta riski un pacienta traumas. Ārstiem un medicīnas māsām ir skaidri jāizvērtē paredzamais labums un ieguvums pacientam un sabiedrībai un pretstatā tam – piespiešanas izraisītās negatīvās sekas. Tikai tad, ja ārstniecības personas var pierādīt, ka visi iespējamie un pieejamie alternatīvie līdzekļi ir izmantoti un tie nav devuši pozitīvu rezultātu, bet pacienta krīzes situācija rada apdraudējumu viņam pašam vai citai personai, ir pieļaujams secīgi izvērtēt, vai piespiešanas “cena” (ierobežojošu līdzekļu lietošana, piespiedu ievietošana ārstniecības iestādē, piespiedu ārstēšana uz laiku līdz diviem mēnešiem²⁵), proti, būtisks indivīda pamattiesību ierobežojums, kā arī pārējie minētie riski varētu dot nozīmīgu un paliekošu labumu sabiedrībai un pacientam. (Losevich & Konstantinova, 2024)

Pētot piespiešanas fenomenu raksturojošos datus, arī analizējot tos kontekstā ar pacientu mirstību psihiatriskajās slimnīcās, jādokumentē un jāanalizē pēc iespējas plašāks zināmo un iespējamo piespiešanas risku ietvars. Ir jāreģistrē, jāapkopo un jāvērtē psihiatriskajās slimnīcās īstenoto medikamentozo terapiju (īpaši psihotropo līdzekļu) blakņu un risku uzraudzības dati, īpaši gadījumos, kad tiek uzskatīts, ka piespiešana ir tiesiski un ētiski attaisnojama. Tas ļautu izvērtēt, vai Latvijas dati uzrāda zinātniski pamatotus ieguvumus vai negatīvas sekas pacientiem, kuriem tiek piemērota piespiešana. Ja dati, līdzīgi kā citās valstīs, ieguvumus nepierādītu, tas būtu pamats sistēmiskām reformām un piespiešanas izskaušanai.

Lai būtu iespējams izskaust piespiešanu, ir jādokumentē ne tikai psihiatriskajās slimnīcās lietotie ierobežojošie līdzekļi, bet arī citi pacientu veselībai riskanti apstākļi (piemēram, epidemioloģiskie riski nozokomiālo infekciju, tostarp bakteriālu infekciju, gripas un Covid-19, izplatības dēļ) un to ietekme uz pacientu labklājību un kvalitatīvas ārstēšanas iespējām.

Jāņem vērā, ka daļa pacientu, kuriem psihiatriskās aprūpes laikā ir radušies būtiski veselības traucējumi (arī bioloģiskās ārstēšanas blaknes, traumas, paškaitējumi), neilgi pirms nāves var tikt pārvesti uz citu slimnīcu. Šajos gadījumos, pat ja iestājusies pacienta nāve, saistība ar ārstēšanu psihiatriskajā slimnīcā

24 Piemēram, PVO jau 2006. gada ziņojumā par garīgās veselības aprūpes sistēmu Latvijā (PVO & Latvijas Republikas Veselības ministrija, 2006) bija norādīts, ka valstij ir jāapkopo dati par nebrīvprātīgo stacionēšanu un ārstēšanu.

25 Tāds ir Ārstniecības likuma 68. pantā (Saeima, 1997) noteiktais pieļaujamais piespiedu ārstēšanas termiņš pirmo reizi vienas aprūpes epizodes ietvaros.

ne vienmēr tiek dokumentēta un izvērtēta tā, lai veidotu sistēmisku pacientu drošības uzraudzības sistēmu.²⁶ Piemēram, šādi apstākļi ir aprakstīti Eiropas Cilvēktiesību tiesā 2023. gadā izskatītā lietā “Šteina pret Latviju”: 2013. gadā pieteicējas tēvs nomira pēc tam, kad Aknīstes psihoneiroloģiskajā slimnīcā bija guvis ievainojumus (uzbrucējs bija cits slimnīcas patients) un tāpēc tika pārvests no psihiatriskās slimnīcas uz vispārējo slimnīcu (somatisku slimību ārstēšanai). (ECtHR, 2023)

Latvijā ir jāievieš publiska piekļuve datiem par piespiedu un ierobežojošo līdzekļu izmantošanu katrā psihiatriskajā slimnīcā. Proti, pamatojoties uz slimnīcu vestajiem piespiešanas reģistriem, ir jāapkopo un jāpublicē dati par piespiedu un ierobežojošo līdzekļu lietošanu. Šādas informācijas pieejamība ļautu labāk izprast piespiešanas fenomena raksturu, biežumu, raksturu un atšķirības dažādās slimnīcās. Publiski pieejami dati ļautu monitorēt riskus mazinošu pasākumu efektivitāti, ja tādi tiktu ieviesti. Tikai tad, ja dati par piespiedu metožu nepieciešamību, piespiešanas procesu un tā sekām būtu pieejami, būtu iespējams spriest, vai un kādi personu pamattiesību ierobežojumi, kurus piemēro psihiatriskajās slimnīcās, ir pieļaujami, samērīgi un nepieciešami demokrātiskā sabiedrībā. Pacienti un sabiedrībai ir tiesības zināt un saņemt no slimnīcām informāciju par visiem faktoriem, kas tiem ir nozīmīgi. Piespiedu līdzekļu izmantošanas rādītāji psihiatriskajās slimnīcās ir nozīmīgs veselības aprūpes kvalitātes rādītājs un būtisks faktors pacientu informētajai izvēlei.

2. Šķēršļi piespiešanas mazināšanai un izskaušanai un to iemesli

2.1. Ārstniecības personu zināšanu un prasmju trūkums pacienta informētās piekrišanas īstenošanā psihiatriskajās slimnīcās

Pētījumā apkopotie dati un autoru praktiskā pieredze liecina, ka Latvijā ārstiem, medicīnas māsām un slimnīcu administrāciju darbiniekiem trūkst zināšanu un prasmju par klīniskās lemtspējas, informētās piekrišanas un piespiešanas saistību ar cilvēktiesību ierobežošanu.

Latvijas nacionālajos tiesību aktos, tostarp Satversmē un Pacientu tiesību likumā, un Latvijai saistošos starptautiskajos līgumos, piemēram, ANO Konvencijā par personu ar invaliditāti tiesībām un Eiropas Padomes Konvencijā par cilvēktiesību un cieņas aizsardzību bioloģijā un medicīnā jeb Konvencijā par cilvēktiesībām un biomedicīnu ir skaidri un nepārprotami nostiprināts ārstniecības iestāžu un ārstniecības personu pienākums nodrošināt un saņemt pacienta informēto piekrišanu katras ārstnieciskās iejaukšanās gadījumā. Gan šī raksta autoru apkopotie un izpētītie psihiatrisko slimnīcu darbības materiāli, gan klīniskā darba pieredze, veicot novērojumus, liecina, ka Latvijā psihiatriskajā

26 Pat ja kāds šādu vērtējumu veic, informācija par to nav pieejama.

aprūpē pacienta tiesības uz informāciju un informēto piekrišanu netiek ievērotas un nodrošinātas. Vairākās psihiatriskajās slimnīcās, veicot stacionēšanu slēgta tipa nodaļā, pacients netiek informēts vai saņem ierobežota apjoma informāciju. Bieži vien pacientiem netiek sniegta informācija par viņu statusu (brīvprātīgu vai piespiedu), par tiesībām saņemt informāciju, par tiesībām piekrist un atteikties no ārstēšanas, par tiesībām izvēlēties konkrētu ārstēšanas procesu, tostarp medikamentu lietošanu, kā arī viņi netiek informēti par piedāvātās ārstēšanas ieguvumiem, norisi, iespējamām blaknēm un riskiem. Gan vispārējā medicīnas praksē, gan psihiatrijā informēšana par potenciālajām ārstniecības blaknēm un riskiem ir izšķirīgi svarīga. Izpaužoties blaknēm vai riskiem, pacients cieš negatīvas sekas. Ārstniecības personām nav tiesību pakļaut pacientu negatīvām sekām vai radīt negatīvu seku risku pret pacienta gribu. Pacienta informētā piekrišana ir pacienta tiesības izdarīt izvēli, apzinoties gan ārstēšanas pozitīvos ieguvumus, gan iespējamās negatīvās sekas, kas var rasties blakņu vai risku dēļ. Minētais nostiprināts arī Latvijas Republikas Augstākās tiesas judikatūrā, proti, “[I]ai varētu uzskatīt, ka pacienta vai pacienta likumisko pārstāvju piekrišana ir bijusi “informēta piekrišana”, ārstniecības personai ir pacientam vai viņa likumiskajiem pārstāvjiem jāizskaidro arī ārstniecības riski. Tas nozīmē, ka jāsniedz informācija arī par tādām iespējamām negatīvām ārstniecības sekām, kuru iestāšanās nav neizbēgama, bet tikai varbūtēja. Turklāt likums nešķiro riskus ar lielāku īstenošanās varbūtību vai mazāku.” (Latvijas Republikas Augstākā tiesa, 2024) Tātad jāsniedz informācija arī par tādām iespējamām negatīvām ārstniecības sekām, kuru iestāšanās nav neizbēgama, bet tikai varbūtēja (psihiatrijā tas būtu, piemēram, neitropēnijas risks, lietojot klozapīnu, pēkšņas nāves vai tardīvās diskinēzijas attīstības risks pēc antipsihotisko līdzekļu lietošanas u. c. reti sastopamas blaknes). Jāteic, ka tiesas viedoklis ir pretrunā ar medicīnas ētikā nostiprinātu principu informēt par tādām blaknēm, kuru risks pārsniedz 1% vai kuras ir ļoti nopietnas (SPKC, 2019a) un konfliktē ar ārsta pienākumu nekaitēt, jo, kā zināms, pārlieku detalizēts blakņu un nevēlamo iznākumu izklāstījums veicina *nocebo* efektu (Wells & Kaptchuk, 2012).

Autoru apkopotie materiāli un darba pieredze liecina, ka pacientiem bieži nepietiekami tiek sniegta informācija par ārstēšanas norisi un progresu, par izrakstīšanas nosacījumiem, kā arī par piespiedu un ierobežojošo līdzekļu lietošanas iespēju. Gadījumos, kad ārstniecības persona izlemj pacientam piemērot piespiešanu vai ierobežošanu, pacients netiek informēts par šāda ierobežojuma piemērošanas pārsūdzēšanas kārtību, izņemot, ja piespiešana tiek piemērota ar tiesas lēmumu. Tad pacientam izsniedz tiesas lēmumu, kurā ir norādīta informācija par pārsūdzēšanas kārtību. Tomēr, autoru ieskatā, tikai lēmuma izsniegšana nav pietiekams informēšanas veids. Ir nepieciešams risinājums, kas ļautu pacientam pēc iespējas labāk saprast saņemto lēmumu.

Jāatgādina, ka ārstēšana bez pacienta informētās piekrišanas nav pieļaujama. Ja ārstniecības persona uzsāk ārstēšanu, neinformējot pacientu un nesāņemot viņa piekrišanu, tad tā rīkojas prettiesiski un ne tikai aizskar pacienta tiesības, bet arī var radīt kaitējumu pacienta veselībai. Ir pamats uzskatīt, ka ievērojamai daļai psihiatriskajās slimnīcās strādājošo ārstniecības personu trūkst zināšanu, prasmju un kompetenču pacientu tiesību ievērošanā. Izpētītie psihiatrisko slimnīcu darbības materiāli par pacientu tiesību jautājumiem liecina, ka psihiatrisko slimnīcu valdes locekļiem un tiem administrācijas darbiniekiem, kuri sastāda dokumentus, trūkst zināšanu par pacienta tiesību aizsardzību. Tāpēc nereti slimnīcu izdoto dokumentu saturs ir pacientu cilvēktiesības aizskarošs vai diskriminējošs, tie ir tiesiski kļūdaini. Zināšanu un prasmju trūkumu iespējams mazināt gan ar mērķtiecīgiem ārstniecības personu tālākizglītības pasākumiem, gan ar ārstniecības iestāžu un personu darbības striktāku uzraudzību tieši kontekstā ar pacientu tiesību aizsardzības normās noteikto pienākumu izpildi.

Iepriekš minēto labi raksturo pētījumā analizētās VSIA “Rīgas psihiatrijas un narkoloģijas centrs” (RPNC, tagad – NPVC) pacienta informētās piekrišanas veidlapas stacionēšanai un ārstēšanai (RPNC, 2019). Lai gan šīs ārstniecības iestādes veidlapā nav ietverts tiesību aktos par pacienta informēto piekrišanu obligāti noteiktais saturs, RPNC paredz, ka pacients dokumentu paraksta, tā apliecinot savu izvēli kā informēto piekrišanu.

NPVC psihiatriskā stacionārā izmantojamā veidlapa “Ārstēšanas un rehabilitācijas plāns” (RPNC, 2019) neietver viegli saprotamā veidā vai vienkāršā valodā izklāstītu plānoto medicīnisko intervencu būtību, mērķi, galvenās blaknes, bet gan tajā uzskaitītas psihiatrijā izmantojamo medikamentu grupas un analīzes (piemēram, RPR reakcija, EKG, EEG, US, tipiski neiroleptiķi, trankvilizatori, pretparkinsonisma līdzekļi). Līdzīgs analīžu uzskaitījums ir arī SIA “Slimnīca “Ģintermuiža”” pacienta ārstēšanas plānā (Slimnīca “Ģintermuiža”, 2025). Nav datu, ka informētās piekrišanas eksemplārs tiktu izsniegts pacientam līdzņemšanai.

Informētās piekrišanas veidlapās paredzēta iespēja, ka piekrišanu var sniegt trešās personas – pacienta piederīgie vai likumiskie pārstāvji. Šāda pieeja neatbilst tiesību aktos noteiktajam par pacientiem, kuriem ir klīniskās lemtspējas traucējumi, bet nav pilnīgas nespējas pieņemt lēmumus par ārstēšanos. Saskaņā ar ANO Konvenciju par personu ar invaliditāti tiesībām ir jānodrošina piemēroti atbalsta pasākumi personām, kurām ir grūtības pieņemt lēmumus, tādējādi veicinot un nodrošinot, ka persona pati pauž savu izvēli par ārstniecības personu piedāvātajām ārstēšanās iespējām. Aizvietotā lēmumu pieņemšana, proti, tāda, kuru izsaka pacienta pārstāvji bez pacienta dota pilnvarojuma, ir pieļaujama tikai tad, ja pacientam faktiski nav spēju pieņemt konkrētai ārstniecībai nepieciešamos lēmumus. (ANO, 2006)

Uz informētās piekrišanas tiesību neievērošanu Latvijā norādījusi arī CPT. Tās ziņojumā (CPT, 2023a) secināts, ka psihiatriskajās slimnīcās Daugavpilī un Aknīstē²⁷ informētās piekrišanas veidlapas ir visnotaļ identiskas un mazinformatīvas.

Vēl izteiktāk cilvēktiesības ierobežojošā situācijā nonāk pacienti, kuriem ar tiesas lēmumu noteikta piespiedu ārstēšana (saskaņā ar Ārstniecības likuma 68. pantā vai kriminālprocesā noteikto). Tas vien, ka ar tiesas nolēmumu ir atzīts, ka ir nosacījumi personas piespiedu ārstēšanai vai medicīniska piespiedu līdzekļa piemērošanai, neatceļ pienākumu ievērot cilvēktiesības. Ārstniecības personām šādos gadījumos trūkst izpratnes un prasmju par cilvēktiesību īstenošanu. Arī tad, ja piespiedu ārstēšana ir noteikta ar tiesas nolēmumu, pacientam ir tiesības saņemt informāciju par piedāvāto ārstēšanu, tās iespējām, blaknēm un riskiem, kā arī par alternatīvām. Proti, pacienta tiesības uz autonomiju nav zudušas, bet gan ierobežotas ar tiesas nolēmumu. Savukārt ārstiem no tiesas nolēmuma nerodas tiesības nozīmēt piespiedu medikamentu ievadīšanu²⁸. Pacientam joprojām ir tiesības sniegt informēto piekrišanu vai atteikties no konkrētas ārstnieciskas iejaukšanās. Latvijai uz šo trūkumu – informētās piekrišanas tiesību nenodrošināšanu pacientiem, kuriem tiesa ir piemērojusi piespiedu ārstēšanu, – ir norādījusi arī CPT (2023). Tāpēc ārstniecības iestādēm un personām ir pienākums mainīt tiesību ievērošanas praksi, nodrošinot šo pacientu tiesību aizsardzību. Pētniecībai nav pieejami dati, kas parādītu, vai un kā pēc CPT ziņojuma saņemšanas tiek mainīta neatbilstošā prakse.

2023. gadā Latvijas valdība, atbildot uz CPT ziņojumā iekļautajiem apsvērumiem par informēšanas tiesību neievērošanu pacientiem psihiatriskajās slimnīcās, norādīja, ka Daugavpils psihoneiroloģiskajā slimnīcā pacientiem tiek izsniegti informatīvi bukleti, kas izstrādāti, pamatojoties uz Latvijas Republikas tiesīb-sarga rekomendācijām. (CPT, 2023b) Tomēr autoru iegūtā informācija neformālās sarunās ar šīs iestādes darbiniekiem liecina, ka pacientu informēšanas tiesības netiek norādītajā kārtībā īstenotas attiecībā uz katru pacientu (resp., iestājoties stacionārā, bukleti netiek izsniegti). Līdzīgas situācijas ir novērojuši arī NPVC speciālisti – uzņemšanas nodaļā pacientiem ne vienmēr tiek sniegta informācija, tostarp par iespēju apstrīdēt un pārsūdzēt ierobežojošo līdzekļu piemērošanu.

Latvijā psihiatrijas nozarē nav skaidri definēti vai raksturoti izņēmuma gadījumi (angļu val. *therapeutic privilege*), kuros ir pieļaujams ierobežot vai nesniegt pacientam informāciju par viņa veselības stāvokli, prognozi, paredzamām ārstēšanas blaknēm. Latvijā nav konkretizēts informācijas apjoms, kāds sniedzams par psihiatrijā lietoto medikamentu potenciālajām sekām (piemēram, par pēkšņās kardiālās nāves risku, lietojot antipsihotiskus līdzekļus, vai pašnāvības riska

27 Abas iestādes tagad ir VSIA "Daugavpils psihoneiroloģiskā slimnīca" struktūrvienības.

28 Nejaukt ar ierobežojošo līdzekļu lietošanu.

pieaugumu, uzsākot ārstēšanu ar antidepresantiem). Līdzīga situācija pastāv arī citās valstīs, kur pētījumu dati rāda, ka pacientiem netiek sniegta vai tiek sniegta ļoti ierobežota informācija, kas nepieciešama informētās piekrišanas par antipsihotiskas iedarbības medikamentu lietošanu saņemšanai. (Thompson & Grünwald, 2024) Respektīvi, nav skaidrs, kā ārstam informēt pacientu situācijā, kad norāde uz konkrētu diagnozi un iespējamām medikamentu blaknēm pati par sevi var negatīvi ietekmēt pacienta lemtspēju – palielinās noliegums, samazinās līdzestība, izpaužas *nocebo* efekts (piemēram, tāds efekts paredzams pacientiem, kam ir *anorexia nervosa* jeb pašgribētā badošanās, dermatozoju murgi, personības traucējumi). Psihiatriem un psihiatrijas pakalpojumu lietotājiem sadarbojoties būtu jāizstrādā klīniskie ieteikumi, kā un cik lielā apjomā nepieciešams informēt pacientus, lai nodrošinātu viņu tiesības uz informēto piekrišanu.

Latvijā netiek dokumentēta un analizēta tāda neformālās piespiešanas forma kā medikamentu izsniegšana šķīdinātā veidā (atbilstoši raksta autoru klīniskā darba pieredzei – tā ir stacionāros izplatīta prakse) un slēptā medikamentu došana ar ēdienu (vairāk raksturīga geriatrijas nodaļām un aprūpes iestādēm. Tā ir aprakstīta arī Latvijas Republikas tiesībsarga 2024. gada ziņojumā par Bērnu psihoneiroloģisko slimnīcu “Ainaži” (LR tiesībsargs, 2024)). Slēptā medikamentu došana ir pieļaujama noteiktu nosacījumu gadījumā un rūpīgi vērtējot ētiskos apsvērumus, tostarp lemtspējas trūkumu. (Razzak et al, 2024)

Latvijā pacienti netiek informēti par to, ka viņu personas dati tiek iekļauti “Ar īpašām slimībām slimojošo reģistrā”, kā arī par potenciāliem tiesību ierobežojumiem nākotnē, kas saistīti ar šo reģistrāciju. Nav vadlīniju par to, kā informēt pacientus par iekļaušanu reģistrā, kā mazināt pacienta nemieru un bailes, kas saistītas ar šo reģistrāciju, un kā panākt, ka reģistrācijas prasības nekļūst par šķērslī psihiatriskās palīdzības saņemšanai.

Vairākums Latvijas ārstu, arī psihiatri, nav informēti par klīnisko lemtspēju un tās funkcionālo modeli, līdz ar to viņi nespēj novērtēt pacienta lemtspēju un nereti novērtēšanu neveic pat situācijās, kad pacientam lemtspējas traucējumi izpaužas izteikti. Latvijas psihiatriskajās iestādēs netiek lietoti zinātniski pamatotas klīniskās lemtspējas vērtēšanas metodes, piemēram, Makartura lemtspējas vērtēšanas metode (*MacArthur Competence Assessment Tool-Treatment (MacCAT-T)*); Grisso & Appelbaum, 1998) vai Palīgīdzeklis lemtspējas vērtēšanā (*Aid to Capacity Evaluation (ACE)*); Etchells et al., 1999). Šie palīgīdzekļi līdz šim nav tulkoti latviski²⁹ un adaptēti, Latvijā speciālistiem tie nav pieejami, nav pieejamas arī apmācības par klīnisko lemtspējas vērtēšanu. Latvijā nav izstrādātas vadlīnijas lemtspējas vērtēšanai un rīcībai gadījumos, kad pacienta spējas ir ierobežotas. Maz zināms par pārmērīgās ietekmes (angļu val. *undue influence*),

29 Latvijas Universitāte ir iztulkojusi šos materiālus tikai pētniecības mērķim, un LU projekta pētnieki ir apmācīti MacCAT-T un ACE rīku lietošanā.

neformālās piespiešanas novērtēšanu un iesaistīto personu autonomijas mijiedarbības (angļu val. *relational autonomy*) nozīmi informētās piekrišanas kontekstā. Latvijā nav tulkota PVO Tiesību kvalitātes programma / *WHO QualityRights* (WHO, 2019b).

Latvijas Universitāte un šī raksta autores LZP pētījumā “Cilvēktiesībās balstīta pieeja pacientu ar garīga rakstura traucējumiem un ierobežotu lemtspēju ārstēšanā: tiesiskā, ētiskā un klīniskā perspektīva” 2022.–2023. gadā iztulkoja Makartura lemtspējas vērtēšanas palīgīdzekļa materiālus, izstrādāja pētniecības protokolu tā izmantošanai, bet Latvijas Universitātes Dzīvības zinātņu ētikas komiteja veica pētījuma ētisko izvērtējumu un izdeva atļauju veikt pētījumu. Latvijas Universitāte piedāvāja visām psihiatriskajām slimnīcām sadarboties pilotprojektā un pēc tam pētījumā, kurā tiku veikta Makartura lemtspējas vērtēšanas rīka adaptācija un pētītas iespējas tā lietošanai Latvijas psihiatriskajos stacionāros. Neviena no slimnīcām šim piedāvājumam nepiekrīta.

Intervijās ar psihietriem (Olsena u. c., 2024) un garīgās veselības aprūpes māsām (Ratniece, 2024), diskusijās un sarakstē ar psihiatrisko slimnīcu administrāciju, tika konstatēts, ka ārstniecības personas neuzskata, ka lēmuma pieņemšanas spēju novērtēšana būtu neatņemama ikdienas klīniskā darba sastāvdaļa. To apliecina arī CPT ziņojums par situāciju Latvijas psihiatriskajās slimnīcās 2023. gadā, proti, pacienti, arī tad, ja viņus ierobežo ar slēgtas nodaļas noteikumiem un viņi nevar pārtraukt uzturēšanos slimnīcā, tiek uzskatīti par “brīvprātīgiem” (CPT, 2023a). Latvijā psihiatri uzskata, ka pacientu klīniskās lemtspējas izvērtēšana ir tiesu psihiatru kompetence.

Apspriežot ar garīgās veselības speciālistiem klīniskās lemtspējas kā tiesību institūta ieviešanas iespējas praksē, tostarp diskusijās ar psihiatrisko ārstniecības iestāžu vadību par pacientu ar klīniskās lemtspējas traucējumiem tiesību aizsardzību, ir izskanējuši viedokļi, ka klīniskās lemtspējas novērtēšanas ieviešana ir “antipsihiatriska” un “psihiatrijas nozari graužoša”. Autoru diskusijās ar kolēģiem par klīniskās lemtspējas jautājumiem ir izskanējusi neizpratne un aizspriedumi par cilvēktiesību un Konvencijā par personu ar invaliditāti tiesībām noteiktajiem principiem medicīnas kontekstā – tie drīzāk traucējot klīniskajā darbā, jo paredzot tikai ārstniecības personu pienākumus pret pacientiem, nevis valsts pienākumus pret sabiedrību kopumā.

Šajā nodaļā raksturotās problēmas ir risināmas sistēmiski un kompleksi. Izglītība pacientu tiesību jautājumos ir jānodrošina jau ārstniecības personu pamatzglītības ietvaros, bet tālāka garīgās veselības aprūpes izglītība ir jāiekļauj gan ārstu rezidentu mācību programmās, gan ārstniecības personu obligātajās tālākizglītības programmās. Vienlaikus ir jāpārskata un no cilvēktiesību skatpunkta jāizanalizē visu psihiatrisko stacionāru pacientu piekrišanas dokumenti, iekšējās kārtības noteikumi un citi avoti, kuros noteikti pacientu tiesību jautājumi. Secīgi: ir jāpārtrauc tādu dokumentu vai ieteikumu izmantošana, kuri

neatbilst tiesību aktos noteiktajām prasībām un nenodrošina pacientu tiesību ievērošanu pilnībā. Slimnīcu administrācijas darbiniekiem un ārstniecības personām ir jāapgūst cilvēktiesībās balstītas pieejas psihiatrijā principi un to pamatā esošie tiesību akti, kā arī labas prakses piemēri. Šis zināšanas turpmāk jāizmanto, ieviešot jaunu pieeju praksē, tostarp izstrādājot atbilstošus dokumentu paraugus un vadlīnijas konkrētu tiesību jautājumu risināšanai.

