

**Cilvēktiesībās
balstīta**

**veselības aprūpe
cilvēkiem ar**

**garīgiem
traucējumiem**

Raktu krājuma sastādītāja Solvita Olsena

Cilvēktiesībās balstīta veselības aprūpe cilvēkiem ar garīgiem traucējumiem

**Rakstu krājuma sastādītāja
Solvita Olsena**

Cilvēktiesībās balstīta veselības aprūpe cilvēkiem ar garīgiem traucējumiem. Solvita Olsena (sast.). Rīga: LU Akadēmiskais apgāds, 2026. 278 lpp.

Rakstu krājums sagatavots Latvijas Zinātnes padomes finansētā un Latvijas Universitātes īstenotā pētniecības projektā “Cilvēktiesībās balstīta pieeja pacientu ar garīga rakstura traucējumiem un ierobežotu lemtspēju ārstēšanā: tiesiskā, ētiskā un klīniskā perspektīva” (Nr. lzp-2020/1-0397).



Latvijas Zinātnes padome



FLPP
FUNDAMENTĀLO UN
LIETIŠĶO PĒTĪJUMU
PROJEKTI

Zinātniskā redkolēģija:

Solvita Olsena, *Dr. iur., MD* – Latvijas Universitāte
Aleksandrs Potaičuks, *PhD* – Rīgas Juridiskā augstskola
Laura Šāberte, *PhD* – Rīgas Stradiņa universitāte

Literārā redaktore Sarmīte Medne
Angļu valodas redaktore Andra Damberga
Maketētāja Andra Liepiņa
Vāka dizainu veidojusi Baiba Lazdiņa

© Marī Amosa, Dirdre Madena, Inesa Fauša, Laura Kadile,
Marina Loseviča, Solvita Olsena, Sanita Osipova, 2026
© Latvijas Universitāte, 2026

ISBN (PDF) 978-9934-36-602-4
<https://doi.org/10.22364/ctbva.26>

Contents

Ievads	4
<i>Solvita Olsena</i>	
Introduction	11
<i>Solvita Olsena</i>	
Cilvēka cieņa, vienlīdzība, iekļaujoša sabiedrība	18
<i>Sanita Osipova</i>	
Cilvēktiesībās balstīta cilvēku ar garīgiem traucējumiem veselības aprūpe	29
<i>Solvita Olsena</i>	
Cilvēktiesībās balstītas garīgās veselības aizsardzības attīstības iespējas Latvijā	81
<i>Solvita Olsena</i>	
Pacienta lemtspējas tiesiskais regulējums Latvijā un tā attīstības iespējas	109
<i>Laura Kadile, Solvita Olsena</i>	
Piespiešana un tās izskaušanas iespējas psihiatriskās ārstniecības iestādēs Latvijā	130
<i>Marina Loseviča, Solvita Olsena</i>	
Personu ar ierobežotu lēmumu pieņemšanas spēju tiesības psihiatrijā Lietuvā	213
<i>Inesa Fauša (Inesa Fausch)</i>	
Pieaugušu cilvēku ar ierobežotām spējām lēmumu pieņemšanas tiesiskais regulējums veselības aprūpē Igaunijā	227
<i>Mari Amosa (Mari Amos), Solvita Olsena</i>	
Atbalstītās lēmumu pieņemšanas tiesiskais regulējums Īrijā: īss pārskats	251
<i>Dirdre Madena (Deirdre Madden)</i>	
Rakstu krājumā lietotie jēdzieni	263
Ziņas par autoriem / About authors	272

Levads

Solvita Olsena

rakstu krājuma sastādītāja

Pasaules Veselības organizācija (PVO) un Apvienoto Nāciju Organizācijas Augstā cilvēktiesību komisāra birojs redz pasauli kā vietu, kurā ikviens var dzīvot veselīgi un saņemt kvalitatīvus garīgās veselības aprūpes pakalpojumus, kas balstās uz tiesību paradigmu un ir vērsti uz cilvēku. Šādā pasaulē cilvēki ar garīgās veselības traucējumiem un psihosociālu invaliditāti var pilnā mērā iesaistīties un piedalīties gan savā atveseļošanās procesā, gan visās citās savas un sabiedrības dzīves norisēs (WHO & United Nations, 2023).

Lai lielā pasaule un mūsu Latvija kā pasaules daļa kļūtu par vietu, kurā iespējams dzīvot veselīgi un saņemt tiesiski pamatotus garīgās veselības aprūpes pakalpojumus, katrai ANO un PVO dalībvalstij, arī Latvijai, ir jāizveido un jāuztur tāda garīgās veselības aprūpes sistēma, kura ne tikai formāli, bet arī patiesi ir balstīta uz cilvēktiesībām. Mūsu valstī tas ir noteikts Latvijas Republikas Satversmes preambulā – Latvija kā demokrātiska, tiesiska un sociāli atbildīga valsts balstās uz cilvēka cieņu un brīvību. Satversmes 89. pants paredz, ka valsts atzīst un aizsargā cilvēka pamattiesības saskaņā ar Satversmi, likumiem un Latvijai saistošajiem starptautiskajiem līgumiem (Satversmes sapulce, 1922). Satversmē noteiktais cilvēktiesību atzīšanas un aizsardzības pienākums prasa garantēt, ka cilvēki ar garīgiem traucējumiem un psihosociālās attīstības traucējumiem gan vispārīgi, gan veselības aprūpes sistēmā tiek cienīti un respektēti, ka viņu tiesības un intereses tiek aizsargātas un ievērotas.