2.2. Ārstniecības personu profesionālās darbības, tiesību un pienākumu ietvara dažādā izpratne un neizpratne piespiešanas kontekstā

Pētījumā apkopotie dati liecina, ka ārstniecības personas neizprot savu tiesību un pienākumu tvērumu pret pacientu ar klīniskās lemtspējas traucējumiem. Ja persona nepretojas ārstēšanai un spēj parakstīt informētās piekrišanas veidlapu, arī ar “krustiņiem” (sk. attēlu 145. lpp.), psihiatri viņu uzskata par brīvprātīgo pacientu un uzsāk it kā pacienta autorizēto ārstniecību. Ārstiem un medicīnas māsām būtu jāzina: ja pacientam ir ierobežotas spējas, medicīnas darbinieku pienākums ir izvērtēt un veicināt informētās piekrišanas tiesību īstenošanas iespējas. Ja pacientam ir ierobežotas spējas izprast un pieņemt lēmumus, secīgi ir jāvērtē, vai un kāds atbalsts varētu uzlabot pacienta spējas pieņemt lēmumus. Ja tiek atzīts, ka pacienta spējas ir būtiski ierobežotas, tāpēc lēmumu pieņemšanu nevar īstenot pat ar atbalsta palīdzību, ir jāvērtē, vai pastāv pieļaujama saņemt piekrišanu no pacienta pārstāvja vai pastāv nebrīvprātīgas ārstēšanas pieļaujamas nosacījumi. Ja tādi tiek konstatēti, ārstniecības personu pienākums ir nodrošināt pacientam nepieciešamo tiesisko aizsardzību, proti, pacients tiek sargāts no viņa neapzinātas/nesaprātīgas rīcības iespējamām nopietnām sekām. Piemēram, neļaujot doties prom no stacionāra smagas depresijas slimniekam, kurš depresīvo domāšanas traucējumu dēļ nav lemtspējīgs atteikties no ārstēšanas, vai neļaujot ievietot slēgta tipa stacionārā pacientu ar neirālās attīstības un smagiem lemtspējas traucējumiem, kurš vēlas gūt patvērumu slimnīcā, bet arī nodaļā nespēs pastāvēt par savām tiesībām, atpazīt citu pacientu rīcības dēļ radušos apdraudējumu un laikus vērsties pie personāla. Ārstniecības personām būtu jāzina, kā piemērojami lemtspējas uzlabošanas pasākumi (ja tas ir iespējams), kā arī jāspēj identificēt, kādi pasākumi var veicināt pacienta brīvprātīgu izvēli saņemt pakalpojumus pēc iespējas mazāk ierobežojošos apstākļos.

Ārstiem un medicīnas māsām būtu jāapzinās, ka viņiem nav atļauts cietsirdīgi izturēties pret pacientu vai piedalīties pacientu ierobežošanā, ja šādu pasākumu ierosina kāds cits, piemēram, tā ir ārstniecības iestādes administrācijas iniciatīva pēc pacienta konflikta ar personālu vai pacienta centieniem panākt, ka tiek ievērotas viņa tiesības.

Latvijā ir ievērojams skaits pacientu, kuriem piemēro piespiedu ārstēšanu saskaņā ar Ārstniecības likuma 68. pantu. Iepriekš minētais liecina, ka faktiskais pacientu skaits, kuri ir “brīvprātīgi” parakstījuši piekrišanu, būdami tādā

veselības stāvoklī, kas neļauj pieņemt tik sarežģītus ārstniecības lēmumus, ir daudz lielāks. Kā jau norādīts, personas ar lemtspējas traucējumiem, kuras nepretojas stacionēšanai un/vai paraksta piekrišanas veidlapu, tiek uzskatītas par brīvprātīgiem pacientiem. (CPT, 2023a; Loseviča & Losevičs, 2022b). Netiek reģistrēts to pacientu skaits, kuri ārstēšanas sākumā tiek piespiesti, bet vēlāk – 72 stundu laikā – paraksta informētās piekrišanas veidlapu (daļa šo pacientu to izdara, tā arī vēl neatguvuši lemtspēju vai nepietiekami informēti). Tādējādi pacientu piespiešana nereti tiek maskēta ar formāli parakstītu informētās piekrišanas veidlapu. Atsevišķi psihiatri uzskata, ka spēja iegūt parakstu, neizraisot pacienta pretošanos, ir psihiatra profesionālās mākslas apliecinājums. Savukārt gadījumos, kad pacients pretojas ārstēšanai, psihiatri uzskata, ka viņiem ir gan pienākums, gan valsts pilnvarojums (un no viņiem tiek sagaidīts) nodrošināt ārstēšanu un aizsargāt sabiedrību no iespējamiem kaitīgiem nodarījumiem vai sabiedrības miera traucēšanas (resp., darboties tā sauktās valsts aizsargvaras (latīņu val. *parens patriae*) un valsts piespiedvaras (angļu val. *police powers*) doktrīnas ietvaros). Šādos gadījumos tiek sastādīti konsiliju lēmumi par psihiatriskās palīdzības sniegšanu psihiatriskajā ārstniecības iestādē bez pacienta piekrišanas. Pacienta pretošanās piespiešanai un konflikti ar personālu tiek interpretēti kā agresijas un bīstamības pierādījums. (Loseviča & Losevičs, 2022b; Rīgas pilsētas Vidzemes priekšpilsētas tiesa, 2021d) Šie gadījumi atklāj izpratnes un kompetenču trūkumu par ārstējošā ārsta tiesībām un pienākumiem pacienta cilvēktiesību aizsardzības jautājumos. Faktiski psihiatrijā rodas “divu zobenu” varas doktrīnai (angļu val. *the two swords theory*) tipiska situācija – pacients tiek pakļauts pārsvarā neformālai (mediķu) varai, bet, ja ar to nepietiek, tiek nodots valsts tiesu varas rokās.

Jāteic, ka uzskats par psihiatru plašo varu pār pacientu atspoguļojas normatīvajā regulējumā – tā kompetenču sarakstā ir minēts, ka tiesu psihiatrs (nevis tiesa) lemj par personas tiesisko statusu lietās par medicīniska piespiedu līdzekļa noteikšanu (Ministru kabinets, 2024b).

Analizējot tiesu praksi lietās par psihiatriskās palīdzības sniegšanu bez pacienta piekrišanas, redzams, ka tiesām bieži tiek iesniegti psihiatru apgalvojumi par pacienta stāvokli un iespējamiem risinājumiem, taču trūkst pierādījumu, tostarp par agresīvu rīcību vai nespēju rīkoties savās vai savu tuvinieku interesēs, lai pamatotu piespiedu ārstēšanas nepieciešamību. (Olsena u. c., 2024) Tas savukārt liecina, ka trūkst zināšanu un kompetences par personas cilvēktiesību aizsardzības standartu tiesās. Proti, ja lietas dalībnieki kaut ko apgalvo, tiem ir pienākums iesniegt pierādījumus, kas šo apgalvojumu pamato.

Taču ir iegūti norādījumi, ka arī tiesa var traucēt objektīvo faktu noskaidrošanu, lai pacients varētu īstenot tiesības uz aizstāvību. Piemēram, tiesas sēdes laikā pacientes advokāts prasīja ārstniecības iestādes pārstāvei, vai draudī nogalināt trešo personu tika izteikti arī psihiatru konsilija laikā. Tiesnese viņu

pārtrauca, norādot, ka notiek īpašs process, kurā liecības (likuma izpratnē) netiek sniegtas, drīkst uzdot jautājumus un izteikties tikai par konsilija lēmumu. (Rīgas pilsētas Vidzemes priekšpilsētas tiesa, 2021e)

Personas, kurai ir nozīmēts medicīniskais piespiedu līdzeklis vai ir spēkā tiesas lēmums par nebrīvprātīgās psihiatriskās palīdzības sniegšanu atbilstoši Ārstniecības likuma 68. pantam, tiesības atteikties no ārstēšanas vispār vai no kāda ārstēšanas veida un ārstniecības personu tiesības piespiedu veidā ievadīt medikamentus ir vēl viena psihiatriskās prakses problēma, kur saskatāms ārstniecības personu kompetenču trūkums. CPT jau vairākkārt ir norādījusi Latvijai, ka ir jārada apstākļi, lai visu kategoriju pacienti (t. i., brīvprātīgie vai piespiedu kārtas, civilās vai tiesu medicīnas, ar pilnu vai ierobežotu rīcībspēju) var sniegt brīvu informāciju piekrišanu ārstēšanai un jebkurā brīdī to atsaukt. Autoru klīniskā pieredze liecina, ka ārstniecības personu vidū valda priekšstats, ka tiesa ne tikai autorizē piespiedu ārstēšanas faktu, bet arī piešķir tiesības ievadīt medikamentus, ignorējot pacientu iebildumus.

Zināšanu trūkums par cilvēktiesību aizsardzību psihiatrijā izpaužas arī Veselības ministrijas sniegtos viedokļos. Piemēram, Veselības ministrija norāda, ka pacients, kuram ir noteikts kriminālprocesuāls medicīniskais piespiedu līdzeklis,

“atteikties no nozīmētās ārstēšanas drīkstētu tikai tad, ja tam ir medicīniskais pamatojums, kas atspoguļots medicīniskajā dokumentācijā. Ja ārstēšanas metode vai zāles izvēlētas, pamatojoties uz rūpīgu personas veselības stāvokļa, iespējamo kontraindikāciju un citu faktoru izvērtēšanu, kā arī atbilstoši pieņemtajam standartam, bet persona no ārstēšanās atsakās bez augstāk minētā pamatojuma, šāds gadījums var tikt uzskatīts par medicīniska rakstura piespiedu līdzekļa nepildīšanu”. (Veselības ministrija, 2020)

Respektīvi, ja psihiatrs kā medicīnisku piespiedu līdzekli ieteiktu veikt EKT vai lietot augsta riska psihotropus medikamentus, kam ir grūti paciešamas blaknes, pacientam būtu vai nu ieteiktajam jāpiekrīt, vai atkal jānonāk konfliktā ar krimināltiesiskajiem ierobežojumiem. Šāda veida piespiešana var novest pie necilvēcīgas un cietsirdīgas izturēšanās, kas ir strikti aizliegta. Tas ārstniecības personām ir jāzina un jāievēro. Kā jau minēts, arī personām, kuru brīvība ir ierobežota, ir tiesības saņemt informāciju un lemt par piedāvāto ārstēšanu, arī atteikties no tās daļēji vai pilnībā. Cilvēktiesību aizsardzība ir tiešs valsts iestāžu pienākums saskaņā ar Satversmes 89. pantu, kurā noteikts valsts pienākums atzīt un aizsargāt Satversmē un starptautiskajos cilvēktiesību līgumos nostiprinātās cilvēka pamattiesības (Satversmes Sapulce, 1922). Tāpēc, sniedzot atzinumus, gatavojot politikas plānošanas dokumentus vai likumprojektus, valsts iestādēm, arī Veselības ministrijai, personu tiesības ir jānosaka tā, lai tiktu ievērotas pamattiesības.

Piespiešanas izplatību un piemērošanu būtiski ietekmē arī profesionāļu priekšstati un zināšanas (vai to trūkums) par piespiešanu kā atļautu un plaši izmantotu praksi, tās veidiem, nozīmi pacienta veselības un drošības kontekstā, kā arī par tās riskiem un ieguvumiem un pasaulē pieejamām alternatīvām. Autoru darba pieredze praktiskajā psihiatrijā, īpaši risinot medicīniski tiesiskus jautājumus, liecina, ka tradicionāli pacientu ar smagiem psihiskiem un/vai kognitīviem traucējumiem viedoklim un vēlmēm tiek pievērsts maz uzmanības – tiek uzskatīts, ka protests (“dabiskā griba”) nepauž personas īsto gribu, bet slimības radīto iegribu, kuru klīniskajā praksē var droši ignorēt, jo tā nav piespiešana tās patiesajā nozīmē. Arī zinātniskajā literatūrā par piespiešanu tiek norādīts, ka piespiedu stacionēšana un ārstēšana tiek uzskatītas par “neizbēgamu ļaunumu” (Wilson et al., 2017), par akūtās psihiatrijas neatņemamu atribūtu.

Garīgās veselības aprūpes speciālistu darbā šķēršļus piespiešanas izskaušanai rada arī specifiski psiholoģiski aspekti. Tie ir kontrtransference jeb pretpārnese, profesionālā deformācija, izdegšana un ar to saistītā objektivitātes problēma. Psihodinamiskiem procesiem, īpaši kontrtransferencei (Mellman, 1995), ir nozīme dažādās tiesiskajās attiecībās, piemēram, klienta un advokāta attiecībās, kā arī tiesnešiem spriežot tiesu, ārstiem risinot medicīniski tiesiskus jautājumus (Kahn, 2002; Sattar et al., 2002; Schetky & Colbach, 1982), un tie var radīt šķēršļus objektīvai lemtspējas novērtēšanai, tāpēc būtu jāpieaicina cits, kontrtransferences mazāk ietekmēts speciālists. (British Medical Association & The Law Society, 2004) Lai saglabātu integritāti un nodrošinātu secinājumu objektivitāti, speciālistiem ir svarīgi sevi šos mehānismus apzināties un regulāri jāveic pasākumi to kontrolēšanai. (Gutheil & Appelbaum, 2019)

Būtiska nozīme ir ārstniecības personu izdegšanas sindromam – psiholoģiskam un ar darba vidi saistītam aspektam. Ja ārstniecības iestādē ir augsts pacientu rehospitalizāciju skaits (īpaši personām ar smagām psihiskām slimībām), var šķīst, ka darbs ir bezjēdzīgs, un tas veicina darbaspēju izsīkumu.

Izdegšanas sindroma un neveselīgās darba vides pavadonis ir profesionālā deformācija. Vairākas garīgās veselības speciālistu paaudzes Latvijā ir ieguvušas izglītību un profesionālā darba pieredzi vidē, kur dominē paternālisms un plaši tiek lietotas piespiešanas metodes. Šādi apstākļi ir veicinājuši psiholoģiski izskaidrojamu “anestēziju” jeb “nejutību” pret piespiešanu kā cietsirdīgu un kaitīgu fenomenu. Atcerēsimies psihoterapeita Džona Bredšova (*John Bradshaw*) teikto: “Mēs nespējam dziedēt to, ko paši nesajūtam (angļu val. “*We can't heal what we can't feel*”).” (Bradshaw, 1996) Respektīvi, lai pamanītu un izprastu piespiešanas fenomenu un tā sekas, mediķiem ir jāapzinās, ka viņi šajās situācijās ir pakļauti negatīvai ietekmei un nereti arī ciešanām, jo pacientu tiesības un drošība ir tieši saistītas ar personāla drošību un tiesībām kvalitatīvi un profesionāli izpildīt darba pienākumus. Tāpēc piespiešana jāuzlūko arī kā profesionālam ārstniecības personu darbam kaitīgs fenomens un kaitīgs darba vides faktors. Diemžēl Latvijā

psihietriem pašterapija un supervīzijas, kas varētu attālināt izdegšanas un profesionālās deformācijas iestāšanos, nav obligāta profesionālās darbības sastāvdaļa.

Analizējot piespiešanas mazināšanas barjeru vai šķēršļu izcelsmi, jānorāda, ka vismaz pēdējos 20 gados Latvijas psihiatru un medicīnas māsu izglītībā dominē neirobioloģiskā pieeja. Latvijā “kvalitatīva veselības aprūpe” joprojām nozīmē ārstēšanu stingri atbilstoši vadlīnijām un medikamentu nozīmēšanu atbilstoši zāļu aprakstam. (Loseviča u. c., 2022; Loseviča & Kadile, 2023) Tikmēr citu valstu medicīnas ētikas speciālisti aicina mainīt direktīvo pieeju (kad ārsti ir pārslogoti ar vadlīnijām) uz mazāk ierobežojošu pieeju, kas neproducē vairāk vadlīniju, bet balstās uz praktisko gudrību (angļu val. *practical wisdom*). (Conroy et al., 2021)

Latvijā maz uzmanības tiek pievērsts fenomenoloģiskai pieejai un psihiatrijas filozofijai, uz pacientu centrētai ārstēšanai, mūsdienīgas medicīnas ētikas principu piemērošanai praksē un pakalpojumu kvalitātei. Maz vērības tiek veltīts zināšanu un prasmju pilnveidei cilvēktiesību un pacientu tiesību aizsardzības jomā, maz tiek domāts un runāts par ārstu ētikas principiem – darīt labu un nekaitēt pacientiem –, par mediķu tiesiskajiem pienākumiem tiesību normu un principu korektā piemērošanā. Cilvēktiesību aizsardzību neveicina arī valsts iestāžu darbība. Piemēram, 2021. gada jūlijā Latvijas Psihiatru asociācija saņēma vēstuli no Veselības inspekcijas ar lūgumu atgādināt psihietriem, ka persona, iestājoties psihiatriskās ārstniecības iestādē, rakstiski apliecina savu piekrišanu (mutisks apliecinājums nav pietiekams); ja persona sava psihiskā veselības stāvokļa dēļ tiek stacionēta pret viņas gribu un nepiekrīt stacionēšanai, ir jārealizē visas Ārstniecības likumā (68. pants) strikti noteiktās procedūras pacienta stacionēšanai pret viņa gribu. (Latvijas Psihiatru asociācija, 2021) Minētais liecina, ka, visticamāk, Veselības inspekcija bija atklājusi kādu pārkāpumu pacienta sūdzības lietā. Redzams, ka Veselības inspekcija norāda tikai uz šauru, burtisku, formālu un ierobežotu Ārstniecības likuma normu ievērošanu, nepievēršot vērību cilvēktiesību aizsardzības principiem un pacientu informētās piekrišanas tiesību būtībai.

Akcentējams, ka 2023. gadā, kad par 32,7% bija palielinājies iesniegumu skaits, kuros pacienti vai viņu tuvinieki izsaka sūdzības par pacientu tiesību aizskārumiem (Veselības inspekcija, 2024), tika publicēts kārtējais CPT ziņojums par 2022. gada vizīti Latvijas psihiatriskās slimnīcās (CPT, 2023a), tomēr Veselības inspekcija nav saskatījusi nepieciešamību veikt nevienu korektīvu darbību psihiatrijas nozarē (Veselības inspekcija, 2024). No 2023. līdz 2025. gada novembrim inspekcijā saņemtas 69 sūdzības par veselības aprūpes kvalitāti un pacientu tiesību pārkāpumiem psihoneiroloģiskajās slimnīcās. Nevienā no šiem gadījumiem netika konstatēti Ārstniecības likuma normu pārkāpumi attiecībā uz piespiedu stacionēšanu un ierobežojošo līdzekļu lietošanu. Arī 2025. gada rudenī psihiatriskajās slimnīcās resoriskā pārbaudē nav atklāti pacientu

tiesību pārkāpumi³⁰. (Veselības inspekcija, 2025) Minētais norāda, iespējams, uz Veselības inspekcijas kūtro darbību psihiatrijas nozares monitorēšanā attiecībā uz pacientu tiesību ievērošanu.

Ierobežotās zināšanas un neesošā prakse, izplatītais neirobioloģiskais un paternālais modelis, pieprasījums “iegūt rakstisku piekrišanu” psihiatram Latvijā, saņemot lūgumu stacionēt psihiatriskajā slimnīcā personu ar lemtspējas traucējumiem un sociālu dezadaptāciju, liek ignorēt lemtspējas trūkumu un rīkoties tā, it kā vienīgais iespējamais rīcības variants būtu personas ievietošana ārstniecības iestādē. Tas jādara arī situācijās, kad ieguvumi no stacionēšanas ir apšaubāmi un var būt saistīti ar iespējamiem riskiem pacientam. Proti, mediķi lieto “aizsardzības medicīnas” principu (Scognamiglio et al., 2023), bet atbilstoši Eiropas cilvēktiesību tiesas judikatūrā atzītajam valstij ir pienākums sargāt mediķus no nepieciešamības “aizsardzības medicīnu” praktizēt (ECtHR, 2016; ECtHR, 2017). Stacionēt pacientu ar lemtspējas traucējumiem slēgta tipa nodaļā slimnīcai ir izdevīgāk, turklāt klīnicistiem vienkāršāk un drošāk, nekā organizēt ārstēšanu kopienā vai ambulatori. Apstākļos, kad pacientiem nav pieejama kopienā balstītajos pakalpojumos integrētā psihiatriskā palīdzība, ievērojamās rindas pie psihiatriem uz ambulatorajām konsultācijām vēl vairāk veicina piespiešanu, jo ārstēšana slēgta tipa nodaļā (parasti jau izteiktā psihisko traucējumu paasinājuma stāvoklī, kad ir zaudēta slimības apziņa un iestājušies lemtspējas traucējumi) ir vienīgais pieejamais psihiatriskās ārstēšanas veids.

2.3. Šķēršļi piespiešanas mazināšanai veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas struktūrā

Starp veselības aprūpes organizēšanas faktoriem un to radītiem šķēršļiem, kas veicina piespiešanu, vispirms jānorāda uz mazāk ierobežojošu un pacientam piemērotu ārstēšanas pakalpojumu nepieejamību. Kopienā balstītus pakalpojumus cilvēkiem ar garīgiem traucējumiem Latvijā sniedz tikai dažas nevalstiskas organizācijas, piemēram, biedrība “Rīgas pilsētas “Rūpju bērns””, kur psihiatriskā palīdzība ir integrēta – psihiatrs savlaicīgi sniedz konsultācijas grupu dzīvokļu klientiem, veic mājas vizītes, piedalās sociālās aprūpes un sociālās rehabilitācijas plāna izstrādē; savukārt no sociālā darba speciālistiem klienti saņem atbalstu ārstniecības ieteikumu īstenošanā atbilstoši viņu vajadzībām. Šādi pakalpojumi ir pieejami nelielam skaitam cilvēku un tikai iepriekš plānojot, ne krīzes situācijās.

Latvijā kopienā balstīti psihiatriski pakalpojumi ir paredzēti valsts plānos un atrodas agrīnas attīstības stadijā. Nav tādu “atvērto durvju” kopienā balstītu pakalpojumu psihisku traucējumu ārstēšanai kā atvērtais jeb atklātais dialogs

³⁰ Resoriskās pārbaudes rezultāti ir interpretējami kritiski, jo tās metodoloģija izstrādāta sadarbībā ar veselības ministra ārstata padomnieci psihiskās veselības aprūpes pakalpojuma nodrošināšanas jautājumos, NPVC Zinātniskā institūta psihiskās veselības jomā vadītāju un NPVC Ambulatorā centra ārsti *Dr. med. Lieni Sili*, kas šajā situācijā atradās konfliktējošās lomās.

(angļu val. *Open Dialogue*), Triestes modelis (*Trieste model*), sotērija (*Soteria*). (WHO, 2021a; Council of Europe, 2021) Latvijā ir īpatnēja izpratne par kopienā balstītu pakalpojumu būtību, proti, psihiatriskās slimnīcas filiāles divās Rīgas priekšpilsētās tiek uzskatītas par kopienā balstītiem psihiatriskās aprūpes centriem (Taube & Quentin, 2020; Taube, 2024). Šī raksta autore uzskata, ka šis pieņēmums nav pamatots. NPVC psihiatriskās palīdzības dienesta struktūrvienības turpina īstenot tradicionālo un novecojušo pakalpojumu sniegšanas modeli: pacientiem jāpierakstās pie konkrēta speciālista uz konsultāciju vai rindā uz atvērta tipa nodaļu vai dienas stacionāru (lai saņemtu multidisciplinārās komandas pakalpojumu iestādē). Latvijā ir ilgs gaidīšanas laiks uz ambulatorām psihiatra konsultācijām. Atbilstoši NPVC 2024. gada pārskatam, salīdzinot ar 2022. gadu, 2024. gadā vidējais gaidīšanas laiks pirmreizējam pacientam uz valsts apmaksātu ambulatoro speciālista konsultāciju pieauga no 37 līdz 59 dienām (NPVC, 2025a). No pacientu publicētās informācijas sociālajos medijos un sarunās ar kolēģiem dzirdētā secināms, ka arī uz ārstēšanos atvērta tipa nodaļās vai iespēju saņemt psihiatra mājas vizīti (pēc ģimenes ārsta nosūtījuma) ir jāgaida vairāki mēneši. Tas nozīmē, ka pacienti nonāk krīzes situācijās arī laikus nepieejamas aprūpes dēļ. Garās gaidīšanas rindas uz konsultāciju neļauj ambulatorajām ārstēšanas iestādēm nedz nodrošināt ārstēšanas nepārtrauktību, ja pacients izrakstās no slimnīcas, nedz psihiatriskās krīzes situācijās nodrošināt savlaicīgu ārstēšanu mazāk ierobežojošajos apstākļos.

Psihiatrijas profesors Māris Taube atzinis: “Latvijā tradicionāli ir bijis centralizēts ārstēšanas modelis. Ārstēšana pārsvarā notiek slimnīcās Rīgā, Jelgavā, Liepājā, Strenčos, Daugavpilī un Aknīstē un citviet. Tās parasti uzņem pacientus, kuri varētu saņemt aprūpi arī citos veidos, piemēram, ambulatorajos centros. Pat ambulatorie centri nav īsti sabiedrībā balstīta aprūpe, bet vismaz ir solis uz priekšu³¹.” (Ritums, 2025) Tāpēc ambulatoro un kopienā balstītu pakalpojumu nepieejamība patlaban ir ilgstošas valsts politiskās un organizatoriskās izvēles rezultāts. Kopš Latvijas neatkarības atjaunošanas valsts ir mērķtiecīgi organizējusi garīgās veselības aprūpi pēc iespējas centralizēti, uzturot un attīstot valstij piederošas slimnīcas. Šāda tendence turpinās arī patlaban; par kopienās balstītu aprūpi nevar uzskatīt arī nesen ieviesto Agrinās intervences programmu pacientiem ar šizofrēniskā spektra traucējumiem – analizējot tās saturu un pilota projekta rezultātus (RPNC & NVD, 2023a, 2023b), ir jāsecina, ka tā neparedz

31 Šis “solis” bija sperts jau pagājušā gadsimta pirmajā pusē, organizējot iecirkņa dispanserus sociāli nozīmīgu slimību apkarošanai (seksuāli transmisīvās slimības, tuberkuloze) un pacientu specializētai ārstēšanai ārpus stacionāra (psihiskās un onkoloģiskās slimības), un ir sen pienācis laiks transformācijai un darba metožu maiņai.

jauno psihiatriskā darba metožu lietošanu³² vai tādus pakalpojumus, kas līdz šim tāpat nebūtu pieejami ambulatorajos aprūpes centros; programma paredzēta diskriminējoši šauram pacientu lokam³³, un tās mērķis neatbilst vispārpieņemtam līdzīgo programmu pamatmērķim – hospitalizācijas novēršanai³⁴. Programmā tiek īstenotas nemedicīniskas intervences, piemēram, pastaigas pilsētā medicīnas personāla pavadībā (NPVC, 2025b, 2025c & 2025d). Tas ne vien norāda uz sociālo nozīmēšanu (angļu val. *Social prescribing*) un rekreācijas aktivitātēm (Aughterson et al., 2024) uz veselības aprūpes budžeta rēķina, bet arī veicina stigmatizāciju, jo programmas klienti varētu šos pakalpojumus saņemt sociālajā dienestā pēc dzīvesvietas, nevis psihiatriskā ārstniecības iestādē. Uzsverams, ka šie pasākumi nav kopienā balstīti, jo neīsteno vidē balstīto veselības veicināšanas pieeju (angļu val. *Settings-based health promotion approach*) (Whitelaw et al., 2001).

Slimnīcu administrācijas ir tieši ieinteresētas organizēt aprūpi stacionārā un uzturēt noteiktu pacientu skaitu, jo, pirmkārt, finansējums tiek piešķirts tikai par ārstētiem pacientiem (angļu val. *fee-for-service*), otrkārt, pārvirzot finansējumu ambulatorajiem pakalpojumiem, slimnīca riskē saņemt mazāku finansējumu nākamajā gadā. Šobrīd finansējums ir saistīts tikai ar pacientu skaitu neatkarīgi no pakalpojuma kvalitātes, pacientu ieguvumiem, ieguldījumiem cilvēkresursiem un materiālajiem resursiem. (Veselības ministrija, 2025a) Kā korekti norāda NPVC, slimnīcām

“finansējuma apmērs ir atkarīgs no pacientu skaita, kuriem tiek nodrošināta ārstēšana stacionārā – t. i., iestādes ir motivētas uzturēt stacionārā ārstēto pacientu skaitu iepriekšējo periodu līmenī, lai saglabātu stacionārā finansējuma apmēru. Lai gan ir paredzētas iespējas finansējuma pārvirzīšanai no stacionārajiem uz ambulatorajiem pakalpojumiem, par to iestādei jālemj līdz katra gada 1. augustam, taču iestāžu pieredze liecina, ka stacionārā ārstēto pacientu skaits nav vienmērīgs visos gada mēnešos, attiecīgi šāda finansējuma pārvirzīšana ir rūpīgi apdomājama/riskanta.” (NPVC & NVD, 2024b)

Tāpēc slimnīcām ir gan finansiāli izdevīgi, gan nepieciešami panākt, ka pietiekams pacientu skaits pietiekami ilgi tiek ārstēts stacionārā, nevis ārpus tā. Tādējādi slimnīcas administrācijas darbība ir vērsta uz stacionārās ārstēšanas modeļa saglabāšanu no gada uz gadu. Lai nodrošinātu slimnīcu darbību un tās

32 Piemēram, ģimenes psihoterapiju (International early psychosis association writing group, 2005), atklātā dialoga metodi (Pilling et al., 2022) vai līdzīgas, lai sniegtu ārstēšanu kopienā, neveicot rehospitalizāciju.

33 Programma niekļauj būtisku pacientu daļu, kam pēc pārciestās psihozes palīdzība ir nepieciešama visvairāk un prognoze ir sliktāka: kuri nav kritiski, nav līdzestīgi un/vai nav spējīgi aktīvi un jēgpilni piedalīties/līdzdarboties.

34 Viens no agrīnās intervences pamatmērķiem ir novērst hospitalizāciju kā stresu radošu un psihotraumējošu notikumu. (Powell et al., 2024) Analizējamās programmas rezultātos nav paredzēts noteikt novērsto hospitalizāciju skaitu.

ēku būvniecību vai renovāciju, jau ilgstoši Eiropas Savienības fondu finansējums lielākoties tiek tērēts slimnīcu būvēm, nevis kopienā balstītas aprūpes veidošanai. Šis fenomens ir tipisks psihiskās veselības aprūpes sistēmām vairākās Centrāleiropas un Austrumeiropas valstīs. (Winkler et al., 2025) Kopā ar vairākās publikācijās pausto viedokli, ka deinstitucionalizācijai paredzēti resursi tiek tērēti tieši institucionalizācijas stiprināšanai, nevis sekmē kopienā balstītu pakalpojumu attīstību un pieejamību (ENIL, 2020; Álvarez del Vayo et al., 2021), tas rosina analizēt, vai Latvijā psihiatrijas nozares finansējuma izmantošana atbilst personu ar invaliditāti (un arī visas sabiedrības) interesēm.

Ģadījumos, kad persona nonāk slimnīcā, ārsts ir spiests piedāvāt stacionēšanu slēgta tipa nodaļā un lūgt, lai pacients tam piekrist. Ārstam nav iespēju piedāvāt jēgpilnu alternatīvu – pacientam ir vai nu jāpiekrīt stacionēšanai slēgta tipa nodaļā, vai nu jāpaliek bez palīdzības tuvākā nākotnē. Šāda situācija ir problemātiska un personu apdraudoša, ņemot vērā, ka ir pierādīta neārstētās psihozes ilguma korelācija ar negatīvu slimības iznākumu ilgtermiņā (Morgan et al., 2025). Šādos apstākļos iegūta piekrišana vai atteikšanās nav brīvprātīga, pacients ir piespiedu situācijā. Un tiek ierobežota arī ārsta profesionālā brīvība, jo savlaicīga palīdzība ir izšķirīgi nozīmīga, bet ārsts nevar piedāvāt ārstēšanas veidu, ko pats uzskata par piemērotu. Tāpēc secināms, ka esošā situācija psihiatrijas nozares organizēšanā un finansēšanā tieši pasliktina pacientu veselības stāvokli.

Cieš arī ārsti: darbs pastāvīgā morāli ētiska konflikta apstākļos, kad lēmumi jāpieņem, nevis vadoties pēc pacienta kliniskajām vajadzībām un interesēm, bet izejot no veselības aprūpes sistēmas resursiem, ārstam rada morālo kaitējumu (Meredith, 2025).

Šķēršļu vidū nedrīkst par zemu novērtēt profesionālos konfliktus un organizatoriskos faktorus, kas ne tikai nemazina piespiešanu, bet var arī to veicināt. Nereti ārsti nonāk lomu konfliktā: no vienas puses ir pacientu vajadzības, no otras – slimnīcas kā darba devēja intereses. Ārstniecības iestādei, lai saņemtu nemainīgu samaksu par pakalpojumiem, ir jāsasniedz līgumā plānoto hospitalizāciju skaits gadā un jāpierāda savas darbības nepieciešamība. Jo vairāk stacionēšanu nav brīvprātīgas, jo vairāk darba ir uzņemšanas nodaļu personālam un dežūrārstiem un jo lielāks administratīvais slogs. Šādos apstākļos slimnīcu administrācija mēdz būt neapmierināta ar ārsta “nespēju izmānīt parakstu” no pacienta. Tādējādi pienākums novērtēt personas lemtspēju, sargāt pacientu autonomiju, garantēt drošību un citas tiesības, ārstēt pacientu minimāli ierobežojošos apstākļos, nepieļaut nepamatotu vai automātisku stacionēšanu ārstam ir jābalansē ar pienākumu nekaitēt darba devēja interesēm un ar profesionālās tiesiskās atbildības perspektīvu gadījumā, ja nestacionēta persona nodarīs sev vai trešajām personām kaitējumu. (Glancy & Glancy, 2009; Sabe et al., 2021; Administratīvā apgabaltiesa, 2010) Ārsti, lai godprātīgi ievērotu cilvēktiesībās balstītas pieejas principus un

mazinātu piespiešanu, var būt spriests stāties pretī darba devēja interesēm un tādējādi izpelnīties negatīvu ietekmi darba tiesisko attiecību ietvaros. Piespiešanas piemērošana vai lemtspējas vērtēšanas rezultātā noteikta lemtnespēja var būtiski pasliktināt ārsta un pacienta attiecības – pacientam zūd uzticēšanās un vēlme sadarboties. Latvijā netiek izvērtētas ārstu interešu konflikta situācijas un nav paredzēti risinājumi, piemēram, nosakot, ka ārstējošais ārsts nedrīkst piedalīties konsīlijā, kas pieņem lēmumus par piespiešanas piemērošanu.

Šķērslis piespiešanas ierobežošanai ir arī cilvēkresursu trūkums – psihiatris-kajās iestādēs ārsti un māsas strādā ar ievērojamu pārslodzi (Ministru kabinets, 2022) un šāda situācija ir jau ilgstoši – 2009. gadā Latvijā personāla skaits bija trīs četras reizes zemāks nekā Skandināvijas valstīs (Rancāns et al., 2012), un arī šobrīd viens ārsts un viena medicīnas māsa aprūpē gandrīz vidēji trīs reizes vairāk pacientu, nekā būtu optimāli. Vienā nodaļā (līdz 40 gultasvietām pacien-tiem ar akūtiem psihiskiem un uzvedības traucējumiem) strādā 2–4 medicīnas māsas³⁵. Situācija ar psihiatru trūkumu tiek raksturota kā “katastrofāla”. (NPVC & NVD, 2024b)

Autoru ieskatā, daži iemesli, kāpēc valsts psihiatriskās ārstniecības iestādēs tik ļoti trūkst psihiatru, ir tieši darba apstākļi – pārslodze, darbs “konveijera režīmā”, nepieciešamība lietot piespiešanu, tiesiskā nenoteiktība.

Pārslodzes apstākļos nav iespējams kvalitatīvi informēt un aprūpēt jauniestā-jušos pacientu, izvērtēt viņa lemtspēju, veltīt laiku pacientam piemērotu risinā-jumu izvēlei un īstenošanai, organizēt pāreju uz ārstēšanos mazāk ierobežojošos apstākļos.

Primāri uzņemšanas nodaļu ārstiem un dežūrārstiem ir pienākums nepieļaut nepamatotu piespiešanu, bet, analizējot viņu darba apstākļus, rodas aizdomas par objektīviem šķēršļiem tā veikšanai. Piemēram, NPVC Neatliekamās medicīniskās palīdzības un pacientu uzņemšanas nodaļā ārsti paralēli hospitalizācijām sniedz observācijas pakalpojumus (NPVC, 2025a), apkalpo izsaukumus uz NPVC stacio-nāra nodaļām³⁶, lai gan ārsts nedrīkst vienlaikus strādāt citā slimnīcas struktūr-vienībā (Veselības ministrija, 2024a). Darba dienu vakaros un brīvdienās šajā uzņemšanas nodaļā strādā lielākoties viens psihiatrs, kas neatbilst normatīvajam regulējumam (Ministru kabinets, 2018b). Raksta autoru rīcībā ir informācija, ka 2025. gada rudenī nodaļā bieži vien dežūrēja tikai rezidenti, sertificētā psihiatra konsultāciju saņemot attālināti. Psihiatrijā ir viens no zemākajiem ārstniecības

35 Autoru rīcībā esošā informācija norāda, ka NPVC akūtās nodaļās visbiežāk strādā viena vai divas medicīnas māsas vienā maiņā.

36 Piemēram, pēc raksta autoru rīcībā esošās informācijas, 2025. gada augusta sākumā diennakts dežūras laikā uzņemšanas nodaļas psihiatrs ir apkalpojis arī 10 izsaukumus uz NPVC stacionāra nodaļām. Informācija nav publiski pieejama.

personas apmaksājamā darba laika ilgumiem (NVD, 2025a; NVD, 2025b) un tas neatbilst Latvijas Psihiatru asociācijas izstrādātam laika standartam (RPNC & NVD, 2023c). Latvijā netiek monitorēti dati par psihiatriskās ārstēšanas gultu noslogojumu katrā psihiatriskajā stacionārā^{37,38} vai citi stacionāra pārslodzes rādītāji³⁹, ne arī uzņemšanas nodaļu pārpildīšanas rādītāji un tādējādi netiek analizēti un novērti to iemesli.

Jāatzīst arī liderisma trūkums nozarē – strīdos par ārstniecības kvalitāti, iesniegumos Veselības inspekcijai un tiesu lietās par psihiatriskās palīdzības sniegšanu bez pacienta piekrišanas psihiatrijas nozares viedokļu līderi un juristi (advokāti, tiesneši, prokurori) nav pauduši skaidru un mūsdienīgu nostāju. SPKC izdotajos materiālos “Ieteikumi ārstniecības iestādēm par informēto piekrišanu” (SPKC, 2019a) ir ieteikts ārstniecības iestādēm pašām noteikt, kādā veidā pārliecināties, ka pacients ir sapratis informāciju un ka visi viņa jautājumi ir atbildēti; nav norādītas pazīmes, kas liecina par iespējamiem lemtspējas trūkumiem; nav pieminēts lemtspējas funkcionāls modelis.

Kā savulaik norādīja Eiropas Cilvēktiesību tiesa, lēmumā par personas ieviešanu slēgta tipa psihiatrijas nodaļā jābūt objektīvajai daļai (par ieslodzījumu noteiktā vietā uz noteiktu laiku) un subjektīvajai daļai – ka trūkst spēkā esoša personas informētā piekrišana šādam ieslodzījumam. Persona var dot piekrišanu brīvības ierobežošanai tikai tad, ja ir spējīga to darīt. (ECtHR, 2005) Atbilstoši raksta autoru klīniskajai un pētnieciskajai pieredzei, psihiatru konsiliju lēmumos un nacionālo tiesu nolēmumos par psihiatriskās palīdzības sniegšanu bez pacienta piekrišanas parasti subjektīvā daļa iztrūkst vai nesatur pamatojumu atbilstoši funkcionālam lemtspējas modelim.

Šaubas rada arī Veselības inspekcijas speciālistu zināšanas un sapratne par piespiešanu kā cilvēktiesības aizskarošu fenomenu. Piemēram var minēt gadījumu, kurā Veselības inspekcija neapšaubīja piekrišanas kvalitāti, ko pacients sniedzis delīrija stāvoklī (Rīgas apgabaltiesa, 2022). Viedokļu līderi un veselības aprūpes vadības institūcijas līdz šim nav paudušas nostāju ne par cilvēktiesības balstītas ārstniecības principiem, ne par piespiešanas kaitīgo un degradējošo ietekmi, ne par klīniskās lemtspējas jautājumiem. Netiek diskutēts un izvērtēts, kā varētu ierobežot piespiedu metožu lietošanu un mazināt šo metožu nodarīto kaitējumu. Netiek pievērsta uzmanība nepieciešamībai ikdienas praksē

37 Latvijā ir tendence šim rādītājam pieaugt: 2020. gadā tas bija 81,80%, 2023. gadā – 85,74%, un tas, visdrīzāk, būtiski atšķiras starp slimnīcām. (SPKC, 2025e)

38 Pārāk augsts gultas noslogojuma rādītājs norāda uz brīvo vietu trūkumu stacionārā, kas var novest pie nelabvēlīga iznākuma pacientam un rada spiedienu uz personālu pacientus ātrāk izrakstīt, un tas palielina rehospitalizācijas risku.

39 Pēc raksta autoru rīcībā esošās informācijas, raksta tapšanas laikā NPVC visnotaļ bieži veidojās brīvo stacionāra vietu trūkums, piemēram, 2026. gada 10. februārī viriešu vietu trūkuma dēļ bija grūtības stacionārā uzņemt gados jaunu pacientu ar suicīda domām.

vērtēt pacienta spējas pieņemt lēmumus un īstenot pašnoteikšanās tiesības, pat gadījumos, kad tiek lemts par personas brīvības ierobežošanu, stacionējot viņu slēgta tipa nodaļā (Administratīvā apgabaltiesa, 2010; Rīgas pilsētas Vidzemes priekšpilsētas tiesa, 2018; Rīgas apgabaltiesa, 2022; Administratīvā rajona tiesa, 2022).

Pārsteidzoši, bet ne Latvijas jaunākais psihiskās veselības aprūpes organizēšanas plāns (Ministru kabinets, 2022), ne NPVC kā Metodiskās vadības institūcijas 2023. un 2024. gadā izstrādātie standarti un materiāli psihiatriskās palīdzības jomā (RPNC & NVD, 2023; NPVC & NVD, 2024b) neliecina, ka to izstrādātājiem būtu zināšanas par cilvēktiesībās balstītu pieeju ārstniecībā un izpratne par to nozīmīgumu, tāpēc arī šajos materiālos nav cilvēktiesību aizsardzībai nepieciešamie ieteikumi. Jauno metodisko materiālu saturs neliecina, ka šo materiālu sagatavošanā būtu izmantotas pasaulē (ANO un PVO dokumentos un zinātniskajos rakstos) vai Eiropā (arī Eiropas Padomes dokumentos) izteiktās atziņas cilvēktiesībās balstītas garīgās veselības aizsardzības organizācijai. Tieši pretēji – tajos ir ieteikti risinājumi, kas pārkāpj cilvēktiesības. Piemēram, NPVC Metodiskās vadības daļa un VSIA “Slimnīca “Ģintermuiža”” 2024. gada decembrī ir izstrādājusi pacienta apskates metodisko standartu (NPVC & NVD, 2024b). Šajā standartā nav atrodama pat norāde uz nepieciešamību izvērtēt pacienta spējas pieņemt ar ārstniecību saistītus lēmumus, nav arī norādes uz cilvēktiesībās balstītu pieeju vai uz pacientu cilvēktiesību aizsardzības nepieciešamību, kas ir mūsdienu psihiatrijas pakalpojumu attīstības un organizācijas vadmotīvs (Losevica et al., 2025).

Citās Eiropas valstīs, īpaši pēc ANO Konvencijas par personu ar invaliditāti tiesībām pieņemšanas un ratifikācijas nacionālā līmenī, ir noticis daudz lielāks progress. Ievērojamu vēribu piespiedu līdzekļu izmantošanas mazināšanai psihiatrijā pievērš Spānijā, Norvēģijā, Francijā un citās valstīs. Par to liecina gan zinātniskas publikācijas, gan ziņojumi par labu praksi, piemēram, Eiropas Padomes izdevums *Compendium Report: Good Practices to Promote Voluntary Measures in Mental Health Services* (“Labās prakses piemēri brīvprātīgiem garīgās veselības aprūpes risinājumiem”) (Council of Europe, 2021). Latvijā diemžēl pozitīva virzība veselības aprūpes jomā, lai ievērotu un izpildītu konvencijas prasības, vēl nav novērojama. Toties atzinīgi ir vērtējama attīstība cilvēku ar invaliditāti sociālajā jomā: ir īstenots vērienīgs deinstitutionalizācijas projekts 2015.–2023. gadā (Labklājības ministrija, 2020), ir ieviests atbalsta personas lēmumu pieņemšanā pakalpojums personām ar garīgiem traucējumiem un noteiktu invaliditāti (Ministru kabinets, 2023), Latvijā paplašinās sociālo pakalpojumu klāsts personām ar garīgiem traucējumiem (Labklājības ministrija, 2023). Tā tiks mazināta nepieciešamība ievietot personas slēgta tipa psihiatriskajos stacionāros pēc sociālām indikācijām un varēs samazināt piespiešanas gadījumu skaitu.

2.4. Tiesiskā regulējuma nepilnības un neatbilstība cilvēktiesībās balstītas garīgās veselības aprūpes paradigmai

Latvijā pastāvošais nacionālais tiesiskais regulējums psihisku slimību ārstēšanai nevis veicina piespiešanas mazināšanu, bet gan to nostiprina un vairo.

No 1994. līdz 1997. gadam “Ārstniecības noteikumi” paredzēja nebrīvprātīgo psihiatrisko stacionēšanu tikai bīstamības (“personas turpmākā rīcība var kļūt bīstama viņai pašai vai sabiedrībai”) un lemtspējas trūkuma gadījumos (“tādus psihiskus traucējumus, kuri liedz viņai pieņemt apzinātus lēmumus”). Šajos noteikumos bija paredzēta divpakāpju procedūra nebrīvprātīgai stacionēšanai un ārstēšanai – sākotnējo lēmumu, ko psihiatrs pieņēma vienpersoniski, 72 stundu laikā apstiprināja psihiatru konsīlijs. Tiesas lēmums netika prasīts. (Ministru kabinets, 1994)

Kopš 1997. gada piespiedu ārstēšanu regulē Ārstniecības likums. 2007. gadā, grozot piespiešanas tiesisko regulējumu, tika izslēgta iespēja pacientu ārstēt nebrīvprātīgi ambulatori, uzsvērts, ka obligāti nepieciešama rakstiska (nevis brīvprātīga un informētā) piekrišana stacionēšanai. Nebrīvprātīgās stacionēšanas iepriekš vispārpieņemtais nosacījums “nespēja pieņemt apzinātus lēmumus” (kliniskās lemtspējas deficītam pietuvināta definīcija) tika nomainīts pret ģenerālklauzulu “nespēj rūpēties par sevi un savā aizbildnībā esošām personām”. Šie kritēriji izraisa iespēju likumu interpretēt ļoti dažādi un plaši, pieļauj paternālistiskās vardarbības (angļu val. *abuse*) potenciālu. (Gutheil & Appelbaum, 2019) Tādējādi 2007. gada tiesību reforma bija “solis atpakaļ” no tiesiskās noteiktības, informētās brīvprātīgās piekrišanas ieviešanas un mazāk ierobežojošā līdzekļa principa. Tas ir pretrunā ar valsts pienākumu neveikt negatīvas izmaiņas ar veselību saistīto jautājumu tiesiskajā regulējumā.

Sīkāk tiesiskais regulējums pacienta piespiešanai psihiatrijā, arī piespiedu ārstēšanai, ir analizēts šajā rakstu krājumā ietvertajā S. Olsenas darbā “Cilvēktiesībās balstīta cilvēku ar garīgiem traucējumiem veselības aprūpe”, tāpēc šajā rakstā tas netiek aplūkots.

Tiesiskais regulējums Latvijā neparedz mūsdienīgas prasības slimnicu psihiatriskajām nodaļām. Ministru kabineta noteikumi par obligātajām prasībām ārstniecības iestādēm nosaka obligātas, bet minimālas prasības ārstniecības iestāžu materiāli tehniskajam aprīkojumam un personāla nodrošinājumam (Ministru kabinets, 2009). Ārstniecības iestādes var strādāt arī apstākļos, kad tām faktiski nav pietiekamu personālrեսursu un trūkst aprīkojuma. Noteikumi paredz vien to, ka specializētajā slimnīcā visu diennakti jābūt nodrošinātai vismaz viena ārsta dežūrai (kas ir acīmredzami nepietiekami, lai lielajās slimnīcās nodrošinātu ārstniecību un ierobežojošo līdzekļu lietošanu atbilstoši normatīvo aktu prasībām); psihiatriskajās nodaļās jābūt pieejamam elektrokonvulsiju terapijas aparātam un jāierīko īpaši logu un durvju stiprinājumi. Nav noteiktas prasības ierīkot atsevišķu telpu pacientu izolēšanai (kas ir mazāk ierobežojošs un mazāk

pazemojošs līdzeklis par mehānisku fiksāciju) vai atbilstoši aprīkotu telpu, kurā iespējama droša ierobežojošo līdzekļu lietošana un pacienta tieša uzraudzība. Nav noteiktas minimālās prasības personāla sastāvam, lai būtu iespējams veikt drošu un kvalitatīvu aprūpi. Psihiatriskie stacionāri vai to nodaļas nav klasificētas, ņemot vērā nepieciešamos drošības līmeņus. Nodaļām, kurās ir augstāka riska un drošības apdraudējuma situāciju iespējamība, netiek prasīts atbilstošs tehniskais nodrošinājums, atbilstoša personāla kvalifikācija un pietiekama personāla skaita attiecība pret pacientu skaitu.⁴⁰

Netiek prasīts izpildīt Ārstniecības likumā noteiktos nosacījumus attiecībā uz ierobežojošo līdzekļu noteikšanu, uzsākšanu un pārtraukšanu, kas paredz tiešu ārsta klātbūtni⁴¹ (Ministru kabinets, 2024a) un psihiatru konsilija sasaukšanas nosacījumus, proti, nodrošināt, ka konsilija lēmumu par psihiatriskās palīdzības sniegšanu bez pacienta piekrišanas pieņem trīs sertificēti psihiatri. Tāpēc tiek pieļauta nesertificētu ārstu iekļaušana konsilijā. Ir ārstniecības iestādes Latvijā, kurās netiek ievērotas minimālās prasības psihiatru konsilija darbībai, piemēram, Latvijas Cietumu slimnīcas psihiatrijas nodaļā (21 kamera, katrā trīs gultas). Ārstniecības personu reģistrā 2024. gadā nebija datu, ka iestādē strādātu trīs psihiatri, – tajā, kā uzskata šīs iestādes vadība, uzturas tikai brīvprātīgie pacienti (Ieslodzījuma vietu pārvalde, 2024). Līdzīga situācija ar psihiatru skaitu ir bijusi VSIA “Daugavpils psihoneiroloģiskā slimnīca” struktūrvienībā “Aknistes psihoneiroloģiskā slimnīca” (CPT, 2023a).

CPT un Eiropas Cilvēktiesību tiesa jau vairākkārt ir norādījusi, ka nebrīvprātīgas stacionēšanas gadījumā, kas ir būtisks cilvēktiesības ierobežojošs process, jānodrošina, ka pacientu novērtē pieaicināts un no iestādes neatkarīgs ārsts, lai tiktu garantēta objektivitāte un vispusīgums (ECtHR, 2011b; CPT, 2009), taču šī prasība nav ieviesta un netiek pildīta. Tā vietā konsilijos, kas lemj par pacienta

40 Ja sākotnēji brīvprātīgās (uz līguma pamata) ārstniecības laikā rodas kliniskā vajadzība pēc ierobežojošo līdzekļu lietošanas vai personas paturēšanas stacionārā, ignorējot viņas vēlmi izrakstīties, ir jāpārskata pacienta brīvprātīgais statuss (vai tas nebūtu jādefinē par nebrīvprātīgo – tādā gadījumā pacienta un ārstniecības iestādes attiecības turpinās uz likuma pamata atbilstoši *parens patriae* / *police powers* doktrīnai). Tāpēc iestādē, kas sniedz neatliekamo psihiatrisko palīdzību, būtu jābūt iespējai operatīvi sasaukt psihiatru konsiliju.

41 Tiešā apdraudējuma gadījumā, ja to nav iespējams novērst ar mutisku pārliecināšanu, pacienta tiesiskais statuss ir jāpārskata, un, ja tas atbilst Ārstniecības likuma 68. panta nosacījumiem, var tikt lietoti ierobežojošie līdzekļi. To veidu nosaka ārstējošais ārsts vai dežūrārsts, pamatojoties uz konkrētā pacienta radīto tiešo apdraudējumu un ievērojot Ārstniecības likumā paredzētos nosacījumus; uzsākot pacienta ierobežošanu, ārstējošais ārsts vai dežūrārsts pacientam mutiski izskaidro ierobežojošo līdzekļu piemērošanas iemeslu; pirms ierobežojošo līdzekļu lietošanas pārtraukšanas ārstējošais ārsts vai dežūrārsts, veicot pārrunas ar pacientu, vērtē viņa satraukuma līmeni, uzvedību un runu. Ierobežojošo līdzekļu lietošanu ārstējošais ārsts vai dežūrārsts pārtrauc pakāpeniski, mierīgi runājot ar pacientu un vienlaikus vērtējot pacienta uzvedību. Pēc ierobežojošo līdzekļu lietošanas pārtraukšanas ārsts pacientam izskaidro, ka ierobežojošie līdzekļi lietoti viņa paša un apkārtējo personu drošības interesēs. (Ministru kabinets, 2024a)

ierobežošanu, var piedalīties personu ārstējošais ārsts, kurš tādējādi nonāk interešu konflikta situācijā. Šādos konsīlijos nereti piedalās arī nesertificēti ārsti, piemēram, rezidenti. Tāpat CPT norādījusi uz nepieciešamību nodrošināt otra psihiatra viedokli pacientiem, kuri atsakās no ārstējošā ārsta piedāvātās terapijas (CPT, 2023a), par ko Veselības ministrija ir uzsākusi diskusijas (CPT, 2023b)⁴².

Secināms, ka Latvijā pastāvošais tiesiskais regulējums ir novecojis un neno drošina ne Satversmē noteikto pamattiesību, ne ANO Konvencijas par personu ar invaliditāti tiesībām noteikto principu ievērošanu. Tāpēc nekavējoties būtu jāuzsāk tiesību reforma un jāsvīturo visas tās normas, kas diskriminējoši un stigmatizējoši pieļauj cilvēku ar garīgiem traucējumiem piespiešanu. Secīgi ir jāizstrādā jauns regulējums, nosakot, kāda rīcība ir pieļaujama visos gadījumos, kad cilvēks veselības stāvokļa dēļ apdraud citus. Tiesību reformai ieteicams izmantot jaunākās atziņas par cilvēktiesībās balstītas garīgās veselības aizsardzības tiesību jautājumiem. Latvijā būtu jāizmanto ANO Augstā cilvēktiesību komisāra biroja un PVO 2023. gadā publicētajās vadlīnijās “Garīgā veselība, cilvēktiesības un tiesību akti: vadlīnijas un prakse” (*Mental Health, Human Rights, and Legislation: Guidance and Practice*) (WHO & UN, 2023) ietvertie ieteikumi, kur ir pārskatāmi atspoguļotas iespējas aizsargāt personu ar garīgiem traucējumiem tiesības un parādīti piemēri cilvēktiesībās balstītam regulējumam.

2.5. Nepilnības garīgās veselības aizsardzības kā nozares attīstības rīcībpolitikas veidošanā un ieviešanā

Latvijā veselības nozares politiskās plānošanas dokumenti neparedz piespiešanas mazināšanas vai brīvprātīgu pacienta izvēļu un autonomijas aizsardzības pasākumus. Psihiskās veselības aprūpes organizēšanas uzlabošanas plānā 2023.–2025. gadam (Ministru kabinets, 2022) piespiešana kā psihiskās veselības aprūpes problēma pat netiek identificēta. Pēc šī raksta autoru priekšlikuma šajā plānā ir iekļauta norāde uz cilvēktiesībās balstītu pieeju un paredzēta vien diskusija ar jomas ekspertiem par šīs pieejas realizēšanu (Ministru kabinets, 2022). Nav zināms, vai pēc plāna pieņemšanas 2022. gada decembrī ir notikusi diskusija ar nozares speciālistiem un ekspertiem par cilvēktiesību aizsardzību.