Cilvēktiesībās balstīta garīgās veselības aprūpe ir Latvijas valsts pienākums saskaņā ar tai saistošajiem starptautiskajiem līgumiem. Latvija ir ANO Konvencijas par personu ar invaliditāti tiesībām (ANO, 2006) dalībvalsts. Šis konvencijas dalībvalstis ir visas Eiropas reģiona valstis un arī Eiropas Savienība. 2010. gadā, ratificējot konvenciju, Latvija ir uzņēmusies ievērot cilvēku ar invaliditāti cilvēktiesības konvencijā noteiktā saturā un kārtībā, kā arī izskaust tiesību normas un praksi, kas ir pretrunā ar konvencijas normām vai ierobežo konvencijā noteikto tiesību īstenošanas iespējas. Latvija vairāk nekā desmit gadu laikā ir izstrādājusi konvencijas ieviešanas plānus un veikusi dažas tiesību reformas,

piemēram, civiltiesību reformu rīcībbspējas jomā, kā arī ieviesusi sociālu pakalpojumu – atbalsta personu lēmumu pieņemšanā pakalpojumu.

Diemžēl veselības aprūpes tiesību jomā nepieciešamās reformas nav veiktas. Veselības aprūpē vēl joprojām dominē biomedicīniskā pieeja¹ un cilvēku ar garīgiem traucējumiem diskriminējošs tiesību ietvars, bet garīgās veselības aprūpes organizācijā prevalē uz paternālismu balstīta prakse. Latvijas tiesību aktos tiek atļauta personu piespiešana un ierobežošana garīgu traucējumu dēļ, un psihiatriskās slimnīcas, arī ar tiesas atļauju, to izmanto. Aizvietotā lēmumu pieņemšana ārstniecībā, uzskatot, ka lēmumi ir jāpieņem ārstam vai kādai citai personai, nerespекtējot personas, kas daļēji vai pilnībā nav rīcībspējīga, cieņas un autonomijas tiesības, ir plaši izplatīta parādība. Garīgās veselības aprūpe vēl joprojām tiek organizēta atsevišķās lielās ārstniecības iestādēs (segregēti), nevis ārpus iestādēm un pēc iespējas tuvāk personas ar garīgiem traucējumiem dzīvesvietai, proti, kopienā īstenotas garīgās veselības aprūpes formā. Tāpēc Latvijā pastāv augsti riski cilvēku ar garīgiem traucējumiem cilvēktiesību sistēmiskiem un individuāliem pārkāpumiem.

Latvijā, līdzīgi kā citās Eiropas valstīs, ir daudz tādu normu, arī veselības aprūpes jomā, kas nerespекtē cilvēku ar garīgiem traucējumiem cieņas un vienlīdzības tiesības, piemēram, netiek garantēts piemērots atbalsts ārstniecības vai tiesvedības procesos, kā arī ir paredzēts cilvēktiesību aizskārums, piemēram, atļaujot īstenot piespiedu ārstēšanu. Ratificējot Konvenciju par personu ar invaliditāti tiesībām, Latvija ir apņēmusies nodrošināt un veicināt to, lai katra persona ar invaliditāti varētu pilnībā īstenot visas cilvēktiesības un pamatbrīvības bez jebkāda veida diskriminācijas invaliditātes dēļ (4. pants). Šis pienākums nav vispārīgs vai teorētisks, tas tieši norāda, ka ir jāizdod konvencijā noteikto principu īstenošanai nepieciešamie tiesību akti un ir jāveic to izpildes pasākumi. Tas norāda, ka Latvijai ir jāizskauž pastāvošā diskriminējošā un stigmatizējošā attieksme pret cilvēkiem ar invaliditāti garīgās un intelektuālās attīstības traucējumu dēļ. Cilvēktiesības aizskarošas normas ir jāatceļ un to vietā jāpieņem normas, kas paredz, kā cilvēki ar dažādiem traucējumiem var īstenot savas tiesības vienlīdzīgi ar citiem, izmantojot nepieciešamos pielāgojumus un atbalstu. Tiesību normās ir jāgarantē ikvienas personas autonomijas aizsardzība, tiesības brīvi un informēti pieņemt lēmumus dažādās dzīves situācijās, arī par ārstēšanu, tiesības jēgpilni līdzdarboties veselības aprūpes likumdošanas un organizācijas procesos. Secīgi ir jāpanāk, ka praksē tiesības tiek īstenotas pareizi, arī uzraugot ārstniecības iestāžu darbu, lai garantētu, ka ikviens cilvēks var baudīt cilvēktiesības un būt pasargāts no prettiesiskas rīcības.