Ja nozares politikas veidotāji apzinātos pastāvošo piespiešanas problēmu un tās kaitnieciskumu, ar to vien nebūtu pietiekami, bet tas būtu solis uz priekšu. Ir jāizstrādā pasākumu plāns, kā novērst un izskaust piespiešanu, un jāparedz mehānisms, kā tiks uzraudzītas ārstniecības iestādes, kurām šis plāns būs

42 Situācija, kad neatkarīgā psihiatra viedoklis nav pieejams, ir tieši saistīta ar pacienta tiesībām uz taisnīgu tiesu lietās par psihiatriskās palīdzības sniegšanu bez personas piekrišanas – advokātam, kas nav speciālists psihiskās veselības jomā, īstenojot personas aizstāvību, ir grūti izvirzīt kontrargumentus psihiatru konsīlija lēmumam (piemēram sk. Rīgas pilsētas Vidzemes priekšpilsētas tiesa 2021f) un atliek “ticēt un paļauties” uz konsīlija objektivitāti (piemēram sk. Rīgas pilsētas Vidzemes priekšpilsētas tiesa, 2021).

jāisteno. Ja tas netiks darīts, tad, visticamāk, psihiskās veselības aprūpes organizēšanas plānā paredzētās aktivitātes tiks ieviestas pretēji šī plāna mērķim un uzdevumiem, tā veicinot piespiešanu. Tā nesēn ir noticis, pildot minētajā plānā noteikto uzdevumu izveidot mobilās psihiatriskās komandas, lai samazinātu rehospitalizāciju skaitu. Plānā bija paredzēts izveidot mobilās psihiatriskās komandas pieaugušiem pacientiem ar hronisku psihisku slimību un sniegt viņiem ambulatoros psihiskās veselības aprūpes pakalpojumus mājās, ja objektīvu iemeslu dēļ pacienti nevarētu ierasties pie ārsta uz pieņemšanu (objektīvie iemesli ir ģeogrāfiskā pieejamība, funkcionālie traucējumi, hronisko slimību paasinājumi u. c.). Tātad mobilā komanda varētu palīdzēt saņemt ārstēšanu tiem cilvēkiem, kuriem ir grūtības ierasties ārstniecības iestādē. NPVC izstrādāja un realizēja pilotprojektu un izveidoja metodisko materiālu “Mobilās psihiatriskās komandas izveide psihiatrisko pacientu aprūpei mājās” (NPVC & NVD, 2024a). Tā kā šis pasākums ietver piespiešanu, tas piesaistīja raksta autoru uzmanību un tika izpētīts.

Pilotprojekts sagatavots un realizēts piespiešanai pakļautai ambulatoro pacientu grupai – personām, kurām ar tiesas lēmumu kriminālprocesa ietvaros ir nozīmēts medicīniskais piespiedu līdzeklis – ārstēšanās pie psihiatra ambulatori. (NPVC & NVD, 2024a) Šim piespiedu līdzeklim kā krimināltiesību instrumentam, kas ietver ārstniecību, ir divi mērķi: medicīniskais (sekmēt personas psihiskās veselības uzlabošanu) un juridiskais jeb sociālais (sabiedriski kaitīgo nodarījumu sekundārā prevencija). (Augstākā tiesa, 2021b) Nav šaubu, ka katra mērķa sasniegšanai ir lietojamas atšķirīgas metodes – ārstniecībai tās ir vienas, sabiedriski kaitīgās darbības prevencijai – citas. Tās nedrīkstētu jaukt. Kamēr medicīniskais piespiedu līdzeklis tiek realizēts stacionārā, ārstniecība un prevencija uzraudzības veidā tiek realizētas vienlaikus. Kad medicīniskais piespiedu līdzeklis tiek mainīts uz ambulatoro ārstēšanu, uzraudzības komponente iztrūkst. (Loseviča & Losevičs, 2022a) Pilotprojekta dokumentos ir skaidri norādīts, ka ārstniecības iestādē plāno un īsteno medicīniska piespiedu līdzekļa piemērošanas juridiskā mērķa sasniegšanai nepieciešamus pasākumus – personu regulāru uzraudzību mājas apstākļos, lai tiktu nodrošināta sabiedrības drošība un veicināta medikamentozās terapijas saņemšana. Mājas vizīšu laikā bija paredzēts veikt sociālās situācijas izvērtējumu, uzturēt līdzestību, izdarīt medikamenta⁴³ injekcijas. Psihiatriskās krīzes pazīmju gadījumā komandas vizīte mājās nebija iespējama; pilotprojekta personāls nebija papildus apmācīts palīdzības sniegšanai mājas apstākļos bez hospitalizācijas. Pacientu atlases kritēriji nebija pamatoti ar tiesiskajā regulējumā norādītajām indikācijām veselības aprūpes pakalpojuma sniegšanai mājās (Ministru kabinets, 2018a). Nebija norādīts, kādi bija tie veselības traucējumi, kuru dēļ personas, kurām ar tiesas lēmumu ir nozīmēts medicīniskais piespiedu

43 Ilgstošas darbības antipsihotiskā līdzekļa.

lidzeklis, objektīvi *a priori* nevarēja apmeklēt ārstniecības iestādi ilgstošā laika posmā un tāpēc tika atlasītas dalībai pilotprojektā. Rodas jautājums, vai šāds personas veselības stāvoklis vismaz daļai pilotprojekta dalībnieku neradīja nepieciešamību pēc medicīniska piespiedu līdzekļa atcelšanas, kā to nosaka Kriminālprocesa likuma 607. pants (Saeima, 2005).

Secināms, ka pilotprojekts neparedzēja citas intervences, izņemot medikamentu piegādi, ievadi un personu uzraudzību dzīvesvietā, sargājot sabiedrības drošību, nevis pašas personas interesēs. Pakalpojuma saturs neatbildēja mobilās psihiatriskās brigādes jeb vienības būtībai un darba mērķiem (Peritogiannis et al., 2017; Scott, 2000). Nav skaidrs, kāds ir pakalpojuma medicīniskais “pienesums”, salīdzinot ar pacienta nogādāšanu pie ārsta ar specializēto transportu un sociālā atbalsta sniegšanu dzīvesvietā (Oxford Research Baltics & Viegļās valodas aģentūra, 2021; Ministru kabinets, 2014). Pakalpojuma intervences atgādināja veco laiku “aktīvo psihiatrisko uzskaiti” (Kotov & Rumiantseva, 1984),⁴⁴ pārsniedza mediķu profesionālo pienākumu tvērumu un dublēja pašvaldības iestādes (Rīgas sociālā dienesta) pienākumus.

Izvērtējot šim pilotprojektam sagatavoto informētās piekrišanas dalībai pilotprojektā paraugu (NPVC & NVD, 2024a, 1. pielikums), secināms, ka tam ir vairāki ētiski un juridiski trūkumi. Tajā nav norādes, ka pacientam ir tiesības atteikties no dalības pilotprojektā un tiesības izvēlēties ārstēšanas veidu (arī medikamentus) vai no tā atteikties pilnībā vai daļēji. Tieši otrādi, ir uzsvērts, ka par pacienta izvairīšanos no sadarbības NPVC ziņos attiecīgai tiesai. Dokumentā nav uzrādīti plānotie pilotprojekta rezultāti un to noteikšanas kritēriji, finansiālās izmaksas un ieguvumi, arī pacientam. Tāpēc šādu piekrišanu dalībai pilotprojektā nav pamata uzskatīt par brīvprātīgu un informēto piekrišanu. No publicētajiem pilotprojekta dokumentiem secināms, ka šis pilotprojekts nav vērst uz kvalitatīva, pacientu cieņu un cilvēktiesības respektējoša ārstēšanas procesa organizāciju un nodrošināšanu, lai sasniegtu ārstniecības mērķus un novērstu rehospitalizāciju. Nobeigumā neargumentējot rekomendēts ieviest mobilo psihiatriskās palīdzības komandu pakalpojumu kā valsts apmaksātu pakalpojumu, kas uzlabos sabiedrības drošību (NPVC & NVD, 2024a).

Jāsecina, ka pilotprojekts atbilst tā sauktās zemās vērtības veselības aprūpes pakalpojuma (angļu val. *low-value care*) kritērijiem (nes drīzāk ļaunumu nekā labumu; izšķiež līdzekļus⁴⁵) un ir izskaužams (Sergerie-Richard et al., 2024).

Šāda prakse liek runāt par jaunu neformālās (likumā neparedzētās) psihiatriskās piespiešanas formu – psihiatriskās veselības aprūpes iestāde uzņemas uzraudzīt un piespiest cilvēkus, tādējādi ar piespiešanas mehānismiem

44 Latvijā krimināltiesisks instruments “medicīnas iestādes uzraudzība pēc dzīvesvietas” ir svitrots no Krimināllikuma 2014. gadā.

45 Mobilo psihiatrisko komandu psihiatrisko pacientu aprūpei mājās izmaksas 2024.–2026. gadā indikatīvi uz 2023. gadu bija 126 032 eiro gadā. (Veselības ministrija, 2023)

īstenojot valsts funkciju, vienlaikus to dēvējot par inovatīvu pieeju psihiskās veselības uzlabošanas plānā. Šāda ārstniecības iestādes darbība, kas realizē medicīniska piespiedu līdzekļa juridisko mērķi – uzraudzīt tiesas noteiktu brīvības ierobežošanas līdzekļu izpildi –, kontrastē gan ar ārstniecības mērķiem un ārstniecības personu pienākumiem, gan ar cilvēktiesībās balstītas garīgās veselības aizsardzības principiem. Šāda rīcība ir pretrunā ārsta un medicīnas māsas darbības būtībai – palīdzēt pacientam un sadarboties ar pacientu viņa veselības uzlabošanai. Ārstniecības personām nav jānodarbojas ar personu uzraudzību dzīvesvietā, ja valsts tām ir piemērojusi ierobežojumus. Šāda nostāja pausta arī Veselības ministrijas sniegtā viedoklī, kur norādīts, ka, piemērojot medicīnisku piespiedu līdzekli, “ārstam nav jāveic pacienta uzraudzība ārpus ārstniecības personai noteiktās kompetences” (Veselības ministrija, 2020). Norādītais pilotprojekts nekādi neatbilst tam mērķim, kāds ir pausts Ministru kabineta izdotajā psihiskās veselības aprūpes plānā.

Uz šiem pilotprojekta ētiskiem un tiesiskiem riskiem S. Olsena ar līdzstrādniekiem ir nepārprotami norādījusi vēl “Psihiskās veselības aprūpes organizēšanas uzlabošanas plāna 2023.–2025. gadam” likumprojekta sabiedriskās apspriešanas laikā. (Veselības ministrija, 2022b)

Faktiski tādā veidā tiek sperts solis medicīnas sociālās kontroles ieviešanas virzienā – kad ar mediķu rokām, medikalizējot sociālus fenomenus, valsts apkaro vai kontrolē sabiedrībā notiekošus procesus, piespiežot iedzīvotājus ievērot sociālās uzvedības normas. (Conrad P., 1979)

Profesionāļu vidū izskanēja viedoklis, ka mobilo psihiatrisko komandu pakalpojums būtu izmantojams hroniski psihiski slimo personu apraudzībai dzīvesvietā, ja persona nespēj sevi aprūpēt, ievērot higiēnu un ilgstoši nav apmeklējusi psihiatru. (Renemane, 2026) Šāda nostāja – augsti specializētus profesionāļus piesaistīt hronisko pacientu kopšanai – kontrastē ar PVO ieteikumiem ieviest *Mental Health Gap Action Programme (mhGAP)* principus, kas paredz piesaistīt kopienas resursus (pacientam sniegt sociālus pakalpojumus) un primārās veselības aprūpes darbiniekus (PVO, 2023). Tā arī stiprina medikalizāciju un stigmatizāciju, radot iesaistītu, ka psihisko traucējumu dēļ personu ar smagu invaliditāti kopšana un apraudzīšana dzīvesvietā jāuztic tikai psihiatrijas nozares speciālistiem.

Cilvēktiesībās balstītas pieejas ieviešanu apgrūtinā arī ar Ministru kabineta lēmumu 2024. gadā izveidotais Metodiskās vadības centrs un Veselības ministrijas uzsāktā visu psihiatrisko slimnīcu apvienošana vienā kapitālsabiedrībā (Veselības ministrija, 2025b), kas garīgās veselības aprūpi koncentrē vienas iestādes – VSIA “Nacionālais psihiskās veselības centrs” (NPVC) – rokās. Profesors Daiņus Pūrs 2021. gadā pamatoti norādīja, ka Ziemeļvalstīs akadēmiski spēka centri un psihiatrijas speciālistu asociācijas bloķē cilvēktiesībās balstītās pieejas ieviešanu. (Aftab & Pūras, 2024) Līdzīgu pieredzi autores ir

novērojušas arī Latvijā. Zīmīgi, ka tieši pēc Norvēģijas ekselences centra parauga Latvijā 2023. gadā tika izveidots Metodiskās vadības centrs psihiatrijā – VSIA “Nacionālais psihiskās veselības centrs”. (Ministru kabinets, 2022) Šīs institūcijas kompetencē ir izstrādāt nozares politiku gan īstermiņā, gan ilgtermiņā, izstrādāt kvalitātes standartus un kontrolēt to izpildi gan NPVC, gan visās citās psihiatriskās ārstniecības iestādēs. Šai institūcijai ir dotas tiesības veikt auditus, arī pēcnāves auditu. Vienlaikus, līdz ar visu Latvijas psihiatrisko slimnīcu kapitāla daļu ieguldīšanu NPVC pamatkapitālā, NPVC ir ieguvis tiešu un izšķirošu ietekmi visās pārējās valsts psihiatriskā profila specializētajās ārstniecības iestādēs un tādējādi var nostiprināt varas pozīcijas valsts līmenī. (Veselības ministrija, 2024b). NPVC 2025. gadā bija ielānāti uzdevumi, kuri tieši ietekmē personu ar psihiskiem un uzvedības traucējumiem tiesības, viens no tiem – novērst Tiesībsarga biroja atkārtoti konstatētas nepilnības un pārkāpumus Bērnu psihoneiroloģiskajā slimnīcā “Ainaži”. (Veselības ministrija, 2025c)

Veselības ministrija, pieņemot lēmumu par šādas monopoliestādes izveidi, nav ņēmusi vērā valsts pārvaldes uzdevumu deleģēšanas piesardzības un efektivitātes apsvērumus. Nepamatoti nav izvērtēta šāda monopola negatīvā ietekme uz īpaši neaizsargātas sabiedrības grupas – personu ar garīgiem traucējumiem – cilvēktiesību aizsardzības nozīmīgumu un tādējādi arī demokrātiskas valsts pamatvērtību, tostarp cilvēka cieņas, aizsardzību. Turpmāk monopoliestāde – NPVC –, vispirms nosakot kvalitātes principus un standartus, bet pēc tam pati veicot auditus un kontrolējot kvalitāti, darbosies kā “tiesnesis savā lietā” (latīņu val. *Nemo debet esse iudex in propria causa*). Psihiatrijas nozari Latvijā vadis un kontrolēs šīs slimnīcas amatpersonas un darbinieki, kas vienlaikus veic arī akadēmisko darbu augstskolās un vada profesionālās asociācijas. Tāpēc arī Veselības inspekcijas un citu institūciju eksperti nereti būs tieši vai pastarpināti saistīti ar NPVC un tai piešķirto varu. Šāda rīcībspolitika un varas koncentrācija šaurā personu lokā ir ārkārtīgi bīstama pacientu cilvēktiesību aizsardzības sistēmas pastāvēšanai un funkcionēšanai. Iespēja pacientu tiesību sūdzību un aizskāruma lietās (gan Ārstniecības riska fonda lietās, gan civillietās un krimināllietās) iegūt neatkarīgu un objektīvu ekspertu novērtējumu no iestādes vai speciālistiem, kuri vienlaikus īsteno vadošās institūcijas pilnvaras visā psihiatrijas nozarē, ir maz ticama. Tas attiecas uz visiem nozares funkcionēšanas aspektiem, arī tiesu psihiatrijas jautājumiem.

Ārkārtēji neaizsargātā situācijā būs visi tie pacienti, kuru tiesības un tiesiskās intereses tiks aizskartas NPVC stacionāros un ambulatorajās iestādēs, kā arī tie, kuru tiesībām vai veselībai būs nodarīts kaitējums valsts varas piemērošanas kontekstā, piemēram, ieslodzījuma vietās. Latvijas Augstākā tiesa ir pamatoti norādījusi, ka tiesai, skatot lietu par veselības aprūpes pakalpojumu kvalitāti pēc būtības, ir jāvērtē, vai nebūtu jāšaubās par ārstniecības iestādē veiktās kvalitātes pārbaudes ticamību, ņemot vērā iespējamās norādes par ieinteresētību vai citādu

neobjektivitāti, tostarp tūlītējo korporatīvo interešu aizsardzību. (Augstākā tiesa, 2021a) Šis apsvērums psihiatrisko slimnīcu pacientu sūdzību lietās tiesām būs jāņem vērā katru reizi, kad tiks skatīta lieta par cilvēku ar garīgiem traucējumiem tiesību aizsardzību psihiatriskās aprūpes vai ar to saistītās iestādēs.

Šajā rakstā analizētie dati un piemēri pierāda, ka NPVC darbībā un arī pavisam nesen Metodiskās vadības nodaļas izstrādātajos dokumentos un realizētajos pilotprojektos un programmā netiek īstenoti cilvēktiesībās balstītas garīgās veselības aprūpes pamatprincipi, tādējādi neievērojot Satversmē un starptautiskajos cilvēktiesību līgumos, īpaši ANO Konvencijā par personu ar invaliditāti tiesībām, noteikto. Tāpēc maz ticams, ka šie paši darbinieki nākotnē iegūs jaunas prasmes un kompetences, spēs mainīt sava darba raksturu un kultūru.

Ņemot vērā minēto, šī raksta autore aicina atbildīgās valsts iestādes, pacientu organizācijas un citas personas, kurām rūp kvalitatīva garīgās veselības aizsardzība un aprūpe, aicināt Ministru kabinetu mainīt nesen izveidoto sistēmu, izbeidzot NPVC monopolu un tam piešķirtās neierobežotās pilnvaras psihiskās veselības aprūpes nozares regulēšanā, organizēšanā un kontrolē. Tā vietā būtu nodibināma neatkarīga ekspertu institūcija, kurā darbojas multidisciplināra ekspertu komanda un personas ar psihiatrijas pakalpojumu lietošanas pieredzi, kas izstrādā kvalitātes standartus un ieteikumus prakses uzlabošanai. Valsts pienākumu tieši un nepastarpināti standartu izstrādē iesaistīt personas ar invaliditāti un viņu pārstāvjus nosaka Konvencijas par personu ar invaliditāti tiesībām 4. panta trešās daļas norma: "Izstrādājot un piemērojot tiesību aktus un stratēģijas šīs konvencijas īstenošanai, kā arī pieņemot jebkādus lēmumus par jautājumiem, kas attiecas uz personām ar invaliditāti, dalībvalstis cieši konsultējas ar personām ar invaliditāti un tās aktīvi iesaista." (ANO, 2006) Šī norma paredz, ka psihiatrijas pakalpojumu lietotājiem ir jābūt gan atalgotiem, gan ar lēmējvaru apveltītiem "metodiskās vadības institūcijas" dalībniekiem. Nekādā mērā šo normu nevar izpildīt, aptaujājot vai tikai konsultējoties ar pacientiem vai viņu pārstāvjiem.

Pagaidām kontroles tiesības būtu jāturpina veikt Veselības inspekcijai, nodrošinot rūpīgu iespējamā interešu konflikta izvērtēšanu tās darbinieku darbībā; aktīvāk jāiesaistās Latvijas Republikas tiesībsargam. Savukārt psihiatrijas nozares profesionālo organizāciju izpildvaras institūciju amatpersonām uz pilnvaru termiņu būtu jānosaka ierobežojumi darboties tādās ar valsts varu apveltītās institūcijās, kurām ir tiesības pieņemt lēmumus pacientu tiesību aizsardzības lietās.

Latvijas cilvēkiem ir ļoti nepieciešami kopienā balstīti pakalpojumi ne tikai plānos un vīzijās, bet realitātē un pēc iespējas tuvāk dzīvesvietai. Tas, ka slimnīcās organizēta veselības aprūpe lielai daļai cilvēku ar garīgiem traucējumiem ir nepiemērota, norādīts arī jaunākajās PVO un citu starptautisku organizāciju rekomendācijās par garīgās veselības aizsardzības attīstības jautājumiem. Lai arī savulaik Latvija bija viena no deinstitucionalizācijas līderēm, sekojot Kanādas

deinstitutionalizācijas modelim (Taube, 2005), vēl joprojām veselības aprūpe tiek organizēta lielu slimnīcu ietvaros. 2017.–2019. gadā Latvijā bija Eiropas Savienībā trešais lielākais psihiatriskās ārstēšanas stacionāro gultasvietu skaits (125 gultas uz 100 000 iedzīvotāju; ES vidējais rādītājs – 69). (Veselības ministrija, 2022a) Pozitīvi vērtējams, ka psihiatriskās ārstēšanas gultasvietu skaits slimnīcās turpina samazināties – 2020. gadā uz 100 000 iedzīvotāju bija 112,4 gultasvietas, 2021. gadā – 109,8 gultasvietas –, un šo skaitu ir paredzēts samazināt vēl vairāk (Ministru kabinets, 2022), jo stacionāra gultasvietu skaita samazināšana nedrīkst notikt, nemonitorējot gultasvietu noslogojumu, neanalizējot tā pieauguma iemeslus, nesekojojot uzņemšanas nodaļu pārpildīšanas rādītājiem un neveicot reālu ambulatoro un kopienā balstītu pakalpojumu pieejamību.

Diemžēl tikai ar gultasvietu skaita samazināšanu un slimnīcu infrastruktūras uzlabošanu attīstīt kopienā balstītus pakalpojumus nav iespējams. Kā jau minēts, slimnīcu ievērojamā ietekme tiek nodrošināta ar valsts finansējuma sadales mehānismu – finansējums tiek piešķirts tikai tad, kad pacients nonāk slimnīcā un tur saņem veselības aprūpi. Lielo slimnīcu filiāļu attīstība nereti tiek kļūdaini uzskatīta par pierādījumu finansējuma pārvirzīšanai no slimnīcām uz kopienā balstītiem pakalpojumiem (Stumbrys et al., 2022). Uz to, ka Latvijas pašreizējā psihiskās veselības aprūpes organizācija un struktūra neatbilst personu ar invaliditāti interesēm, jau sen ir norādījuši cilvēktiesību pētnieki (Latvian Centre for Human Rights et al., 2006), bet līdz šim pārmaiņas nav notikušas: Nacionālā attīstības plāna 2021.–2027. gadam izstrādes procesā psihiatrijas profila ārstniecības iestāžu infrastruktūras attīstībai atkal tika iezīmēts atsevišķs finansējums 17 400 000 eiro apmērā, no kuriem vismaz 30% tiks novirzīti ambulatoro pakalpojumu sniegšanas infrastruktūrai. (Veselības ministrija, 2022a)

Nepieciešamība arvien vairāk uzlabot ārstniecības iestāžu infrastruktūru tiek pamatota ar CPT standartiem (Bērnu psihoneiroloģiskā slimnīca “Ainaži”, 2025), ka psihiatriskās ārstēšanas plānam jāietver plašs rehabilitējošu un terapeitisku pasākumu klāsts (CPT, 1998).

Raksta autores uzsver, ka šie tālajā 1998. gadā CPT tapušie standarti attiecas uz piespiedu ārstēšanu. Jāatzīst, ka šie standarti saglabājas arī 2021. gada PVO rekomendācijās Latvijai, bet būtu jāsaprot, ka ieteicamie pasākumi (darba terapija, sociālā darbinieka konsultācijas un citi) var tikt pacientiem nodrošināti arī kopienā balstīto pakalpojumu ietvaros un tie nav obligāti jānodrošina stacionārās ārstēšanas laikā. Mūsdienās pacients stacionārā saņem vien akūti nepieciešamo palīdzību un atgriežas dzīvesvietā, turpinot ārstēšanu un rehabilitāciju ambulatori. (WHO, 2021b) Līdz ar to slēgta tipa ārstniecības iestādes fokuss var tikt mainīts uz pacientu gatavošanu izrakstīšanai, ārstēšanas nepārtrauktības nodrošināšanu kopienā, rehospitalizācijas novēršanu. (Tyler et al., 2019)

Lai gan dokumentos un slimnīcu nākotnes vīzijās tiek norādīta pāreja uz kopienā (sabiedrībā) balstītiem pakalpojumiem, līdz šim nav veikti sistēmiski

un zinātniski pamatoti pasākumi šādu pakalpojumu ieviešanai. Ja Latvijā arī turpmāk finansējums lielākoties tiks novirzīts lielo slimnīcu ambulatorajām nodaļām un filiālēm, pozitīva attīstība nav paredzama. Ja ierobežotie psihiskās veselības aprūpei piešķirtie līdzekļi tiks nelietderīgi tērēti lielu slimnīcu uzturēšanai un projektos (piemēram, kā iepriekš minētajā mobilo brigāžu pilotprojektā), kuru mērķis nav kopienā balstīta veselības aprūpe un palīdzība cilvēkiem krīzes situācijās, tad iespējamība attīstīt pacientiem nepieciešamos pakalpojumus tiks palaista vājā. Pašreizējā psihiskās veselības aprūpes organizācija Latvijā liecina, ka arī pārskatāmā nākotnē daudzi cilvēki ar garīgiem traucējumiem būs spiesti ārstēties nepiemērotos apstākļos – lielu slimnīcu nodaļās.⁴⁶ Diemžēl šāda ārstēšanas vide daudzām personām ar garīgiem traucējumiem ne tikai nav piemērota, bet pat rada kaitējuma riskus un samazina iespēju sasniegt vēlamās ārstēšanas rezultātus.

Latvijas psihiatrijas nozarei, tāpat kā veselības aprūpes nozarei kopumā, ir problēmas nodrošināt kvalitatīvu veselības aprūpi. Savulaik Pasaules Bankas eksperti “Kvalitātes nodrošināšanas pārskatā” norādīja, ka Latvijas sistēmai ir vairākas problēmas, tostarp netiek veikts kvalitātes indikatoru monitorings, nav līdzbiedru pārbaūžu / klīniskā audita sistēmu, lai novērtētu atbilstību vadlīnijām, nav nacionālās vai starptautiskās akreditācijas sistēmas. (Finkel & Pasaules Banka, 2016) Raksturojot situāciju psihiatrijas nozarē 2022. gadā, secināts, ka Latvijā garīgās veselības aprūpē faktiski netiek vērtēti nepieciešamie un minimālie kvalitātes kritēriji (Ministru kabinets, 2022)⁴⁷, tāpēc Latvijā pieejamie statistikas dati neietver garīgās veselības aprūpes kvalitātei būtiskus rādītājus (Loseviča & Kadile, 2023) – tādus kā pacientu vardarbība pret personālu (angļu val. *patient-to-staff violence*), stacionāra pacientu paškaitējumi (angļu val. *inpatient self-harm*), aizbēgšana (angļu val. *elopement*), pašnāvību skaits stacionāros (angļu val. *mental health patient suicide rate*) (Samartzis & Talias, 2019), hronisko slimnieku novēršamo hospitalizāciju skaits (kas, piemēram, tiek analizēts Lietuvā (Wijker et al., 2022)).

Diemžēl arī 2025. gadā NPVC īstenojamā pilotprojektā “Finansēšanas modeļa maiņa uz ārstēšanas rezultātā un kvalitātē balstītu finansēšanas modeli psihiatriskās veselības aprūpē”, kas paredz ārstēšanas kvalitātes rādītājus jeb

46 Latvijā 2015. gadā uz 1000 iedzīvotājiem bija 3,12 hospitalizēti šizofrēnijas slimnieki; salīdzinājumam: Lietuvā – 1,72, Polijā – 1,2 (Samele & Urquía, 2015). 2019. gadā pacientu ar šizofrēnijas spektra traucējumiem rehospitalizāciju skaits 30 dienu laikā tajā pašā ārstniecības iestādē bija 13,7–20,7%. (Ministru kabinets, 2022) 2023. gadā katrs unikāls stacionāra pacients vidēji trīs reizes gadā tika stacionēts atkārtoti tajā pašā ārstniecības iestādē (NPVC & NVD, 2024b), bet nav pieejami dati par to, vai papildus tam pacients ir/nav ārstējies arī citviet.

47 Šobrīd Latvijā regulāri tiek mērīts tikai viens specifisks kvalitātes kritērijs psihiskās veselības jomā: pacientu ar šizofrēniju, šizotipiskiem traucējumiem vai murgiem neatliekamas stacionēšanas skaits 30 dienu laikā tajā pašā stacionārajā ārstniecības iestādē.

indikatorus sasaistīt ar finansēšanas modeli (Veselības ministrija, 2025a), netiek izmantoti cilvēktiesībās un pacientu drošības konceptā balstīti psihiatriskās aprūpes rādītāji.

Psihiatriskās ārstniecības iestādēs, tāpat kā citās slimnīcās, sistēmas pārvaldībā netiek veikti trešo pušu novērtējumi (angļu val. *clinical peer review*) jeb “ārējā iestāžu akreditācija”, ko veic neatkarīga valsts vai starptautiska institūcija un kas paredz klīniskā snieguma mērījumus pēc iepriekš noteiktiem standartiem, kā arī klīniskās darbības salīdzinošo pārskatīšanu (Finkel & Pasaules Banka, 2016; Veselības ministrija, 2024c).

Kā aptaujā konstatējusi NPVC, psihiatriskās ārstniecības iestādēs iekšējā kvalitātes kontrole tiek organizēta atšķirīgi, pārsvarā reaģējot uz sūdzībām vai drošības incidentiem, un tai trūkst vienojošu kvalitātes izvērtēšanas standartu; tikai vienā slimnīcā ir sertificēta kvalitātes vadības sistēma (ISO 9001:2015). (NPVC & NVD, 2024b)

Autores pētniecības ceļā nevarēja iegūt datus par to, ka Latvijā nacionālā līmenī būtu veikts psihiatriskās ārstniecības iestāžu novērtējums pēc starptautiski atzītiem vērtēšanas kritērijiem. Līdz ar to nav iespējams veikt starptautisku salīdzināšanu, plānojot psihiatrijas nozares attīstību ilgtermiņā (piemēram, ieviešot standartizētas prasības cilvēkresursu nodrošinājumam u. c.). Lai ievāktu kvalitatīvus un ticamus datus par psihiatrijas iestāžu darbību, kas nepieciešami nozares attīstības plānošanai, ir jāveic neatkarīgs starptautisks audits Latvijas ārstniecības iestādēs. Kļūdaini ir uzdot šo uzdevumu pašām iestādēm vai to nodaļām, pat ja tās tiek dēvētas par metodiskās vadības institūcijām, – kā 2024. gadā rīkojās Ministru kabinets. Latvijas psihiatrisko iestāžu darba izvērtēšanā ir jāizmanto starptautiski atzīti un lietoti instrumenti: Starptautiskā psihiatriskās palīdzības klasifikācija (*The International Classification of Mental Health Care*), kuru veselības aprūpes pakalpojumu homogenizācijas nolūkā ir izstrādājusi Eiropas psihiatriskās palīdzības novērtēšanas komanda (*The European Psychiatric Care Assessment Team – EPCAT*); Eiropas Pakalpojumu kartēšanas saraksts (*European Service Mapping Schedule – ESMS*), Ilgtermiņa aprūpes servisu skala (*services for Long-Term Care* un *DESDE-LTC*) (Salvador-Carulla et al, 2013). Piespiešanai pakļauto pacientu ārstēšanai paredzēto ārstniecības iestāžu novērtējumam ir ieteicamas citas skalas, piemēram, Dartmutas intensīvās kopienā balstītās ārstēšanas skala (*The Dartmouth Assertive Community Treatment Scale, DACTS fidelity scale*) (Teague et al, 1998), un Latvijā šāds novērtējums ir veikts (Baidina & Konstantinova, 2022). Atšķirībā, piemēram, no Lietuvas (Grigaitė, 2017), Latvijā nav veikts pakalpojumu novērtējums, izmantojot Tiesību kvalitātes rīku (*WHO QualityRights tool kit*), ko PVO izstrādājusi, pamatojoties uz ANO Konvencijas par personu ar invaliditāti tiesībām principiem (WHO, 2012).

Kopš 2016. gada Latvijā ārstniecības iestādēm, lai nodrošinātu kvalitatīvus un pacientiem drošus ārstniecības pakalpojumus, ir noteikta prasība ieviest un

uzturēt pacientu neidentificējošu iekšējo pacientu drošības ziņošanas un mācīšanās sistēmu. (Ministru kabinets, 2016) Tai ir jānodrošina informācijas vākšana un analīze par gadījumiem, kuru dēļ radies vai varēja rasties ar veselības aprūpi saistīts kaitējums pacientam (pacientu drošības gadījumi), kā arī risku mazināšanas pasākumi, lai samazinātu šādu gadījumu atkārtotāšanās iespējamību un nodrošinātu atgriezenisko saiti pacientu drošības jautājumos iesaistītajām ārstniecības personām. NPVC 2023. un 2024. gadā publicētajos Metodiskajos standartos psihiskās veselības aprūpē ambulatorajā un stacionārajā sektorā nav iekļauta informācija par šīs sistēmas izveidi un darbību Latvijas psihiatriskās ārstniecības iestādēs. Tāpat nav pieejami dati par pacientu drošības gadījumiem, kas ziņoti slimnīcu informācijas sistēmā e-vidē, un veiktajiem pretriska pasākumiem. Norādīts, ka vienā ārstniecības iestādē tiek izmantota programma *HaiPro*, kurā reģistrē tikai tādus drošības gadījumus, kas saistīti ar kļūdām fiksēšanā, pacienta ierobežošanā, pacienta uzbrukumiem citiem pacientiem vai personālam, kā arī kritieniem. Turklāt dati par programmā uzkrātajiem gadījumiem nav apkopotī. (RPNC & NVD, 2023c; NPVC & NVD, 2024b) Minētais liek šaubīties, vai psihiatriskās slimnīcas ir izpildījušas šo Ministru kabineta noteikto prasību.

Rakstā demonstrēts, ka atšķirībā no citām medicīnas nozarēm psihiatriskās ārstniecības iestādes veic vairākas sociālas funkcijas: nodrošina formālu piespiešanu un izolēšanu (faktiskā valsts varas pilnvarojuma ietvaros), veic sociālo kontroli un sniedz sociālos pakalpojumus (aktīvi uzņemoties šo funkciju, lai saglabātu finansējumu un radītu iespaidu par kopienā balstītu pakalpojumu sniegšanu). Nav brīnums, ka nozarē tiek novērots resursu trūkums.

Viss minētais liecina, ka Latvijā psihiatrijas nozare ilgstoši pastāvējusi un attīstījusies bez kompetentas un neatkarīgas ārējās uzraudzības gan valsts, gan starptautiskā līmenī un bez efektīvas ārstniecības darbības iekšējās kvalitātes kontroles. Tas ir novedis pie personu ar garīgiem traucējumiem cilvēktiesību ierobežojumu un aizskārumu plašas izplatības Latvijas psihiatriskās palīdzības iestādēs, kā arī pie dažādu piespiešanas veidu un metožu nepamatotas un aizskarošas izmantošanas. Datu trūkuma dēļ nav iespējams, pamatojot ar datiem, spriest par Latvijas psihiatrijā cietušo pacientu skaitu un par kaitējuma apmēru, kādu šī sistēma ir nodarījusi personām.

3. Veicinātājfaktori piespiešanas izskaušanai Latvijā

Latvijā pastāv vairāki veicinātājfaktori, kas ļauj cerēt uz piespiešanas samazināšanas varbūtību nākotnē. Psihiatrijas prakses tradīcija (angļu val. *soft law*) tās pozitīvajās izpausmēs, ārstu zināšanas psihopatoloģijā un prasmes noteikt funkciju traucējumus, kā arī dažu ārstu zināšanas un interese par pacientu tiesību aizsardzību un medicīnas ētiku psihiatrijā var veicināt progresu un veidot pamatu tiesībās balstītas psihiatriskās palīdzības ieviešanai.

Latvijā ir ārsti, kuriem ir zināšanas un izpratne par klīniskās lemtspējas vērtēšanas un atbalsta pakalpojumu ieviešanas nozīmi un vērtību pacienta ārstniecības procesā. Šāda pieeja veicina to pacientu tiesības pieņemt lēmumus par ārstēšanos, kuru spējas ir ierobežotas. Veicot pacienta apskati, iespējams izvērtēt pacienta kritiku (angļu val. *insight*), viņa “iekšējo slimības ainu”, attieksmi pret slimības izpausmēm (anozognozija, hiponozognozija un hipernozognozija), var lietot klīniskās kognitīvo funkciju novērtēšanas metodes un arī neirokognitīvos testus (piemēram, MoCA testu, kas ir pieejams latviešu un krievu valodā un nav aizsargāts ar autortiesībām (sk. *MoCA (Montreal Cognitive Assessment or The MoCA Test)* vietnē <https://mocacognition.com/>). Pievēršot uzmanību pacienta spējām un izvērtējot viņa lemtspēju, iegūtā informācija ļautu ārstam izdarīt secinājumus par klīniskās lemtspējas funkcionālā modeļa komponentēm. Klīniski var novērtēt arī personas patstāvību finansiālos jautājumos, kas visbiežāk tiek veikts gerontopsihiatrijā. Latvijas tiesu psihiatriskajā praksē ir ierasta darījumspējas novērtēšana (parasti gan retrospektīvi), līdzīgi var vērtēt arī spējas pieņemt lēmumus par ārstniecību un citiem dzīves jautājumiem. Psihiatri prot novērtēt organisma funkciju traucējumus, izmantojot ICF/WHODAS klasifikāciju, kas satur klīniskās lemtspējas funkcionālā modeļa elementus. Latvijā ir plaši pieejama neiropsiholoģiskā izpēte, ko veic klīniskie psihologi, tā palīdzot psihietriem izdarīt secinājumus un pamatot tos.

Par pozitīvu virzību piespiešanas izskaušanā ir jāuzlūko arī nesen ieviestā psihiatrijas pacientu pieredzes mērīšana (SPKC, 2024d). Vienlaikus gan jānorāda, ka dati par pacientu pieredzi ar piespiešanu ir jāiegūst un jāanalizē zinātniski korekti, izmantojot tieši šī fenomena pētišanai piemērotas metodes, par kādām nevar uzskatīt pieredzes un apmierinātības mērījumus. Vispārīgas pacientu aptaujas var norādīt uz piespiešanu, bet tā nevar iegūt precīzus datus. Turklāt pacienti var arī neziņot par nevēlamu pieredzi, izrakstoties no slimnīcas, kurā, ņemot vērā augsto rehospitalizācijas īpatsvaru, viņi gandrīz neizbēgami drīzumā atkal nonāks.

Kopš 2025. gada 1. jūlija Pacientu tiesību likuma 3. panta septītā daļa nosaka stacionāro ārstniecības iestāžu un daudzprofilu ambulatoro iestāžu pienākumu izstrādāt pacientu tiesību īstenošanas plānu un nodrošināt tā izpildi. (Saeima, 2024) Tas, ka likumā nav paredzēts plāna izpildes ārējas kontroles mehānisms, ir šis jaunās pieejas trūkums. Pozitīvi ir vērtējams, ka vadlīnijās šī plāna ieviešanai ir norādīta nepieciešamība ņemt vērā pacienta lemtspēju un ārstniecības procesa laikā atkārtoti pārskatīt informēto piekrišanu. (Palkova et al, 2025)

Pozitīvu virzību varētu dot arī Dr. Evijas Andžānes ierosinājums ieviest slimnīcās t. s. ideālo izrakstīšanas praksi, lai samazinātu pacientu riskus pēc izrakstīšanas un samazinātu rehospitalizāciju. Rekomendētajā algoritmā tiek impliciti ieteikts pārbaudīt izrakstāmā pacienta lemtspēju, lūdzot atstātīt saņemto informāciju. (Andžāne, 2023)

NPVC 2025. gadā izstrādātie veselības aprūpes kvalitātes kritēriji paredz tādus rādītājus kā intrahospitālā mirstība, pacientu traumas un rehospitalizācijas apjoms. Tiek paredzēts operatīvi pieejams juridisks atbalsts ārstniecības personām sarežģītu ētisko un tiesisko situāciju risināšanā, bet nav zināms, kas tādu sniegs. Paredzēts ambulatorajā ārstēšanā īstenot stratēģijas cilvēktiesību īstenošanai, bet šāda uzraudzība nav paredzēta stacionāros, kur cilvēktiesību aizskārums un pārkāpuma risks ir visaugstākais. (Veselības ministrija, 2025a)

Jācer, ka pozitīvu ietekmi dos paplašinātā krīzes plāna ieviešana Agrinās intervences programmas pacientiem ar akūtiem psihotiskiem traucējumiem (RPNC & NVD, 2023a).

Pozitīvu virzību dod nesen ieviestais valsts apmaksātais paliatīvās aprūpes pakalpojums, ka ir pieejams arī personām ar demenci. Nākotnē būtu ieviešama aprūpes, tostarp aprūpes dzīves nobeigumā (angļu val. *end-of-life care*), plānošana pacientiem ar neurodeģeneratīvām slimībām, viņus aktīvi iesaistot, kamēr ir vēl saglabāta lemtspēja (Wendrich-van Dael et al., 2020). Kopumā laikus plānota personu ar neurodeģeneratīviem traucējumiem aprūpe ļautu mazināt nepieciešamību stacionēt šos cilvēkus slēgta tipa psihiatriskās ārstēšanas nodaļās.

Piespiešanas izskaušanu nepārprotami veicina arī tā psihiatru daļa, kas apzinās “paraksta pieprasīšanas” prakses un piespiešanas prettiesisko raksturu. Daži ārsti ir norādījuši uz diskomfortu, kādā viņi ir spiesti strādāt, saņemot “parakstu” vai citas rakstu zīmes no pacientiem ar skaidru lemtspējas deficītu (piemēram, smagu intelektuālās attīstības traucējumu vai akūtas psihozes dēļ). Daži ārsti retoriski jautājuši, kas īsti veido Krimināllikuma 155. panta “Nelikumīga ievietošana psihiatriskajā slimnīcā” saturu⁴⁸. Diemžēl spēja saskatīt pašreizējās prakses pretrunas ar likuma mērķi nav rezultējiesies ar ārstu rīcību pacientu tiesību aizstāvībai un šo principu ievērošanas veicināšanu praksē. Iemesli, kāpēc diskusijas par sistemātiskas prettiesiskas prakses izskaušanu psihiatriskajos stacionāros nav sākušās ātrāk un kāpēc profesionāli nepretojas pašreizējai klīniskajai un tiesiskajai realitātei praksē, ir atsevišķa padziļināta pētījuma vērti.

Viens no šādas diskusijas kavējošiem iemesliem noteikti ir apstākļi, ka tiem, kuri uzdrošinās ziņot par nevēlamiem notikumiem veselības aprūpē, Latvijā nav paredzēti juridiskās aizsardzības līdzekļi. To kā vājo punktu pacientu drošības

⁴⁸ Raksta autorēm vienīgais zināms gadījums, kad pēc Krimināllikuma 155. panta bija ierosināta krimināllieta, notika 2005. gadā, kad Liepājas pilsētas un rajona policijas pārvalde ierosināja kriminālietu par nelikumīgu personas N ievietošanu psihiatriskajā slimnīcā (no slimnīcas N izrakstījās tikai pēc trīs mēnešiem), pieņēma lēmumu, ar kuru Liepājas psihoneiroloģiskās slimnīcas dežūrārstes rīcībā tika konstatēts Krimināllikuma 155. pantā paredzēts noziedzīga nodarījuma pazīmes, un tajā pašā dienā pieņēma lēmumu kriminālietu izbeigt sakarā ar noilguma iestāšanos. (Latvijas Cilvēktiesību centrs, 2006) Kā norādīts Eiropas Cilvēktiesību tiesas lietā “L. M. pret Latviju”, pieteicējas vairākkārtīga vēršanās pie prokurora ar lūgumu ierosināt kriminālietu beidzās ar neveiksmēm (ECtHR, 2011a). Līdz ar to raksta autores uzskata, ka Krimināllikuma 155. pants šobrīd ir nedzīva tiesību norma.

sistēmā ir norādījusi arī PVO (WHO, 2024). Šādas aizsardzības trūkuma bēdīgo seku piemērus redzam Eiropas Cilvēktiesību tiesas judikatūrā (sk., piemēram, lietu *Heinisch v. Germany* (ECtHR, 2011a) un *Gawlik v. Liechtenstein* (ECtHR, 2021a)).

Nobeigums. Piespiešanas ierobežošanas risinājumi

Raksta autores pievienojas to speciālistu viedoklim, kuri norāda, ka piespiešana ir jāvērtē nevis kā neizbēgams pasākums, bet kā neveiksme ārstēšanas procesā, kā drošības incidents, līdzīgi kā darba trauma, un kā novēršamais kaitējums veselības aprūpē, kuru mazina ar sabiedrības veselības nozarē pieņemtajām metodēm (Savage et al., 2024). Piespiešana ir jāmazina un jāizskauž. Formālās un neformālās piespiešanas izskaušanai nepieciešama dažāda pieeja. Diemžēl apkopotie dati liecina, ka Latvijā tuvākajā laikā netiek plānoti pasākumi, kuriem būtu paredzama pozitīva ietekme uz pacientu cilvēktiesību aizsardzību psihiatriskās palīdzības iestādēs, piespiešanas izskaušanu un pacientu ar lemtspējas traucējumiem tiesību aizsardzību. Ja valsts un psihiatriskās slimnīcas saglabās novecojušo psihiatriskās palīdzības modeli un izvairīsies no nepieciešamajām tiesiskajām, strukturālajām un kultūras reformām, kas ir neatņemama cilvēktiesībās balstītas pieejas sastāvdaļa, pozitīvi rezultāti nebūs iespējami. Ar pašreizējiem resursiem un kapacitāti pastāvošā modeļa ietvaros psihiatrijas nozare nespēj pildīt cilvēktiesību principos un normās nostiprinātus pienākumus pret personām ar psihiskiem un uzvedības traucējumiem.

Latvijā jāievieš starptautiski atzīti risinājumi un pārbaudītas metodes, lai novērstu ierobežojošo līdzekļu un piespiešanas lietošanu. Tāpēc ir nepieciešama cilvēktiesībās balstītas politikas veidošana, garīgās veselības aizsardzības rīcībpolitikas mērķu un uzdevumu pārformulēšana un visu iesaistīto iestāžu un personu vienošanās par kopīgiem mērķiem un vērtībām. Ja tai sekotu koordinēta un mērķtiecīga rīcība, reforma un sistēmas maiņa psihiatrijā būtu iespējama.

Pašreizējās nepilnības nevar korigēt ar veselības aprūpes profesionāļu un ārstniecības iestāžu iniciatīvu vien, ir nepieciešama sistēmiska valsts līmeņa vadība un plānošana, kompetenta un neatkarīga uzraudzība, kā arī mērķtiecīgs pārmaiņu procesu finansējums.

Piespiešanas fenomena izpētes dati Latvijā norāda, ka valsts ilgstoši un sistēmiski nepilda pienākumus – gan tos, kurus tā ir uzņēmusies, ratificējot Konvenciju par personu ar invaliditāti tiesībām, gan tos, kurus nosaka Satversmes normas. Latvijas tiesību akti pieļauj cilvēku piespiešanu garīgu traucējumu dēļ. Latvijā nav veiktas tiesību reformas, lai nodrošinātu, ka tiesiskais regulējums garīgās veselības aprūpē atbilst cilvēktiesību standartiem, nav ieviesti uzraudzības mehānismi. Tāpēc ir nepieciešama tiesību reforma. Tiesību reforma garīgās veselības aprūpē ir valsts pienākums. Tiesību reformai, ja tāda notiktu, būtu reāla pozitīva

ietekme tad, ja tā paredzētu jēgpilnus ieviešanas risinājumus un pacientu tiesību aizsardzības monitorēšanas sistēmu.

Nepietiek ar piespiešanai pakļauto personu tiesību aizsardzības instrumentu klāsta palielināšanu un to īstenošanas uzraudzību. Primāri svarīgi ir veikt pasākumus, lai piespiedu ārstēšana būtu jāpiemēro pēc iespējas retāk, medicīniski jēgpilni un tikai kā galējais līdzeklis.

Psihiatrijas stacionāros pacienta lemtspējas novērtēšana ir jāievieš kā rutīnveida procedūra, pacientam gan piekrirot, gan atsakoties no ārstēšanas; lemtspēja būtu jāvērtē pacientiem dinamiskā un arī pirms pacienta izrakstīšanas no slimnīcas.

Jārada reāla iespēja saņemt savlaicīgu ārstēšanu vismazāk ierobežojošajos apstākļos – ambulatori, atvērta tipa nodaļās un kopienā. Jāveicina brīvprātīga psihiatriskās ārstēšanas saņemšana un jāievieš labās prakses piemēri atbilstoši citu valstu pieredzei (Council of Europe, 2021) un ekspertu ieteikumiem (Hallett, 2025; Richter, 2025).

Viens no risinājumiem, lai mazinātu piespiešanu un uzlabotu pacientu drošību, ir standartizētu pacientu vardarbīgas uzvedības risku skrīninga metožu lietošana. Piemēram, var izmantot Broseta vardarbības sarakstu (angļu val. *Brøset Violence Checklist*, BVC) (Hallett, 2025; Webster et al., 2006), Īstermiņa riska un ārstējamības novērtējumu (angļu val. *Short Term Assessment of Risk and Treatability*, START) (Webster et al., 2006) vai citas zinātniski pamatotas metodes. Ja būtu apkopotī dati par pacientu riskiem, tie nākotnē varētu kalpot par pamatu psihiatriskās slimnīcas nodaļu iedalījumam pēc drošības līmeņiem, kā arī būtu izmantojami vienotu drošības vadības standartu izstrādē. Izvērtējot pacienta individuālos riskus, pacientam un ārstniecības personām pieņemamus risinājumus, tos varētu ietvert ārstēšanas un aprūpes plānā un izmantot tālākas ārstēšanas plānošanā, arī nākotnē paredzama paasinājuma gadījumā. Piespiešana, kuru piemēro pacientam psihiatriskās krīzes situācijās, ja viņš tam iepriekš ir piekritis un risinājumi ar viņu ir saskaņoti, rada mazāku iespējama kaitējuma risku. Šādu risinājumu piedāvā arī pacientus pārstāvošās organizācijas – Eiropas bijušo un esošo psihiatrijas pakalpojumu lietotāju atbalsta organizācijas *ENUSP* (angļu val. *European Network of (Ex-)Users and Survivors of Psychiatry*) biedri.

Šajā rakstā prezentētie kvalitatīvie dati parāda tās pacientu grupas, kuras ir sevišķi pakļautas neformālās piespiešanas riskam un pret kurām tiek lietotas t. s. aizsardzības medicīnas prakse, slēpjot piespiešanu aiz “informētās” piekrišanas veidlapām. Tie ir seniori ar neirokognitīviem traucējumiem, pacienti, kuriem varētu būt piedāvājama EKT, un personas, kurām ar tiesas lēmumu ir noteikts medicīnisks piespiedu līdzeklis. Lai mazinātu piespiešanas risku šajās grupās, ir jāapkopo un jāizanalizē dati par šīm grupām raksturīgajiem piespiešanas apstākļiem. Pēc tam, izmantojot jaunākās zinātnes atziņas, labās prakses piemērus un šos pacientus pārstāvošo organizāciju priekšlikumus, ir jāveic tiesību reforma,

lai garantētu, ka Latvija ievēro un arī praksē nodrošina cilvēktiesību īstenošanu īpaši neaizsargātiem pacientiem. Tiesību aktu reforma praksē jāievieš, izmantojot zinātniski pamatotus klīniskus risinājumus.

Nedrīkst pieļaut, ka pēc cilvēktiesībās balstīta tiesiskā regulējuma ieviešanas saglabātos nedzīvas tiesību normas un aizsardzības medicīnas fenomeni (šeit aprakstītie vai jaunie), kas atgādina t. s. kravas jeb kargo kultu (Knochel, 2022). Proti, neizprotot juridiskās normās nostiprināto jēdzienu patieso būtību vai pretojoties to īstenošanai praksē, bez atbilstoša satura tiek lietoti moderni termini (“informētā brīvprātīgā piekrišana”, “kopienā balstīti veselības aprūpes pakalpojumi”), reālas inovācijas praksē neieviešot, bet aprobežojoties ar “izkārtņu maiņu”.

Gadījumos, kad piespiešana ir izmantota, rūpīgi jāizvērtē gan individuālie, gan sistēmiskie apstākļi, kas pie tās noveduši, un sekas, ko tā konkrētajā gadījumā ir radījusi pacientam. Secīgi ir jāvērtē, kā nākotnē risināt konkrēta pacienta vai pacientu krīzes situāciju un kādus līdzekļus izmantot, lai krīzes situāciju vadītu. Šāda pieeja ļautu izvairīties no piespiešanas izmantošanas.

No Zāļu valsts aģentūras uzturētas ārstniecībā izmantojamo medicīnisko tehnoloģiju datu bāzes (ZVA, 2001/2003a) būtu jāsvīturo psihiatrijas pacientu farmakoloģiskā un mehāniskā ierobežošana kā neatliekamās palīdzības sniegšanas sastāvdaļa. Nacionālajā algoritmā “Klīniskais algoritms “Akūtu psihotisku traucējumu un pirmās šizofrēnijas epizodes atpazīšana, vadišana un ārstēšana”” (SPKC, 2019b) sadaļā par strauju sedāciju ir jāveic cilvēktiesībām atbilstoši precizējumi, tostarp juridiski korekti norādot uz “ierobežošanas līdzekļiem”. Termins “strauja sedācija” būtu jālieto tikai attiecībā uz brīvprātīgiem psihiatrisko nodaļu pacientiem un delīrija ārstēšanu vispārējā profila slimnīcās.

Izrakstoties no psihiatriskā stacionāra, pacientam tiek izsniegts “Izraksts – epikrīze”. Šajos dokumentos reti tiek norādīti pacienta tiesību īstenošanai svarīgi fakti, piemēram, piespiešanas lietošanas fakts, piespiešanas un ierobežošanas veids vai veidi, pamatojums un sekas. Medicīnas dokumentācijā, arī izrakstā, precīzi ir jānorāda visi svarīgie ārstēšanās procesa fakti. Izrakstā ir jānorāda pacienta gūtie ievainojumi un traumas, arī to izcelsme un saistība ar medicīnisku manipulāciju saskaņā ar PVO ieteikto klasifikāciju (WHO, 2019a).

Ja pacienta medicīnas dokumentos tiktu iekļauti dati par pacienta lemtspējas dinamiku ārstēšanas laikā, viņa tiesiskā stāvokļa izmaiņām (“ievietots observācijas palātā”, “stacionēts slēgta tipa psihiatriskajā nodaļā brīvprātīgi (vai nebrīvprātīgi)”) un ierobežojošo līdzekļu lietošanu (veidu, skaitu un nepieciešamību), pacienti vai viņu pārstāvji varētu sekot šo līdzekļu lietošanas reģistrācijai, kā arī tiktu nodrošinātas pacientu tiesības iesniegt sūdzību, kas ir būtiska pamattiesība. Ja pacientam būtu nodarīts kaitējums, kā nereti notiek piespiešanas gadījumā, viņam būtu vienkāršāk izprast un īstenot savas tiesības, tostarp prasīt atlīdzību par veselībai nodarīto kaitējumu piespiešanas dēļ.

Raksta autore uzskata, ka nepamatots ir NPVC priekšlikums Nacionālajam veselības dienestam ieviest ierobežojošo līdzekļu lietošanu kā uzskaites manipulāciju (NPVC & NVD, 2024b). Ja šādi, tikai ārkārtas situācijās pieļaujami līdzekļi kļūdaini tiek klasificēti kā medicīniska manipulācija, tiek veicināta nepareiza izpratne un var saglabāties priekšstats, ka piespiešana ir ikdienišķa medicīniska rīcība. Piespiešana ir jākodē un jāreģistrē, izmantojot SSK10 klasifikācijas kodus. Nebrīvrātīgais pacienta statuss varētu tikt kodēts kā “Z04.6 – vispārēja psihiatriska pārbaude pēc varas iestāžu pieprasījuma”⁴⁹, ierobežojošo līdzekļu lietošanas fakts – kā “Z78.1 un R45.6 – mehāniska ierobežošana un vardarbīga uzvedība”.

Latvijai ir jāizpilda 2025. gada ANO Cilvēktiesību komitejas rekomendācijas ieviest efektīvu un neatkarīgu monitorēšanas un uzraudzības sistēmu, lai izmeklētu pārkāpumus psihiatrijas un sociālās aprūpes iestādēs, sodītu vainīgos un nodrošinātu kompensācijas cietušajiem un viņu ģimenēm (Human Rights Committee, 2025).

Gadījumiem, kad tiesa neapstiprina psihiatru konsilija lēmumu par psihiatriskās palīdzības sniegšanu bez pacienta piekrišanas vai tas tiek atzīts par prettiesisku, Ārstniecības likumā jāparedz efektīvi un ātri tiesību aizsardzības mehānismi. Pacientam, kuru tiesības tikušas pārkāptas, ir tiesības uz atlīdzību, bet sabiedrībai svarīgas ir garantijas, ka līdzīgi gadījumi nākotnē neatkārtosies. Īpaša palīdzība jāsniedz tiem pacientiem, kuriem ir traucētas spējas pašiem rūpēties par savu tiesību aizsardzību.

Latvijā ir jāievieš korekta izpratne par kopienā balstītiem pakalpojumiem, jāveido un jānodrošina kopienā balstīti sociālie un rehabilitācijas pakalpojumi ar tajos integrētu psihiatrisko palīdzību. Jāizskauž priekšstats, ka psihiatriskā ārstēšana ārpus stacionāra var tikt saņemta tikai psihiatrisko slimnīcu ambulatorajās nodaļās vai filiālēs. Vērtīgi ir ievērot citu valstu pieredzi šādu pakalpojumu ieviešanā.

Lai to īstenotu, ir jāierobežo psihiatrisko slimnīcu darbībai piešķirtie resursi, pārvirzot finansējumu un citus resursus, arī cilvēkresursus, ārstniecības iestādēm un sociālo pakalpojumu sniedzējiem, kuri organizē un var piedāvāt kopienā balstītu psihiatrisko palīdzību pēc iespējas tuvāk cilvēka dzīvesvietai visā Latvijas teritorijā. Vienlaikus ir jāuzlabo pacientu izrakstīšanas process no stacionāriem, garantējot ārstēšanas nepārtrauktību un drošu pāreju uz aprūpi kopienā.

Nedrīkstētu pieļaut iepriekš aprakstīto situāciju, kad iespēja pārvirzīt finansējumu no stacionārajiem uz ambulatorajiem pakalpojumiem ir slimnīcu ziņā, kas ir tieši ieinteresētas saglabāt finansējumu stacionārajiem pakalpojumiem.

49 Par valsts piespiedu varas deleģēšanas problemātiku psihiatriskās piespiedu ārstēšanas gadījumā skatīt: Loseviča u. c., 2021.

Nevajadzētu arī ļaut slimnīcām īstenot projektus par valsts budžeta līdzekļiem, ja tiem ir augsti ētiski un tiesiski riski, kas skar cilvēktiesību jomu. Īstenojot inovatīvus veselības aprūpes projektus, kas skar cilvēktiesības, ir obligāti jāņem vērā ētiski un tiesiski riski, jārod tiem risinājums un jānodrošina atbilstība tā sauktajai vērtībās balstītajai veselības aprūpei.

Ārstniecība ir skaidri jānodala no sociāliem pakalpojumiem, nepieļaujot sociālo pakalpojumu dublēšanos ārstniecības iestādēs. Psihiatrisko pacientu veselības aprūpe mājās ir jānodrošina atbilstoši spēkā esošajam regulējumam. Ārstniecība ir jānošķir no personas uzraudzības sabiedrības drošības labā.

Starptautiskā pieredze ir jāievēro, piemērojot pagaidām neizbēgamo piespiešanu, kas paredzēta Krimināllikumā, nodrošinot to vismazāk ierobežojošos apstākļos (Kisely et al., 2024) un tikai tām personām, kuras ir objektīvs medicīniskais un juridiskais pamats uzskatīt par sabiedriski bīstamām – atbilstoši ģenerālklauzulas “bīstams sabiedrībai” saturam un jēgai (Loseviča & Losevičs, 2022b).

Izšķiroši svarīga ir nozares profesionāļu izglītošana. Ārsti, medicīnas māsas un citi speciālisti būtu konsekventi jāapmāca par cilvēktiesībās balstītas veselības aprūpes principiem un pieejām, viņu profesionālās autonomijas un pienākumu tvērumu. Jāizskauž priekšstats par ārstēšanu slēgta tipa psihiatriskajā stacionārā kā drošu un nepārprotami pacientam labumu nesošu ārstēšanu. Vienlaikus ir jānodrošina ārstu un medicīnas māsu profesionālā neatkarība, droši darba apstākļi un citu darba tiesību ievērošana, jālikvidē mediķu interešu konfliktu situācijas darbā ar piespiešanai pakļautiem pacientiem, jānovērš nepieciešamība praktizēt “aizsardzības medicīnu”, nozarē jāveido mūsdienīga korporatīva kultūra, kas veicina brīvas profesionāļu diskusijas par ētiskiem un tiesiskiem izaicinājumiem.

Aktīvi jāizglīto juridisko profesiju pārstāvji par cilvēktiesībās balstītas garīgās veselības aprūpes principiem un to tiesisko nozīmību. Jāaicina tiesneši, prokurori, advokāti, valsts un pašvaldību iestāžu juristi, risinot lietas un pieņemot lēmumus par cilvēku ar garīgiem traucējumiem tiesību jautājumiem, vienmēr ievērot cilvēktiesības un aizsargāt tās, arī lietās par piespiešanas piemērošanu.

Nobeigumā autore vēlas atzīmēt, ka veselības aprūpe un sabiedrība atrodas tā sauktā implicitā līguma attiecībās (Bhugra, 2014) un tās sniegums atbilst sabiedrības gaidām. Ir vērts atgādināt Rūdolfa Jēringa (*Rudolf von Jhering*) viedokli, ka tiesības ir ne vien valsts, bet visas sabiedrības neatlaidīgā darba rezultāts, ikvienam individam ir jācinās par savām tiesībām, taisnīgumu jeb tiesiskumu (Jhering & Hollerbach, 2003), kas sakrīt ar tiesību maksimu “Likums palīdz tiem, kas ir modri, nevis tiem, kuri snauž” (latīņu val. *Vigilantibus non dormientibus jura subveniunt*) (Supreme Court of India, 2020).

IZMANTOTĀ LITERATŪRA

TIESĪBU AKTI

Starptautiskie tiesību akti

ANO (2006) *Konvencija par personu ar invaliditāti tiesībām*. <https://likumi.lv/ta/lv/starptautiskie-ligumi/id/1630>

Latvijas Republikas tiesību akti

Labklājības ministrija (2023) *Grozījumi Sociālo pakalpojumu un sociālās palīdzības likumā*, Likumprojekts 22-TA-1080. <https://tapportals.mk.gov.lv/structuralizer/data/nodes/fdcbaa24-3a3d-434f-8890-1651d6da9b71/preview> [skatīts 29.07.2025.].

Ministru kabinets (1994) 1994. gada 30. augusta noteikumi Nr. 177 “Ārstniecības noteikumi”. *Latvijas Vēstnesis*, 106, 10.09.1994.

Ministru kabinets (2009) 2009. gada 20. janvāra noteikumi Nr. 60 “Noteikumi par obligātajām prasībām ārstniecības iestādēm un to struktūrvienībām”. *Latvijas Vēstnesis*, 23, 11.02.2009.

Ministru kabinets (2014) 2014. gada 23. decembra noteikumi Nr. 805 “Prognozējamās invaliditātes, invaliditātes un darbspēju zaudējuma noteikšanas un invaliditāti apliecinoša dokumenta izsniegšanas noteikumi”. *Latvijas Vēstnesis*, 257, 30.12.2014.

Ministru kabinets (2016) 2016. gada 20. decembra noteikumi Nr. 862 “Grozījumi Ministru kabineta 2009. gada 20. janvāra noteikumos Nr. 60 “Noteikumi par obligātajām prasībām ārstniecības iestādēm un to struktūrvienībām””. *Latvijas Vēstnesis*, 251, 23.12.2016.

Ministru kabinets (2018a) 2018. gada 28. augusta noteikumi Nr. 555 “Veselības aprūpes pakalpojumu organizēšanas un samaksas kārtība”. *Latvijas Vēstnesis*, 176, 05.09.2018.

Ministru kabinets (2018b) 2018. gada 28. augusta noteikumu Nr. 555 “Veselības aprūpes pakalpojumu organizēšanas un samaksas kārtība” 6. pielikums “Stacionāro veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēji un stacionāro veselības aprūpes pakalpojumu apmaksas nosacījumi”, Neatliekamās medicīnas un pacientu uzņemšanas nodaļā diennakts dežūru nodrošināšanai nepieciešamie speciālisti. *Latvijas Vēstnesis*, 176, 05.09.2018.

Ministru kabinets (2022) 2022. gada 13. decembra rikožums Nr. 939 “Par Psihiskās veselības aprūpes organizēšanas uzlabošanas plānu 2023.–2025. gadam”. *Latvijas Vēstnesis*, 245, 19.12.2022.

Ministru kabinets (2023) 2023. gada 31. oktobra noteikumi Nr. 625 “Noteikumi par atbalsta personu lēmumu pieņemšanā pakalpojumu”. *Latvijas Vēstnesis*, 213, 02.11.2023.

Ministru kabinets (2024a) 2024. gada 4. jūnija noteikumi Nr. 331 “Vienotie iekšējās kārtības noteikumi pacientu ierobežošanai stacionārā psihiatriskās ārstniecības iestādē”. *Latvijas Vēstnesis*, 108, 05.06.2024.

Ministru kabinets (2024b) 2024. gada 24. septembra noteikumi Nr. 617 “Noteikumi par ārstniecības personu un studējošo, kuri apgūst medicīniskās izglītības programmas, kompetenci ārstniecībā un šo personu teorētisko un praktisko zināšanu apjomu”. *Latvijas Vēstnesis*, 187, 25.09.2024.

Saeima (1997) Ārstniecības likums. *Latvijas Vēstnesis*, 167/168, 01.07.1997.

MARINA LOSEVIČA, SOLVITA OLSENA. Piespiešana un tās izskaušanas iespējas ..

Saeima (2001) Darba likums. *Latvijas Vēstnesis*, 105, 06.07.2001.

Saeima (2005) Kriminālprocesa likums. *Latvijas Vēstnesis*, 74, 11.05.2005.

Saeima (2014) Grozījumi Krimināllikumā. *Latvijas Vēstnesis*, 105, 31.05.2014.

Saeima (2024) Grozījumi Pacientu tiesību likumā. *Latvijas Vēstnesis*, 124, 28.06.2024.

Satversmes Sapulce (1922) *Latvijas Republikas Satversme*. <https://likumi.lv/ta/id/57980-latvijas-republikas-satversme>

Citu valstu tiesību akti

Federal Ministry of Justice (2021) *German Civil Code* (Bürgerliches Gesetzbuch, BGB) in the version promulgated on 2 January 2002 (Federal Law Gazette [Bundesgesetzblatt] I page 42, 2909; 2003 I page 738), last amended by Article 1 of the Act of 10 August 2021 (Federal Law Gazette I p. 3515). English version, as amended to 10 August 2021. Section 1906a: Ratification by the custodianship court in the case of coercive measures by physicians. https://www.gesetze-im-internet.de/englisch_bgb/englisch_bgb.html#p7274 [skatīts 29.08.2025.].

TIESU PRAKSE

Eiropas Cilvēktiesību tiesa

ECtHR – European Court of Human Rights (2005) Case of Storck v. Germany, Appl. no. 61603/00, ECtHR 16 June 2005. <https://hudoc.echr.coe.int/eng?i=001-69374> [skatīts 05.09.2025.].

ECtHR (2011a) Case of Heinisch v. Germany, Appl. no. 28274/08, ECtHR 21 July 2011. <https://hudoc.echr.coe.int/eng?i=001-105777> [skatīts 11.09.2025.].

ECtHR (2011b) Case of L. M. v. Latvia, Appl. no. 26000/02, ECtHR 19 October 2011. <https://hudoc.echr.coe.int/eng?i=001-105669> [skatīts 30.08.2025.].

ECtHR (2012) Case of M. v. Ukraine, Appl. no. 2452/04, ECtHR 19 April 2012. <https://hudoc.echr.coe.int/eng?i=001-110515> [skatīts 01.09.2025.].

ECtHR (2016a) Case of O. G. v. Latvia (no. 2), Appl. no. 69747/13, 30 June 2016. <https://hudoc.echr.coe.int/?i=001-164206> [skatīts 30.08.2025.].

ECtHR (2016b) Case of Vasileva v. Bulgaria, Appl. no. 23796/10, ECtHR 17 March 2016. <https://hudoc.echr.coe.int/fre?i=001-161413> [skatīts 01.09.2025.].

ECtHR (2017) Case of Jurica v. Croatia, Appl. no. 30376/13, ECtHR 2 May 2017. <https://hudoc.echr.coe.int/eng?i=001-173261> [skatīts 01.09.2025.].

ECtHR (2021a) Case of Gawlik v. Liechtenstein, Appl. no. 23922/19, ECtHR 16 February 2021. <https://hudoc.echr.coe.int/fre?i=001-208280> [skatīts 11.09.2025.].

ECtHR (2021b) Case of R. D. and I. M. D. v. Romania, Appl. no. 35402/14, ECtHR 12 October 2021. <https://hudoc.echr.coe.int/eng?i=001-212609> [skatīts 01.09.2025.].

ECtHR (2023) Case of Rita Šteina v. Latvia, Appl. no. 7463/17. ECtHR 11 May 2023. <https://hudoc.echr.coe.int/eng?i=001-225243> [skatīts 28.08.2025.].

Latvijas Republikas Augstākā tiesa

Latvijas Republikas Augstākā tiesa (2021a) Administratīvo lietu departamenta 2021. gada 23. septembra nolēmums lietā Nr. A420184718, SKA-457/2021. *Latvijas tiesu portāla e-pakalpojumu vietne* [skatīts 29.08.2025.].

Latvijas Republikas Augstākā tiesa (2021b) *Apkopojums par medicīniska rakstura piespiedu līdzekļu piemērošanas problēmjautājumiem Senāta nolēmumos (2017–2020)*. Rīga. https://www.at.gov.lv/files/uploads/files/6_Judikatura/Tiesu_prakses_apkopojumi/2021/Tiesu%20prakses_apkopojums_piespiedu_med_lidzekli.docx [skatīts 29.08.2025.].

Latvijas Republikas Augstākā tiesa (2024) Administratīvo lietu departamenta 2024. gada 10. decembra spriedums lietā Nr. A420290622, SKA-794/2024. <https://www.at.gov.lv/lv/tiesu-prakse/judikaturas-nolemumu-arhivs/administrativo-lietu-departaments/klasifikators-pec-lietu-kategorijam/medicinas-un-arstniecibas-tiesibas> [skatīts 23.06.2025.].

Vispārējās jurisdikcijas un administratīvās tiesas

Administratīvā apgabaltiesa (2010) 2010. gada 20. janvāra spriedums lietā Nr. A4253386 143/AA43-0257-10/19. *Latvijas tiesu portāla e-pakalpojumu vietne* [skatīts 19.03.2024.].

Administratīvā rajona tiesa (2022) 2022. gada 3. februāra spriedums lietā Nr. A42-00057-22/37. *Latvijas tiesu portāla e-pakalpojumu vietne* [skatīts 29.08.2025.].

Administratīvā rajona tiesa, Rīgas tiesu nams (2023) 2023. gada 14. marta spriedums lietā Nr. A42-00100-23/3. *Latvijas tiesu portāla e-pakalpojumu vietne* [skatīts 12.05.2025.].

Kurzemes rajona tiesa (2021) Lieta Nr. 4 – 8/0030/21/15. Publiski nav pieejama.

Rīgas apgabaltiesa (2022) Civillietu tiesas kolēģijas 2022. gada 26. janvāra spriedums lietā Nr. 30714720. Lietas arhīva Nr. CA-0221-22/15. *Latvijas tiesu portāla e-pakalpojumu vietne* [skatīts 29.08.2025.].

Rīgas pilsētas Vidzemes priekšpilsētas tiesa (2018) 2018. gada 13. aprīļa spriedums lietā Nr. C-0822-18/20. *Latvijas tiesu portāla e-pakalpojumu vietne* [skatīts 11.09.2025.].

Rīgas pilsētas Vidzemes priekšpilsētas tiesa (2021a) Rīga, 2021. gada 21. jūlija lēmums lietā 4.6/40-2021/42. [Impresija]. Publiski nav pieejams.

Rīgas pilsētas Vidzemes priekšpilsētas tiesa (2021b) Lieta Nr. 4.6/2-2021/40. [Apdraudējums]. Publiski nav pieejama.

Rīgas pilsētas Vidzemes priekšpilsētas tiesa (2021c) 2021. gada 26. novembra lēmums lietā Nr. 4.6/75-2021/38. [Apdraudējums]. Publiski nav pieejams.

Rīgas pilsētas Vidzemes priekšpilsētas tiesa (2021d) Lieta Nr. 4.6/71-2021/42. Publiski nav pieejama.

Rīgas pilsētas Vidzemes priekšpilsētas tiesa (2021e) Lieta Nr. 4.6/60-2021/40. Publiski nav pieejama.

Rīgas pilsētas Vidzemes priekšpilsētas tiesa (2021f) Lieta Nr. 4.6/4-2021/42. Publiski nav pieejama.

Rīgas pilsētas Vidzemes priekšpilsētas tiesa (2021g) Lieta Nr. 4.6/20-2021/34. Publiski nav pieejama.

Rīgas rajona tiesa (2019) 2019. gada 1. aprīļa spriedums lietā Nr. K33-382-19/9. Publiski nav pieejams.

Zemgales rajona tiesa (2019) Lieta Nr. 4-6/1. Publiski nav pieejama.

Citu valstu judikatūra

Supreme Court of India (2020) Civil appellate jurisdiction, civil appeal Nos. 3007–3008 of 2020, Sagufa Ahmed v. Upper Assam Plywood Products Pvt. Ltd on 18 September 2020, New Delhi. <https://indiankanoon.org/doc/105327534/> [skatīts 28.08.2025.].

LITERATŪRA UN CITI AVOTI

Aftab, A., & Pūras, D. (2024) Global Psychiatry's Crisis of Values. In: Aftab, A. (ed.). *Conversations in Critical Psychiatry*. [Oxford]: Oxford University Press, 201–214. <https://doi.org/10.1093/med/9780192870322.003.0019>

Álvarez del Vayo, M., Bernardo, Á., Hernández, A., Torrecillas, C., & Tunas, O. (2021, June 24). The slow disappearance of Europe's psychiatric hospitals. *Voxeurop*. <https://voxeurop.eu/en/the-slow-disappearance-of-europes-psychiatric-hospitals/> [skatīts 26.02.2026.].

Andžāne, E. (2023) Ideāla izrakstišana – reāls pasākums pacientu drošības risku mazināšanai. *Latvijas Ārsts*, 2023, jūnijs–augusts, 104–108.

Aughterson, H., Fancourt, D., Chatterjee, H., & Burton, A. (2024). Social prescribing for individuals with mental health problems: An ethnographic study exploring the mechanisms of action through which community groups support psychosocial well-being. *Wellcome Open Research*, 9, 149. <https://doi.org/10.12688/wellcomeopenres.20981.1>

[B. a.] (2025) Iedzīvotāju skaits un tā izmaiņas. Latvijas oficiālā statistika. *Oficiālās statistikas portāls*. <https://stat.gov.lv/lv/statistikas-temas/iedzivotaji/iedzivotaju-skaits/247-iedzivotaju-skaits-un-ta-izmainas> [skatīts 30.08.2025.].

Baidina, K., & Konstantinova, K. (2022, 6–8 October) Barriers and facilitators for Assertive community treatment (ACT) implementation in Latvia. 12th European Congress on Violence in Clinical Psychiatry, Rotterdam, Netherlands. *Congress proceeding book*. https://www.researchgate.net/publication/388817505_Proceedings_of_the_12th_European_Congress_on_Violence_in_Clinical_Psychiatry [skatīts 01.09.2025.].

Bersani, G., Pacitti, F., & Iannitelli, A. (2020) “Delusional” consent in somatic treatment: The emblematic case of electroconvulsive therapy. *Journal of Medical Ethics*, 46 (6), 392–396. <https://doi.org/10.1136/medethics-2019-105540>

Bērnu psihoneiroloģiskā slimnīca “Ainaži”, VSIA (2025) 30.04.2025. atbilde Nr. 1.6.3/161 uz 28.12.2024.Nr. 1-12/169 “Par atbildes sniegšanu uz LR Tiesībsarga ziņojumu”. https://www.tiesibsargs.lv/wp-content/uploads/2024/12/atbilde_ainazi_30042005.pdf [skatīts 12.09.2025.].

Bhugra, D. (2014) Medicine's contract with society. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 107 (4), 144–147. <https://doi.org/10.1177/0141076814525068>

Bogdane, Z. (2024) *Alcheimera un vaskulārās demences pacientu diagnostikas un aprūpes dzīves nogalē tendences Latvijā*: maģistra darbs. Rīga, Latvijas Universitāte. <https://luis.lu.lv/luis/ZandaBogdaneRezidentaDarbs.pdf> [skatīts 12.09.2025.].

Bradshaw, J. (1996) *Bradshaw on the family: A new way of creating solid self-esteem* (Rev. ed.). Health Communications.

British Medical Association & The Law Society (2004) *Assessment of Mental Capacity: Guidance for Doctors and Lawyers* (2nd ed.). BMJ Books.

Brumbles, D., & Meister, A. (2013) Psychiatric Elopement: Using Evidence to Examine Causative Factors and Preventative Measures. *Archives of Psychiatric Nursing*, 27 (1), 3–9. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2012.07.002>

Committee against Torture (CPT) (2007) *Consideration of reports submitted by States Parties under Article 19 of the Convention*. Conclusions and recommendations of the Committee against Torture, Latvia. Geneva. <https://atlas-of-torture.org/en/entity/p01crl1r5gmkcq4g1h4wvcxr/toc?page=11> [skatīts 29.08.2025.].

Conca, A. (2022) Electroconvulsive therapy (ECT): A safe and effective treatment. *Evidence based Psychiatric Care*, 8, 202–207. https://www.evidence-based-psychiatric-care.org/wp-content/uploads/2023/01/03_Conca.pdf

Conrad, P. (1979), Types of medical social control. *Sociology of Health & Illness*, 1 (1), 1–11. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9566.1979.tb00175.x>

Conroy, M., Malik, A. Y., Hale, C., Weir, C., Brockie, A., & Turner, C. (2021) Using practical wisdom to facilitate ethical decision-making: A major empirical study of phronesis in the decision narratives of doctors. *BMC Medical Ethics*, 22 (1), 16. <https://doi.org/10.1186/s12910-021-00581-y>

Council of Europe (2021) *Compendium report: Good practices to promote Voluntary Measures in Mental Health Services*. Report commissioned by the Committee on Bioethics (DH-BIO) of the Council of Europe. Strasbourg. <https://www.coe.int/lv/web/human-rights-and-biomedicine/compendium-report-good-practices-in-the-council-of-europe-to-promote-voluntary-measures-in-mental-health-> [skatīts 29.08.2025.].

CPT – Council of Europe, European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (1998) *Involuntary placement in psychiatric establishments*. CPT/Inf(98)12-part. <https://rm.coe.int/16806cd43e> [skatīts 29.08.2025.].

CPT (2001) *Report to the Latvian Government on the visit to Latvia carried out by the European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CPT) from 24 January to 3 February 1999*. CPT/Inf (2001) 27. Strasbourg. <https://rm.coe.int/16806972c9> [skatīts 01.09.2025.].

CPT (2005) *Report to the Latvian Government on the visit to Latvia carried out by the European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CPT) from 25 September to 4 October 2002*. CPT/Inf (2005) 8. Strasbourg. <https://rm.coe.int/16806972cb> [skatīts 01.09.2025.].

CPT (2009) *Report to the Latvian Government on the visit to Latvia carried out by the European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CPT) from 27 November to 7 December 2007*. CPT/Inf (2009) 35. Strasbourg. <https://rm.coe.int/1680697310> [skatīts 01.09.2025.].

CPT (2017) *Report to the Latvian Government on the visit to Latvia carried out by the European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CPT) from 12 to 22 April 2016*. Strasbourg. <https://rm.coe.int/pdf/168072ce4f> [skatīts 27.08.2025.].

CPT (2023a) *Report to the Latvian Government on the periodic visit to Latvia carried out by the European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CPT) from 10 to 20 May 2022*. CPT/Inf (2023) 16. Strasbourg. <https://www.coe.int/en/web/cpt/-/council-of-europe-anti-torture-committee-cpt-publishes-report-on-its-2022-visit-to-latvia> [skatīts 29.08.2025.]; <https://rm.coe.int/1680abe944> [skatīts 01.09.2025.].

CPT (2023b) *Response of the Latvian Government to the report of the European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CPT) on its periodic visit to Latvia from 10 to 20 May 2022*. CPT/Inf (2023) 17. Strasbourg. <https://rm.coe.int/1680abe948> [skatīts 30.08.2025.].

CPT (2025) Eiropas Komitejas spīdzināšanas un necilvēcīgas vai pazemojošas rīcības vai soda novēršanai 17.01.2025. sniegtā informācija uz raksta autoru pieprasījumu. Personiskā sarakste. Publiski nav pieejama.

Dahlberg, J., Øverstad, S., Dahl, V., & Coman, A. (2021) Autonomy and consent assessment for electroconvulsive therapy (ECT). A retrospective study of medical records. *International Journal of Law and Psychiatry*, 77, 101716. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2021.101716>

ENIL – The European Network on Independent Living (2020) *ENIL and Validity challenge Polish misuse of EU funding which contributes to segregation of persons with disabilities*. <https://enil.eu/enil-and-validity-challenge-polish-misuse-of-eu-funding-which-contributes-to-segregation-of-persons-with-disabilities/> [skatīts 26.02.2026.].

Etchells, E., Darzins, P., Silberfeld, M., Singer, P. A., McKenny, J., Naglie, G., Katz, M., Guyatt, G. H., Molloy, D. W., & Strang, D. (1999) Assessment of patient capacity to consent to treatment. *Journal of General Internal Medicine*, 14 (1), 27–34. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.1999.00277.x>

Finkel, E., & Pasaules banka (2016) *Kvalitātes nodrošināšanas pārskats*. Pasaules bankas atmaksājami analītiskie pakalpojumi. Atbalsts veselības aprūpes sistēmas stratēģijas izstrādei prioritārajās slimību jomās Latvijā. <https://www.vmnvd.gov.lv/en/media/298/download> [skatīts 29.08.2025.].

Freeman, M., Pathare, S., & World Health Organization (2005) *WHO resource book on mental health, human rights and legislation*. World Health Organization. http://www.lhac.eu/resources/library/who_resource-book-on-mental-health-human-rights-and-legislation--2.pdf [skatīts 11.09.2025.].

Glancy, D. R., & Glancy, G. D. (2009) The Case That Has Psychiatrists Running Scared: Ahmed v. Stefaniu. *The Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 37 (2), 250–256.

Gregor, E. A., & Zheng, W. (2023) Oral and Intranasal Ketamine Use in Treatment-Resistant Catatonia: A Clinical Case Report. *American Journal of Case Reports*, 24, e939530. <https://doi.org/10.12659/AJCR.939530>

Grigaitė, U. (2017) *Human Rights Conditions and Quality of Care in 'Independent Living Homes' for Adults, who have Intellectual and/or Psychosocial Disabilities, in Vilnius: Analysis of Good Practice Examples, Systemic Challenges and Recommendations for the Future*. [MSc Thesis in Mental Health Policy and Services, Nova Medical School, Nova University of Lisbon, Portugal]. https://qualityrights.org/wp-content/uploads/FINAL_Ugne-Grigaite.pdf [skatīts 29.08.2025.].

Grisso, T., & Appelbaum, P. S. (1998) *MacArthur competence assessment tool for treatment (MacCAT-T)*. [N.p.]: Professional Resource Press.

Grīviņš, V. (2021) Smirnova, Anastasija. Sociālā aprūpe pilsētās Latvijas teritorijā (19. gs. beigas – 1940. g.): daži fakti un ieskaits pieejamajā literatūrā. *Historia*. <https://www.historia.lv/raksts/smirnova-anastasija-sociala-aprupe-pilsetas-latvijas-teritorija-19-gs-beigas-1940-g-dazi-fakti> [skatīts 16.02.2026.].

Gutheil, T. G., & Appelbaum, P. S. (2019) *Clinical handbook of psychiatry and the law* (5th ed.). [N.p.]: Lippincott Williams & Wilkins (LWW).

Hallett, N., Whittington, R., Richter, D., & Eneje, E. (eds.) (2025) *Coercion and Violence in Mental Health Settings: Causes, Consequences, Management* (2nd ed). Springer. <https://link.springer.com/book/10.1007/978-3-031-61224-4> [skatīts 29.08.2025.].

Hansbauer, M., Wagner, E., Strube, W., Röh, A., Padberg, F., Keeser, D., Falkai, P., & Hasan, A. (2020) rTMS and tDCS for the treatment of catatonia: A systematic review. *Schizophrenia Research*, 222, 73–78. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2020.05.028>

Harris, V. (2006) Electroconvulsive therapy: Administrative codes, legislation, and professional recommendations. *The Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 34 (3), 406–411.

Hillow, M. A., Kwobah, E. K., Gakinya, B., & Omari, F. (2021) Sudden Death After Electroconvulsive Therapy in the Context of Coronavirus Disease 2019. *The Journal of ECT*, 37 (3), 209–210. <https://doi.org/10.1097/YCT.0000000000000771>

Human Rights Committee (2025) *Concluding observations on the fourth periodic report of Latvia*. Geneva. <https://www.mfa.gov.lv/lv/media/18455/download?attachment> [skatīts 28.08.2025. un 01.09.2025.].

Ieslodzījuma vietu pārvalde (2024) Atbilde uz 02.04.2024. iesniegumu Nr. N-6-2024-02036. Raksta autoru personīga komunikācija. Nav publiski pieejama.

International Early Psychosis Association Writing Group (2005) International clinical practice guidelines for early psychosis. *The British Journal of Psychiatry. Supplement*, 48, 120–124. <https://doi.org/10.1192/bjp.187.48.s120>

Jauns.lv Ziņu nodaļa (2025) Valsts policija meklē Ilju Svetlovu, kurš aizvadītajā dienā pameta ārstniecības iestādi Tvaika ielā. *Jauns.lv*, 27.02.2025. <https://jauns.lv/raksts/zinas/643288-valsts-policija-mekle-ilju-svetlovu-kurs-aizvaditaja-diena-pameta-arstniecibas-iestadi-tvaika-iela> [skatīts 29.08.2025.].

Jhering, R. von, Hollerbach, A. (2003) *Der Kampf ums Recht*, 8., erg. Aufl. Verlag Vittorio Klostermann.

Kadile, L., & Olsena S. (2023) *Latvijas pieredze: Latvijas tiesu prakse lietās par garīgās veselības ārstniecību* [referāts]. Simpozījs “Personas autonomija un garīgās veselības aprūpe: juridiskā perspektīva”, Rīga, 13. novembris. https://www.youtube.com/watch?v=UeOkZE_194Q

Kahn, M. (2002) Jurisprudential Countertransference. *Touro Law Review*, 18 (3), 459–478. <https://digitalcommons.tourolaw.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1501&context=lawreview> [skatīts 29.08.2025.].

Kaufmann, C. L., Roth, L. H., Lidz, C. W., & Meisel, A. (1981) Informed consent and patient decisionmaking: The reasoning of law and psychiatry. *International Journal of Law and Psychiatry*, 4 (3–4), 345–361. [https://doi.org/10.1016/0160-2527\(81\)90006-6](https://doi.org/10.1016/0160-2527(81)90006-6)

Kelly, B. D. (2019) Variations in involuntary hospitalisation across countries. *The Lancet. Psychiatry*, 6 (5), 361–362. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(19\)30095-1](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(19)30095-1)

MARINA LOSEVIČA, SOLVITA OLSENA. Piespiešana un tās izskaušanas iespējas ..

Kisely, S., Zirnsak, T., Corderoy, A., Ryan, C. J., & Brophy, L. (2024) The benefits and harms of community treatment orders for people diagnosed with psychiatric illnesses: A rapid umbrella review of systematic reviews and meta-analyses. *The Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 58 (7), 555–570. <https://doi.org/10.1177/00048674241246436>

Knochel, J. (2022) Cargo Cult Psychiatry. *Mad in America*. <https://www.madinamerica.com/2022/06/cargo-cult-psychiatry/#:~:text=I%20call%20these%20things%20Cargo%20Cult%20Psychiatry%2C%20because%20they%20follow,etc.%5D> [skatīts 30.06.2025. un 28.08.2025.].

Konstantinova, K., & Olsena, S. (2023, March) Addressing Decision-Making Capacity in Application of Involuntary Treatment in Latvia: Case Law Analysis. *European Psychiatry*, 66 (S1), S541. <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2023.1143>

Kotov, V. P., & Rumiantseva, G. M. (1984) Dispensernyj uchet bol'nykh nervno-psikhicheskimi zabolovanijami i puti ego vozmozhnoj reorganizacii [Dispensary registration of patients with neuropsychiatric diseases and possible methods of reorganizing it]. Article in Russian. *Zhurnal nevropatologii i psikiatrii imeni S. S. Korsakova* (Moscow, 1952), 84 (1), 103–107.

Krupar, M., Kellner, C. H., & Østergaard, S. D. (2024) Clinical and Legal Differences in the Use of Involuntary Electroconvulsive Therapy for Life-Threatening Illness Across European Countries. *The Journal of ECT*, 40 (2), 105–110. <https://doi.org/10.1097/YCT.0000000000000984>

Labklājības ministrija (2020) Deinstitutionalizācijas process. https://www.lm.gov.lv/lv/deinstitutionalizacijas-process?utm_source=https%3A%2F%2Fwww.google.com%2F [skatīts 29.08.2025.].

Lapid, M. I., Merrill, J., Mueller, M., et al. (2024) Electroconvulsive therapy for the acute management of severe agitation in dementia (ECT-AD): A modified study protocol. *PLOS One*, 19 (6), e0303894. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0303894>

Latvian Centre for Human Rights, Vilnius Regional Office of Global Initiative for Psychiatry, Mental Disability Advocacy Centre & Estonian Patient Advocacy Association (2006) *Human Rights in Mental Health Care in Baltic Countries*. https://cilvektiesibas.org.lv/media/attachments/30/01/2012/HRinMHbaltics_ENG.pdf [skatīts 30.08.2025.].

Latvijas Cilvēktiesību centrs (2006) *Monitoringa ziņojums par slēgtajām iestādēm Latvijā*. Rīga. https://cilvektiesibas.org.lv/media/attachments/30/01/2012/Final_monitoring_reportLV.pdf [skatīts 29.08.2025.].

Latvijas Psihiatru asociācija (2021) Elektroniska vēstule biedriem, 18.07.2021. Publiski nav pieejama.

Latvijas Universitāte, Latvijas Republikas Tiesībsargs & Eiropas Padomes Bioētikas komiteja (2023) Starptautiska konference “Personas autonomijas veicināšana garīgās veselības aprūpes praksē”. *Latvijas Republikas Tiesībsargs*, 13. novembris. <https://www.tiesibsargs.lv/news/konference-par-autonomiju-garigas-veselibas-aprupe/> [skatīts 29.08.2025.].

Lenzen, L. M., & Grözinger, M. (2019) Electroconvulsive therapy against the natural will: Some concerns. *European Psychiatry*, 58, 87–88. Cambridge Core. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2019.03.002>

LETA (2023) Policija aicina iedzīvotājus uzmanīties – no psihiatriskās slimnīcas Rīgā izbēdzis bīstams vīrietis. *1188.lv*, 27.04.2023. <https://www.1188.lv/zinas/policija-aicina-iedzivotajus-uzmanities-no-psihiatriskas-slimnicas-riga-izbedzis-bistams-virietis/15217> [skatīts 13.07.2025.].

Līcis, J. (2021, 20. oktobris) Prezentācija VSIA “Strenču psihoneiroloģiskā slimnīca” rīkotajā starptautiskajā tiešsaistes seminārā “Elektrokonvulsīvā terapija (ECT). Baltijas un ASV pieredze” [Nepublicēts materiāls].

Līcis, J. (2022) Elektrokonvulsīvā terapija 21. gadsimtā. Klīniskā gadījuma apraksts. *Doctus.lv*, 05.04.2022. <https://www.doctus.lv/raksts/medicina-un-farmacija/kliniskie-gadjijumi/elektrokonvulsiva-terapija-21.-gadsimta.-kliniska-gadjijuma-apraksts-5190/> [skatīts 23.08.2025.].

Lōokene, M., Kisuro, A., Mačiulis, V., Banaitis, V., Ungvari, G. S., & Gazdag, G. (2014) Use of electroconvulsive therapy in the Baltic states. *The World Journal of Biological Psychiatry*, 15 (5), 419–424. <https://doi.org/10.3109/15622975.2013.866692>

Losevica, M., Losevics, A., & Konstantinova, K. (2025) Informed consent in psychiatry – analysis of the national practice guidance. In: *Proceedings of the Latvian Academy of Sciences* (Section B. Natural, Exact, and Applied Sciences), 79 (1/2), 162. <https://doi.org/10.2478/prolas-2025-0009>

Losevich, M., & Konstantinova, K. (2024) The Exercise of Public Health Powers in Mental Healthcare – The Impact on Public Safety. *Sabiedrība. Integrācija. Izglītība: starptautiskās zinātniskās konferences materiāli, 2. daļa = Society. Integration. Education. Proceedings of the International Scientific Conference*, 2, 649–667. <https://doi.org/10.17770/sie2024vol2.7851>

Losevich, M., Olsena, S., & Konstantinova, K. (2024) Electroconvulsive therapy in patients with questioned decision-making capacity – clinical and ethical challenges. The 82nd International Scientific Conference of the University of Latvia, Riga, Latvia. *Medicina*, 60 (1), 170. <https://medicina.lsmuni.lt/abstracts-of-the-international-scientific-conference-on-medicine-organized-within-the-frame-of-the-82nd-international-scientific-conference-of-the-university-of-latvia-riga-latvia/> [skatīts 01.09.2025.].

Loseviča, M. (2021) Demences slimnieku ārstēšana un aprūpe. Tiesiskais un ētiskais ietvars. *Medicus Bonus*, 54, maijs/jūnijs, 26–28.

Loseviča, M., Losevičs, A., & Raiviča, E. (2024) Physical safety in psychiatry – a call for action. 13th European Congress on Violence in Clinical Psychiatry (ECVCP), Kraków, Poland. In: *Conference abstract book*. Evipro, 146–147.

Loseviča, M., & Kadile, L. (2023) Healthcare Quality Indicators as a Tool for Safeguarding Patients with Limited Capacity and Physician Rights. Proceedings of International One Health Conference. *Medical Sciences Forum*, 19 (1), 11. <https://doi.org/10.3390/msf2023019011>

Loseviča, M., & Losevičs, A. (2022a) Bezjēdzīgais medicīniska rakstura piespiedu līdzeklis – starp psihiatru un klīnisko kriminoloģiju. *Jurista Vārds*, 1225 (11), 28–32.

Loseviča, M., & Losevičs, A. (2022b) Par medicīniskā rakstura piespiedu līdzekļa patieso jēgu jeb kāpēc psihiatru nav kriminoloģija. *Latvijas Ārsts*, aprīlis, 51–58.

Loseviča, M., Bundža, O., & Kudeikina I. (2021) Piespiedu ārstēšana kā valsts pārvaldes uzdevums jeb kas ir kopīgs tifozejai Mērijai un Trakajam Ludvigam. *Socrates*, 2 (20), 212–231.

Loseviča, M., Ozerska, D., & Ivaščenko, T. (2022) Vērtībās balstīta pacientorientēta un noturīga ambulatorā psihiskās veselības aprūpe. *Latvijas Ārsts*, jūlijs/augusts, 45–51.

LR tiesībsargs – Latvijas Republikas tiesībsargs (2024, 28. decembris) Ziņojums par bērnu tiesību ievērošanas pārbaudi VSIA “Bērnu psihoneiroloģiskā slimnīcā “Ainaži””, Nr. 1-12/19.

Rīga. <https://www.tiesibsargs.lv/wp-content/uploads/2025/01/zinojums-ainazi.pdf> [skatīts 29.08.2025.].

Lugg, W. (2022) Antipsychotic-induced supersensitivity – A reappraisal. *The Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 56 (5), 437–444. <https://doi.org/10.1177/00048674211025694>

Mankad, M. (2015) Informed Consent for Electroconvulsive Therapy-Finding Balance. *The Journal of ECT*, 31 (3), 143. <https://doi.org/10.1097/YCT.0000000000000241>

Maust, D. T., & Phelan, E. A. (2024) “Preventable hospitalizations” in older adults with dementia: Are they really preventable? *Journal of the American Geriatrics Society*, 72 (3), 931–934. <https://doi.org/10.1111/jgs.18699>

Mellman, L. A. (1995) Countertransference in court interpreters. *The Bulletin of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 23 (3), 467–471.

Meredith, S. (2025) Psychiatrists Report Moral Injury Amid Mental Health Crisis. *Medscape*. https://www.medscape.com/viewarticle/psychiatrists-report-moral-injury-amid-mental-health-crisis-2025a1000h1o?ecd=WNL_mdpls_250627_mscpedit_psych_etid7529114&uac=130034AT&spon=12&impID=7529114 [skatīts 28.08.2025.].

Methfessel, I., Sartorius, A., & Zilles, D. (2018) Electroconvulsive therapy against the patients' will: A case series. *The World Journal of Biological Psychiatry: The Official Journal of the World Federation of Societies of Biological Psychiatry*, 19 (3), 236–242. <https://doi.org/10.1080/15622975.2017.1293296>

Ministerstvo zdravoochranenija SSSR. Upravljenje specializirovannoj medicinskoj pomoshhi. Vsesojuznyj centr terapii psihicheskikh zabolovanij. Moskovskij NII psihiatrii Minzdrava RSFSR (1989) *Primenenie jelectrosudorozhnoj terapii v psichiatricheskoj praktike*. Metodicheskie rekomendacii. Moskva: tipografija HOZU Minnefteproma.

MoCA – Montreal Cognitive Assessment or The MoCA Test (n.d.) [Dataset]. <https://mocacognition.com/> [skatīts 04.04.2025.].

Montanari Vergallo, G., Gulino, M., Ricci, P., Pastorini, A., Bersani, G., & Rinaldi, R. (2023) Psychiatric advance directives (Ulysses Contract): the need for a specific law and a criteria proposal for its introduction. *Riv Psichiatr*, 58 (5), 241–248. <https://doi.org/10.1708/4113.41074>

Morgan, C., Thara, R., Gureje, O., Hutchinson, G., & Cohen, A. (2025) Duration of untreated psychosis: a global perspective. *World Psychiatry*, 24, 49–50. <https://doi.org/10.1002/wps.21267>

Mucchielli, L. (2017) Sociology of Deviance and Criminology in France: History and Controversies. *The American Sociologist*, 48 (3/4), 276–296. <http://www.jstor.org/stable/44982741>

Munkholm, K., Jørgensen, K. J., & Paludan-Müller, A. S. (2021) Adverse effects of electroconvulsive therapy. *Cochrane Database of Systematic reviews*, 26 December. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD014995>

NPVC – Nacionālais psihiskās veselības centrs (2025a) Gada pārskats par 2024. gadu, Rīga. https://npvc.lv/wp-content/uploads/2025/05/Gada-parskats_2024_auditets.pdf [skatīts 29.08.2025.].

NPVC (2025b) Pirmdien Mežaparkā agrīnas intervences programmas speciālisti kopā ar pacientiem devās 5 km garā pastaigā. *Facebook*, 31. jūlijs. <https://www.facebook.com/Psihiskasveselibascentrs/posts/-pirmdien-me%C5%BEapark%C4%81-agr%C4%ABnas-intervences-programmas-speci%C4%81listi-kopa-ar-pacientie/763091232906084/>

MARINA LOSEVIČA, SOLVITA OLSENA. Piespiešana un tās izskaušanas iespējas ..

NPVC (2025c) Vakar ar Rīgas Zoodārzs/Rīga Zoo atbalstu mūsu Agrīnas intervences komandas speciālisti kopā ar pacientiem devās uz Rīgas Zoologisko dārzu! *Facebook*, 26. augusts. <https://www.facebook.com/Psihiskasveselibascentrs/posts/-vakar-ar-r%C4%ABgas-zood%C4%81rzsriga-zoo-atbalstu-m%C5%ABsu-agr%C4%ABnas-intervences-komandas-spec/783697734178767/>

NPVC (2025d) Vakar sadarbībā ar Rīgas Ekskursijas mūsu Agrīnas Intervences pacienti kopā ar speciālistiem devās īpašā pastaigā pa Vecrīgas ielām. *Facebook*, 30. septembris. <https://www.facebook.com/Psihiskasveselibascentrs/posts/-vakar-sadarb%C4%ABb%C4%81-ar-rigas-ekskursijas-m%C5%ABsu-agr%C4%ABnas-intervences-pacienti-kop%C4%81-ar-/811211998094007/>

NPVC & NVD – *Nacionālais psihiskās veselības centrs & Nacionālais Veselības dienests (2024a) Metodiskais materiāls: mobilās psihiatriskās komandas izveide psihiatrisko pacientu aprūpei mājās*. Rīga. <https://npvc.lv/wp-content/uploads/2025/01/Mobilas-psihiatriskas-komandas-izveide-psihiatrisko-pacientu-aprupei-majas.pdf> [skatīts 29.08.2025.].

NPVC & NVD (2024b) *Metodiskais standarts*. NVD pilotprojekta par metodisko vadību psihiskās veselības jomā ietvaros izstrādātā situācijas izpēte, rekomendācijas un kvalitātes kritēriji psihiskās veselības aprūpē stacionārajā sektorā. <https://npvc.lv/wp-content/uploads/2025/01/Situacijas-izpete-rekomendacijas-un-kvalitates-kriteriji-psihiiskas-veselibas-aprupe-stacionaraja-sektora.pdf> [skatīts 29.08.2025.].

NPVC & NVD (2024c) *Pacienta apskate Neatliekamās medicīniskās palīdzības un pacientu uzņemšanas nodaļā: metodiskais standarts*. Rīga. Pieejams <https://npvc.lv/wp-content/uploads/2025/01/Pacienta-apskate-Neatliekamas-mediciniskas-palidzibas-un-pacientu-uznemsanas-nodala.pdf> [skatīts 31.08.2025.].

NVD – Nacionālais veselības dienests (2025a) *Aprūpes epizožu tarifi pa elementiem no 01.01.2025*. <https://www.vmnvd.gov.lv/lv/tarifi-sadalijuma-pa-elementiem> [skatīts 05.08.2025.].

NVD (2025b) *Gultasdienas tarifi pa elementiem no 01.01.2025*. <https://www.vmnvd.gov.lv/lv/tarifi-sadalijuma-pa-elementiem> [skatīts 05.08.2025.].

O'Day, J. F. (1966) Ehrlich's Living Law Revisited-Further Vindication for a Prophet without Honor. *Wisconsin Law Review*, 18 (1), 210–231. <https://scholarlycommons.law.case.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=4452&context=caselrev> [skatīts 31.07.2025.].

OECD – Organization for Economic Co-operation and Development (2022) *Health Quality Indicators: Mental Health care, In-Patient Suicide among Patient Diagnosed with a Mental Disorder [Dataset]*. <https://stats.oecd.org/Index.aspx?QueryId=51883> [skatīts 21.07.2022.].

Olsena, S., Kadile, L., Loseviča, M., & Konstantinova, K. (2024) *Piespiedu ievietošana un piespiedu ārstēšana psihiatriskās palīdzības iestādēs bez pacienta piekrišanas: tiesu prakses analīze laika periodā no 2018. līdz 2023. gadam*. [Nepublicēts pētījums]. Latvijas Universitāte.

Olsena, S., Stars, I., Rozenberga, E. E., Konstantinova, K., & Baidina, K. (2025) *Triadic Perspectives on Decision Making in Psychiatry: A Qualitative Study on Service Users, Caregivers and Healthcare Professionals in Latvia*. *Healthcare*, 13 (12), 1416. <https://doi.org/10.3390/healthcare13121416>

Oxford Research Baltics & Viegļās valodas aģentūra (2021) *Sabiedrībā balstītu sociālo pakalpojumu satura, pieejamības un ietekmes uz sociālo atstumtību izvērtējums pirmspensijas un pensijas vecuma personām un personām ar garīga rakstura*

MARINA LOSEVIČA, SOLVITA OLSENA. Piespiešana un tās izskaušanas iespējas ..

traucējumiem. Gala ziņojums. Rīga: Finanšu ministrija. https://www.esfondi.lv/assets/izv%C4%93rt%C4%93jumi/2014_2020/2021/zinojums.pdf [skatīts 30.08.2025.].

Palkova, K., Slavinska, A., Šāberte, L., Lieljuksis, A., & Bikava, I. (2025) *Vadlīnijas pacientu tiesību īstenošanas plāna ieviešanai ārstniecības iestādēs. Pilotprojekts 2025.–2027. gadam.* Rīga. <https://www.vm.gov.lv/lv/media/15711/download?attachment> [skatīts 25.08.2025.].

PVO – Pasaules Veselības organizācija (2001/2003) *Starptautiskā funkcionēšanas, nespējas un veselības klasifikācija*: SFK. Tulk. latv. val. Rīga: [b. i.]. <https://www.spkc.gov.lv/lv/media/1633/download?attachment> [skatīts 10.02.2026.].

PVO (2021) *Psihiskās veselības un uzvedības traucējumu profilakses un kontroles pasākumi Latvijā. Investīciju pamatojums.* Tulk. latv. val. <https://www.vm.gov.lv/lv/media/10325/download?attachment> [skatīts 10.02.2026.].

PVO misija Latvijā (2023) *Kādas izmaiņas psihiskās veselības aprūpes sistēmā ir ieteicamas, lai uzlabotu pāreju no bērnu un pusaudžu uz pieaugušo psihiskās veselības aprūpi? PVO misijas Latvijā ziņojums: 2023. gada 21.–23. novembris.* <https://www.vm.gov.lv/lv/media/13599/download?attachment> [skatīts 22.02.2026.].

Peritogiannis, V., Manthopoulou, T., Gogou, A., & Mavreas, V. (2017) Mental Healthcare Delivery in Rural Greece: A 10-year Account of a Mobile Mental Health Unit. *Journal of Neurosciences in Rural Practice*, 8 (4), 556–561. <https://doi.org/10.4103/jnrp.jnrp.142.17>

Plahouras, J. E., Konstantinou, G., Kaster, T. S., Buchman, D. Z., Foussias, G., Daskalakis, Z. J., & Blumberger, D. M. (2021) Treatment Capacity and Clinical Outcomes for Patients With Schizophrenia Who Were Treated With Electroconvulsive Therapy: A Retrospective Cohort Study. *Schizophrenia Bulletin*, 47 (2), 424–432. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbaa144>

Powell, T., Glozier, N., Conn, K., Einboden, R., Buus, N., Caldwell, P., & Milton, A. (2024) The impact of early intervention psychosis services on hospitalisation experiences: a qualitative study with young people and their carers. *BMC psychiatry*, 24 (1), 350. <https://doi.org/10.1186/s12888-024-05758-4>

Puppinc, G. (2025) *Conscientious Objection and Human Rights, a Systematic Analysis.* SSRN. <http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.5355560>

Pūras, D. (2017, 6 June) *Report of the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health at the 35th session of the UN Human Rights Council.* <https://www.ohchr.org/en/statements/2017/09/statement-mr-dainius-puras-special-rapporteur-right-everyone-enjoyment-highest> [skatīts 13.09.2025.].

PVO & LR VM – Pasaules veselības organizācija & Latvijas Republikas Veselības ministrija (2006) *PVO–AIMS ziņojums par garīgās veselības aprūpes sistēmu Latvijā.* Rīga. https://cdn.who.int/media/docs/default-source/mental-health/who-aims-country-reports/latvia_who_aims_report.pdf?sfvrsn=68f45ee4_3 [skatīts 31.08.2025.].

Rakevichs, V., Konstantinova, K., & Losevich, M. (2021) Patient-to-Staff Violence in Mental Health Settings in Latvia-Underreported and Underestimated. In: *Abstracts of the 63rd International Scientific Conference of Daugavpils University.* Daugavpils University Academic Press “Saule”. https://dukonference.lv/files/2021_978-9984-14-942-4_DU%2063%20starpt%20zinatn%20konf%20tezes.pdf [skatīts 11.09.2025.].

Rancāns, E., Tērauds, E., & Taube, M. (2012). Psychiatry in Latvia: A journey through the past three centuries. *Nordic Journal of Psychiatry*, 66 (6), 428–432. <https://doi.org/10.3109/08039488.2012.669793>

Ratniece, M. (2024) *Garīgās aprūpes māsu profesionālā darbība pacientu ar ierobežotu lemtspēju autonomijas aizsardzības un īstenošanas procesā*: bakalaura darbs. Rīga: Latvijas Universitāte. <https://dspace.lu.lv/dspace/handle/7/65931> [skatīts 13.09.2025.].

Razzak, A. M., Mallya, M., Abdelaziz, O., & Miller, M. (2024) Ethical Dilemmas in Covert Prescribing: A Case Report on Medication Administration for Noncompliant Psychiatric Patients. *Cureus*, 16 (10), e70905. <https://doi.org/10.7759/cureus.70905>

Read, J., Harrop, C., Geekie, J., Renton, J., & Cunliffe, S. (2021) A second independent audit of electroconvulsive therapy in England, 2019: Usage, demographics, consent, and adherence to guidelines and legislation. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 94 (3), 603–619. <https://doi.org/10.1111/papt.12335>

Renemane, I. (2026, 24. janvāris) Šizofrēnijas pacients ģimenes ārsta praksē [Prezentācija]. Latvijas Ārstu biedrības starpdisciplinārā konference “Psihiatrijas pacients vispārējās prakses ārsta kabinetā”.

Richter, D. (2025) Human Rights in Psychiatry. Prospects and Dilemmas of Abolishing Coercion in Mental Health Care. *Springer Nature*. <https://doi.org/10.1007/978-3-031-98635-2>

Ritums, E. (2025) Nepastāv veselība bez psihiskās veselības. *Medicus Bonus*, 76, 8–13.

Rosenthal, Z. P., Majeski, J. B., Somarowthu, A., Quinn, D. K., Lindquist, B. E., Putt, M. E., Karaj, A., Favilla, C. G., Baker, W. B., Hosseini, G., Rodriguez, J. P., Cristancho, M. A., Sheline, Y. I., William Shuttleworth, C., Abbott, C. C., Yodh, A. G., & Goldberg, E. M. (2025) Electroconvulsive therapy generates a postictal wave of spreading depolarization in mice and humans. *Nature Communications*, 16 (1), 4619. <https://doi.org/10.1038/s41467-025-59900-1>

Rovers, J. J. E., van de Linde, L. S., Kenters, N., Bisseling, E. M., Nieuwenhuijse, D. F., Oude Munnink, B. B., Voss, A., & Nabuurs-Franssen, M. (2020) Why psychiatry is different – challenges and difficulties in managing a nosocomial outbreak of coronavirus disease (Covid-19) in hospital care. In: *Antimicrobial resistance and infection control*, 9 (1), article no. 190. <https://doi.org/10.1186/s13756-020-00853-z>

RPNC – Rīgas psihiatrijas un narkoloģijas centrs (2019) *30.05.2019. rīkojuma Nr. 01-05/109 1. pielikums “Ārstēšanas un rehabilitācijas plāns”*. Iekšējās kārtības rīkojums, publiski nav pieejams.

RPNC & NVD – Rīgas psihiatrijas un narkoloģijas centrs & Nacionālais veselības dienests (2023a) *Agrinās intervences programmai (AIP) pacientiem ar akūtiem psihotiskiem traucējumiem: metodiskie materiāli*. Rīga. <https://npvc.lv/wp-content/uploads/2025/01/Metodiskais-materials-Agrinas-intervences-programmai-AIP-pacientiem-ar-akutiem-psihotiskiem-traucejumiem.pdf> [skatīts 29.08.2025.].

RPNC & NVD (2023b) *Agrinās intervences programmas (AIP) pilotprojekta ietvarā iegūto datu analīze*. Rīga. https://npvc.lv/wp-content/uploads/2025/01/Agrinas_intervences_programmas_AIP_pilotprojekta_ietvara_ieguto_datu_analize_2023-RPNC.pdf [skatīts 29.08.2025.].

RPNC & NVD (2023c) *Metodiskie materiāli agrinās intervences programmai (AIP) pacientiem ar akūtiem psihotiskiem traucējumiem*. <https://npvc.lv/wp-content/uploads/2025/01/Metodiskais-materials-Agrinas-intervences-programmai-AIP-pacientiem-ar-akutiem-psihotiskiem-traucejumiem.pdf>

RPNC & NVD (2023d) *NVD pilotprojekta par metodisko vadību psihiskās veselības jomā ietvaros izstrādātā situācijas izpēte, rekomendācijas un kvalitātes kritēriji psihiskās veselības aprūpē ambulatorajā sektorā: metodiskie standarti*. <https://npvc.lv/wp-content/uploads/2025/01/Situācijas-izpēte-rekomendācijas-un-kvalitātes-kriteriji-psihiskas-veselības-aprupe-ambulatoraja-sektora.pdf> [skatīts 29.08.2025.].

RPNC (2021) 2021. gada 17. augusta rīkojuma Nr. 01-05/113 “Par elektrokonvulsīvās terapijas izmantošanu” 1. pielikums “Pacienta informatīvā piekrišana elektrokonvulsīvajai terapijai vispārējā anestēzijā ar miorelaksantiem (modificētā EKT)”. Iekšējās kārtības noteikums, publiski nav pieejams.

Sabe, M., Kaiser, S., & Niveau, G. (2021) Suicide in psychiatry and medical liability: A case series. *International Journal of Law and Psychiatry*, 74, 101671. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2020.101671>

Salagre, E., Rohde, C., Ishtiak-Ahmed, K., Gasse, C., & Østergaard, S. D. (2021) Survival Rate Following Involuntary Electroconvulsive Therapy: A Population-Based Study. *The Journal of ECT*, 37 (2), 94–99. <https://doi.org/10.1097/YCT.0000000000000736>

Salvador-Carulla, L., Alvarez-Galvez, J., Romero, C., Gutiérrez-Colosía, M. R., Weber, G., McDaid, D., Dimitrov, H., Sprah, L., Kalseth, B., Tibaldi, G., Salinas-Perez, J. A., Lagares-Franco, C., Romá-Ferri, M. T., & Johnson, S. (2013) Evaluation of an integrated system for classification, assessment and comparison of services for long-term care in Europe: The eDESDE-LTC study. *BMC Health Services Research*, 13 (1), 218. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-13-218>

Samartzis, L., & Talias, M. A. (2020) Assessing and Improving the Quality in Mental Health Services. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17 (1), 249. <https://doi.org/10.3390/ijerph17010249>

Samele, C., & Urquía, N. (2015) Psychiatric inpatient care: where do we go from here? *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 24 (5), 371–375. <https://doi.org/10.1017/S2045796015000591>

Sattar, S. P., Pinals, D. A., & Gutheil, T. (2002) Countering countertransference: A forensic trainee's dilemma. *The Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 30 (1), 65–69; discussion 70–73.

Savage, M. K., Lepping, P., Newton-Howes, G., Arnold, R., Staggs, V. S., Kisely, S., Hasegawa, T., Reid, K. S., & Noorthoorn, E. O. (2024) Comparison of coercive practices in worldwide mental healthcare: overcoming difficulties resulting from variations in monitoring strategies. *BJPsych open*, 10 (1), e26. <https://doi.org/10.1192/bjo.2023.613>

Schetky, D. H., & Colbach, E. M. (1982) Countertransference on the witness stand: A flight from self? *The Bulletin of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 10 (2), 115–121.

Scognamiglio, P., Morena, D., Di Fazio, N., Delogu, G., Inziato, V., La Pia, S., Saviano, P., Frati, P., & Fineschi, V. (2023) Vox clamantis in deserto: A survey among Italian psychiatrists on defensive medicine and professional liability. *Frontiers in Psychiatry*, 14, 1244101. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2023.1244101>

Scott, R. L. (2000) Evaluation of a Mobile Crisis Program: Effectiveness, Efficiency, and Consumer Satisfaction. *Psychiatric Services*, 51 (9), 1153–1156. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.51.9.1153>

MARINA LOSEVIČA, SOLVITA OLSENA. Piespiešana un tās izskaušanas iespējas ..

Scott, R., & Prowacki, S. (2019) Insight and capacity to consent to electroconvulsive therapy. *Australasian Psychiatry*, 27 (5), 428–434. <https://doi.org/10.1177/1039856219852290>

Sergerie-Richard, S., Goulet, M. H., Dumais, A., Hinse, C., & Fontaine, G. (2024) De-implementation to reduce coercive practices in mental health care. *The Lancet Psychiatry*, 11 (7), 498–499. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(24\)00144-5](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(24)00144-5)

Slimnīca “Ģintermuiža”, VSIA (2025) Stacionāra un dienas stacionāra medicīniskā karte Nr. [..]3/2025, 13. lpp. “Ārstēšanas plāns” (kopija). Publiski nav pieejama. Iegūta ar pacienta atļauju.

SPKC – Slimību profilakses un kontroles centrs (2011) Stacionārā medicīniskā palīdzība. No: *Latvijas veselības aprūpes statistikas gadagrāmata par 2010. gadu*. https://www.spkc.gov.lv/lv/latvijas-veselibas-aprupes-statistikas-gadagramata-2010/8_stacionara_med_palidziba_20101.pdf [skatīts 29.08.2025.].

SPKC (2013) Stacionārā medicīniskā palīdzība. No: *Latvijas veselības aprūpes statistikas gadagrāmata par 2012. gadu*. https://www.spkc.gov.lv/lv/latvijas-veselibas-aprupes-statistikas-gadagramata-2012/7_stacionara_palidziba_20121.pdf [skatīts 29.08.2025.].

SPKC (2019a) *Ieteikumi ārstniecības iestādēm par informēto piekrišanu*, 1.2 versija. https://www.spkc.gov.lv/sites/spkc/files/data_content/ieteikumi_rstniecibas_iesdm_par_informto_piekrišanu_2003191.pdf [skatīts 29.08.2025.].

SPKC (2019b) *Kliniskais algoritms “Akūtu psihotisku traucējumu un pirmās šizofrēnijas epizodes atpazīšana, vadīšana un ārstēšana”*. https://www.spkc.gov.lv/sites/spkc/files/data_content/16.sch_alg_1_akutu_psihotisku_traucejumu_vad1.pdf [skatīts 28.08.2025.].

SPKC (2019c) *Latvijas veselības aprūpes statistikas gadagrāmata par 2018. gadu*. <https://www.spkc.gov.lv/lv/latvijas-veselibas-aprupes-statistikas-gadagramata-2018> [skatīts 29.07.2025.].

SPKC (2022) 07.03.2022. atbilde uz TI datu pieprasījumu no 10.02.2022. par psihiatriskās aprūpes iestāžu pacientu mirstību un nāves cēloņiem psihiatriskās aprūpes iestādēs 2015.–2020. gadā. Publiski nav pieejama.

SPKC (2024) 23.05.2024. atbilde Marinai Losevičai uz datu pieprasījumu pētniecībai 28.03.2024. no monitorēšanas sistēmas par 2021.–2022. gadā veiktajām modificētās elektrokonvulsīvās terapijas manipulācijām un ar to saistītu pacientu statistiku. Publiski nav pieejama.

SPKC (2025a) 22.06. 2025. atbilde ER par datu pieprasījumu no 13.06.2025. Publiski nav pieejama.

SPKC (2025b) 28.02.2025. atbilde ER uz datu pieprasījumu par psihiatrisko pacientu mirstību un tās cēloņiem no 21.01.2025. Publiski nav pieejama.

SPKC (2025c) 01.07.2025. atbilde Marinai Losevičai uz datu pieprasījumu no 16.06.2025. Publiski nav pieejama.

SPKC (2025d) *Pacientu pieredzes mērījumu psihiatrijā metodoloģiskie aspekti*. Rīga: Slimību profilakses un kontroles centrs. <https://www.spkc.gov.lv/lv/media/23334/download?attachment> [skatīts 08.08.2025.].

[SPKC – Slimību profilakses un kontroles centrs] (2025e) Stacionāra gultu fonda izmantošanas kopsavilkums pa profiliem, STAC050. *Veselības statistikas datubāze*. https://statistika.spkc.gov.lv/pxweb/lv/Health/Health_Veselibas%20aprupe_StacionaraMediciniskaPalidziba/STAC050_Gultu_fonds_kopsavilkums.px/table/tableViewLayout2/ [skatīts 10.08.2025.].

Stumbrys, D., Jasionis, D., & Pūras, D. (2022) The burden of mental health-related mortality in the Baltic States in 2007–2018. *BMC Public Health*, 22 (1), 1776. <https://doi.org/10.1186/s12889-022-14175-9>

Sval'kovskij, A. V., & Sannikov, A. G. (2016) Analiz obshchestvenno opasnyh dejstvij, sovershaemyh bol'nymi organicheskim porazheniem golovnogo mozga, kak osnova dlya vydeleniya faktorov riska deliktного povedeniya. *Social'nye aspekty zdorov'ya naseleniya*, 51 (5), 6. <https://cyberleninka.ru/article/n/analiz-obschestvenno-opasnyh-deystviy-sovershaemyh-bolnymi-organicheskim-porazheniem-golovnogo-mozga-kak-osnova-dlya-videleniya> [skatīts 29.08.2025.].

Taube, M. (2005) *Latvijas psihiatrija un tās attīstības perspektīvas*. Promocijas darbs. Rīga: Rīgas Stradiņa universitāte. <https://dspace.rsu.lv/jspui/handle/123456789/6559> [skatīts 12.12.2024.].

Taube, M. (2024) The potential of psychiatric outpatient centers to reduce the length of stay in inpatient facilities and the negative impact of COVID-19 on the availability of psychiatric services: The case of Latvia. *Frontiers in Health Services*, 4, 1348919. <https://doi.org/10.3389/frhs.2024.1348919>

Taube, M., & Quentin, W. (2020) Provision of community-based mental health care, Latvia. *Bulletin of the World Health Organization*, 98 (6), 426–430. <https://doi.org/10.2471/BLT.19.239913>

Teague, G. B., Bond, G. R., & Drake, R. E. (1998) Program fidelity in assertive community treatment: development and use of a measure. *The American Journal of Orthopsychiatry*, 68 (2), 216–232. <https://doi.org/10.1037/h0080331>

Tērauds, E., Andrēziņa, R., & Zārde, I. (2013) *Praktizējošā ārsta rokasgrāmata. Rekomendācijas psihiatrisko pacientu terapijā*. Rec. S. Purviņa. Latvija: SIA PS media. https://white-medicine.com/files/books/PSIHO_block_PRINT.pdf [skatīts 29.08.2025.].

The Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists (2017) Special provisions governing informed consent to electroconvulsive treatment (ECT) in Australian and New Zealand Mental Health Acts. <https://www.ranzcp.org/getmedia/f2966212-1cf2-4528-9723-72aac4e0bf46/ect-informed-consent-mental-health-law-tables.pdf> [skatīts 30.08.2025.].

Thompson, J., & Grünwald, L. M. (2024) A systematic review exploring challenges of informed consent processes in antipsychotic prescribing. *Psychosis*, 16 (4), 425–438. <https://doi.org/10.1080/17522439.2023.2285967>

Thornicroft, G., Alem, A., Dos Santos, R. A., Barley, E., Drake, R. E., Gregorio, G., Hanlon, C., Ito, H., Latimer, E., Law, A., Mari, J., McGeorge, P., Padmavati, R., Razzouk, D., Semrau, M., Setoya, Y., Thara, R., & Wondimagegn, D. (2010) WPA guidance on steps, obstacles and mistakes to avoid in the implementation of community mental health care. *World Psychiatry*, 9 (2), 67–77. <https://doi.org/10.1002/j.2051-5545.2010.tb00276.x>

TV3 (2023) Policija meklē vīrieti, kurš izbēdzis no Tvaika ielas medicīnas iestādes. *Tv3.lv*, 22. novembris. <https://tv3.lv/degpunkta/degpunkta-dazadi/policija-mekle-virieti-kurs-pametis-medicinas-iestadi-tvaika-iela/> [skatīts 13.07.2025.].

Tyler, N., Wright, N., & Waring, J. (2019) Interventions to improve discharge from acute adult mental health inpatient care to the community: systematic review and narrative synthesis. *BMC health services research*, 19 (1), 883. <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4658-0>

MARINA LOSEVIČA, SOLVITA OLSENA. Piespiešana un tās izskaušanas iespējas ..

UN – United Nations (1971) *Declaration on the Rights of Mentally Retarded Persons*. A/RES/2856(XXVI). Adopted at the 2027th plenary meeting, 20 December 1971. <https://www.ohchr.org/en/instruments-mechanisms/instruments/declaration-rights-mentally-retarded-persons#:~:text=The%20mentally%20retarded%20person%20has%20a%20right%20to%20economic%20security,possible%20extent%20of%20his%20capabilities> [skatīts 28.08.2025.].

UN (1991) *Principles for the protection of persons with mental illness and the improvement of mental health care*, adopted by General Assembly resolution 46/119 of 17 December 1991. <https://www.ohchr.org/en/instruments-mechanisms/instruments/principles-protection-persons-mental-illness-and-improvement> [skatīts 11.08.2025. un 29.08.2025.].

Veselības inspekcija (2021) Atbilde Nr. 3.1.-2/31773/ uz Marinas Losevičas iesniegumu no 21.12.2020. Personiskā sarakste. Nav publiski pieejama.

Veselības inspekcija (2024) *Publiskais pārskats par 2023. gadu*. https://www.vi.gov.lv/sites/vi/files/media_file/vi_publ_parsk_2023.pdf [skatīts 29.08.2025.].

Veselības inspekcija (2025) *Ziņojums par tematiskās pārbaudes par pacientu tiesību ievērošanas īstenošanu psihoneiroloģiskajās slimnīcās rezultātiem*. <https://www.vm.gov.lv/lv/media/16400/download?attachment> [skatīts 25.02.2026.].

Veselības ministrija (2020) 13.03.2020. vēstule Marinai Losevičai Nr. 01-20fiz/1317 (uz 21.02.2020. Nr. EKONS-778289 par uzziņas sniegšanu). Personiskā sarakste. Nav publiski pieejama.

Veselības ministrija (2022a) *Informatīvais ziņojums “Par veselības aprūpes nodrošināšanas infrastruktūras attīstības investīciju stratēģiju 2021.–2027. gadam”*. <https://www.vm.gov.lv/lv/media/9974/download?attachment> [skatīts 31.08.2025.].

Veselības ministrija (2022b) Sabiedriskās apspriedes laikā izteiktie priekšlikumi Psihiskās veselības aprūpes organizēšanas uzlabošanas plānam 2023.–2025. gadam, projekta ID 22-TA-2002. https://tapportals.mk.gov.lv/attachments/legal_acts/additional_documents/e277da7d-6a50-4fed-83e6-fa28219f68e1/download [skatīts 29.08.2025.].

Veselības ministrija (2023) Veselības nozares stratēģiskās padomes sēde 2023. gada 27. jūnijā. <https://www.vm.gov.lv/lv/media/12156/download?attachment> [skatīts 29.08.2025.].

Veselības ministrija (2024a) *Informatīvais ziņojums “Par pilotprojektu “Finansēšanas modeļa maiņa uz ārstēšanas rezultātā un kvalitātē balstītu finansēšanas modeli psihiatriskās veselības aprūpē””*, projekta ID 25-TA-49. https://tapportals.mk.gov.lv/legal_acts/984c2b15-e782-4718-af10-f268211c3c05 [skatīts 05.08.2025.].

Veselības ministrija (2024b) *Informatīvais ziņojums “Veselības aprūpes stacionāro pakalpojumu pārvaldības attīstība un pilnveide”*. <https://www.vm.gov.lv/lv/media/13755/download?attachment> [skatīts 03.09.2025.].

Veselības ministrija (2024c) *Informatīvais ziņojums “Par slimnicu tīkla attīstību”*, projekta ID 24-TA-481. https://tapportals.mk.gov.lv/legal_acts/855c5d84-6f49-4ec0-b4f5-a8a84df9db3c [skatīts 28.08.2025.].

Veselības ministrija (2025a) *Par pilotprojektu “Finansēšanas modeļa maiņa uz ārstēšanas rezultātā un kvalitātē balstītu finansēšanas modeli psihiatriskās veselības aprūpē”*, projekta ID 25-TA-49. Papildu dokumenti. 1. pielikums. Nacionālā psihiskās veselības centra izstrādātie kvalitātes kritēriji psihiskās veselības aprūpē. https://tapportals.mk.gov.lv/legal_acts/984c2b15-e782-4718-af10-f268211c3c05 [skatīts 08.08.2025.].

MARINA LOSEVIČA, SOLVITA OLSENA. Piespiešana un tās izskaušanas iespējas ..

Veselības ministrija (2025b) *Informatīvais ziņojums "Plānotās pārvaldības struktūras izmaiņas valsts psihiatriskajās ārstniecības iestādēs"*. https://tapportals.mk.gov.lv/legal_acts/c790c72e-ec40-4d1c-8c9c-5bac1dbb9355 [skatīts 03.09.2025.].

Veselības ministrija (2025c) Vēstule Latvijas Republikas Tiesībsarga birojam "Par VSIA Bērnu psihoneiroloģiskā slimnīca "Ainaži"", 30.04.2025. Nr. 01-15.1/2278, uz 28.12.2024. Nr. 1-12/19. https://www.tiesibsargs.lv/wp-content/uploads/2024/12/atbilde_vm_30042025.pdf [skatīts 29.08.2025.].

VSIA [..] (2022, 8. jūnijs) Akts Nr. 06 – 22/1106452022 (Ministru kabineta 2009. gada 25. augusta noteikumi Nr. 950 1. pielikums) par nelaimes gadījumu darbā. No raksta autores kliniskā darba pieredzes. Iegūts ar pacienta/cietušā atļauju. Publiski nav pieejams.

Webster, C. D., Nicholls, T. L., Martin, M. L., Desmarais, S. L., & Brink, J. (2006) Short-Term Assessment of Risk and Treatability (START): The case for a new structured professional judgment scheme. *Behavioral Sciences & the Law*, 24 (6), 747–766. <https://doi.org/10.1002/bsl.737>

Wells, R. E., & Kaptchuk, T. J. (2012) To tell the truth, the whole truth, may do patients harm: the problem of the nocebo effect for informed consent. *The American Journal of Bioethics*, 12 (3), 22–29. <https://doi.org/10.1080/15265161.2011.652798>

Wendrich-van Dael, A., Bunn, F., Lynch, J., Pivodic, L., van den Block, L., & Goodman, C. (2020) Advance care planning for people living with dementia: An umbrella review of effectiveness and experiences. *International Journal of Nursing Studies*, 107, 103576. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2020.103576>

Whitelaw, S., Baxendale, A., Bryce, C., MacHardy, L., Young, I., & Witney, E. (2001) 'Settings' based health promotion: a review. *Health Promotion International*, 16 (4), 339–353. <https://doi.org/10.1093/heapro/16.4.339>

WHO – World Health Organization (2012) *WHO QualityRights tool kit: Assessing and improving quality and human rights in mental health and social care facilities*. Geneva: World Health Organization. <https://iris.who.int/handle/10665/70927> [skatīts 31.08.2025.].

WHO (2019a) *International Classification of Diseases for Mortality and Morbidity Statistics*, 11th Revision, v2025-01, Causes of healthcare related harm or injury, External causes of morbidity or mortality, Causes of healthcare related harm or injury. <https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/en#558785723> [skatīts 28.08.2025.].

WHO (2019b) *QualityRights materials for training, guidance and transformation*. Handbook. Geneva, World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/who-qualityrights-guidance-and-training-tools> [skatīts 31.08.2025.].

WHO (2021a). *Community outreach mental health services: Promoting person-centred and rights-based approaches*. ISBN 9789240025806. <https://iris.who.int/handle/10665/341644> [skatīts 29.08.2025.].

WHO (2021b) *Comprehensive mental health action plan 2013–2030*. Geneva: World Health Organization. <https://iris.who.int/handle/10665/345301> [skatīts 29.08.2025.].

WHO (2024) *Patient safety country profile: Latvia*. Geneva: World Health Organization.

WHO & UN – World Health Organization & the United Nations (represented by the Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights) (2023) *Mental health, human rights and legislation: guidance and practice*. Geneva. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240080737> [skatīts 31.08.2025.].

MARINA LOSEVIČA, SOLVITA OLSENA. Piespiešana un tās izskaušanas iespējas ..

Wijker, D., Sillitti, P., & Hewlett, E. (2022) *The provision of community-based mental health care in Lithuania*. OECD Health Working Papers No. 143. <https://doi.org/10.1787/18de24d5-en>

Wilson, C., Rouse, L., Rae, S., & Kar Ray, M. (2017) Is restraint a 'necessary evil' in mental health care? Mental health inpatients' and staff members' experience of physical restraint. *International Journal of Mental Health Nursing*, 26, 500–512. <https://doi.org/10.1111/inm.12382>

Winkler, P., Guerrero, Z., Kågström, A., Petrášová, M., Pashoja, A. C., Qirjako, G., Hristakeva, V., Germanov, D., Kuzman, M. R., Kuharić, D. B., Havlíková, L., Eek, H., Maron, E., Őri, D., Wernigg, R., Fanaj, N., Krasniqi, E., Sile, L., Brinkmane, K., Levickaitė, K., .. Thornicroft, G. (2025) Mental health in Central and Eastern Europe: a comprehensive analysis. *The Lancet Regional Health – Europe*, 57, 101464. <https://doi.org/10.1016/j.lanepe.2025.101464>

Zilles, D., Koller, M., Methfessel, I., Trost, S., & Simon, A. (2018) Behandlung gegen den natürlichen Willen am Beispiel der Elektrokonvulsionstherapie: Klinische, juristische und ethische Aspekte. *Der Nervenarzt*, 89 (3), 311–318. <https://doi.org/10.1007/s00115-017-0445-5>

ZVA – Zāļu valsts aģentūra (2001/2003a) Latvijā apstiprinātās psihiatrijas tehnoloģijas. *Ārstniecībā izmantojamo medicīnisko tehnoloģiju datu bāze*. <https://dati.zva.gov.lv/mtdb/13-psihiatrijas-un-psihoterapijas-mediciniskie-pakalpojumi/psihiatrija> [skatīts 30.07.2025.].

ZVA (2001/2003b) Latvijā apstiprinātās psihiatrijas tehnoloģijas. 9.4. Neatliekamās psihiatriskās palīdzības sniegšana pacientam psihomotorā uzbudinājuma un agresijas gadījumā: medikamentoza metode mehāniska pacienta fiksācija. *Ārstniecībā izmantojamo medicīnisko tehnoloģiju datu bāze*. <https://dati.zva.gov.lv/mtdb/13-psihiatrijas-un-psihoterapijas-mediciniskie-pakalpojumi/psihiatrija> [skatīts 30.07.2025.].

ZVA (2001/2003c) Latvijā apstiprinātās psihiatrijas tehnoloģijas. 9.9. Elektrokonvulsīvā terapija vispārējā anestēzijā ar miorelaksantiem (Modificētā EKT). *Ārstniecībā izmantojamo medicīnisko tehnoloģiju datu bāze*. <https://dati.zva.gov.lv/mtdb/13-psihiatrijas-un-psihoterapijas-mediciniskie-pakalpojumi/psihiatrija/elektrokonvulsiva-terapija-vispareja-anestezija-ar-miorelaksantiem-modificeta-ekt> [skatīts 22.10.2024.].

ZVA (2025a) Elektrokonvulsīvā terapija vispārējā anestēzijā ar miorelaksantiem (Modificētā EKT). Izvērstas medicīniskās tehnoloģijas (MT) metodes apraksts. Pārskatīts un papildināts Zāļu valsts aģentūrā 2025. gada 22. aprīlī ar lēmumu nr. 1-50/95. *Ārstniecībā izmantojamo medicīnisko tehnoloģiju datu bāze*. <https://dati.zva.gov.lv/mtdb/13-psihiatrijas-un-psihoterapijas-mediciniskie-pakalpojumi/psihiatrija/elektrokonvulsiva-terapija-vispareja-anestezija-ar-miorelaksantiem-modificeta-ekt> [skatīts 23.06.2025.].

ZVA (2025b) *Drošuma paziņojumi*. <https://www.zva.gov.lv/lv/veselibas-aprupes-specialistiem-un-iestadem/medicinskas-ierices/vigilance/drosuma-pazinojumi> [skatīts 28.04.2025.].