1 Biomedicīniskā modeļa īss raksturojums sniegts 263. lpp.

Civēktiesībās balstīta pieeja garīgās veselības aizsardzībā ir kopējs mērķis, kura sasniegšanai ievērojamu ieguldījumu pēdējos gados ir devušas gan starptautiskās, gan nevalstiskās civēktiesību un personas ar garīgiem traucējumiem pārstāvošās organizācijas. Tā PVO un tās dalībvalstis jau kopš 2013. gada īsteno Vispārējo garīgās veselības rīcības plānu 2013.–2030. gadam, kura mērķis ir uzlabot garīgo veselības aizsardzības pārvaldību, nodrošināt kopienā balstītu veselības aprūpi, īstent garīgās veselības veicināšanas un profilakses stratēģijas, stiprināt informācijas sistēmas, pierādījumus un pētniecību (WHO, 2021). PVO un ANO Augstā civēktiesību komisāra biroja 2023. gadā izdotajā izdevumā “Garīgā veselība, civēktiesības un tiesību akti: vadlīnijas un prakse” (WHO & United Nations, 2023) ir apkopotas tiesību doktrīnā un praksē nostiprinātas atziņas par svarīgāko civēktiesību principu ietvaru garīgās veselības aizsardzībā. Tajā ir parādīti labas prakses piemēri un sniegti ieteikumi dalībvalstīm par tiesību aktu un veselības aprūpes sistēmu reformām, kuras nepieciešamas, lai uz tiesībām balstīta garīgās veselības aprūpe būtu iespējama. Latvijā līdz šim civēktiesībās balstītai pieejai garīgās veselības aprūpē nav pievērsta uzmanība, bet Ministru kabineta Psihiskās veselības aprūpes organizēšanas uzlabošanas plānā 2023.–2025. gadam ir ietverta norāde uz šo konceptuālo pamatu (Ministru kabinets, 2022).

Būtisku ieguldījumu cilvēku ar invaliditāti tiesību aizsardzības uzlabošanai veic ANO Personu ar invaliditāti tiesību komiteja, kura regulāri izvērtē Konvencijas par personu ar invaliditāti tiesībām dalībvalstu tiesības un praksi, rekomendē, kā konvencijā noteiktos principus ieviest tiesību sistēmā un praksē. Sākotnējais Latvijas situācijas vērtējums tika veikts 2017. gadā (UN CRPD, 2017). 2020. gadā Latvija iesniedza komitejai ziņojumu, un sagaidāms, ka atkārtotu Latvijas situācijas un risināmo problēmu vērtējumu komiteja sniegs 2026. gada rudenī, bet Latvijas valdības sarunas ar komiteju plānotas 2030. gadā (UN CRPD, 2026). 2025. gadā komiteja ir izdevusi Eiropas Savienības kā konvencijas dalīborganizācijas novērtējumu (UN CRPD, 2025), kurā detalizēti parādīti sasniegumi un trūkumi gan Eiropas Savienībā kopumā, gan tās dalībvalstīs. Ievērojot komitejas 2017. gada ieteikumus Latvijai, ziņojumā par Eiropas Savienību ietvertu, kā arī citām Eiropas valstīm izteiktās rekomendācijas, Latvija varētu līdz 2028. gadam veikt nepieciešamās reformas veselības aprūpes tiesību aktos un praksē.

Arī Eiropas Padome rūpējas par personu ar garīgiem traucējumiem tiesību attīstību. Eiropas Padomes Parlamentārā asambleja 2019. gadā izdeva rezolūciju “Jāizbeidz piespiešana psihiskās veselības aprūpē, civēktiesībās balstīta pieeja ir nepieciešamība” (Council of Europe, Parliamentary Assembly, 2019). Eiropas Padomes civēktiesību komisāre (2018–2024) Dunja Mijatoviča (*Dunja Mijatović*) 2021. gadā aicināja dalībvalstis nekavējoties veikt psihiskās veselības aizsardzības sistēmu reformas, kas būtu pamatotas ar civēktiesību principiem, aizsargājot cilvēka cieņu, autonomiju, pasargājot no necilvēcīgas un pazemojošas izturēšanās

riska. Viņa norādīja, ka ar reformām ir jāpanāk, ka cilvēki ar garīgiem traucējumiem tiek cienīti, ka viņiem tiek nodrošināta iespēja lemt par ārstēšanu un saņemt atbalstu, ja tas ir nepieciešams. (Council of Europe, Commissioner for Human Rights, 2021) Cilvēktiesību komisāre aicināja panākt, ka psihisko slimību ārstēšanā tiek būtiski ierobežota līdz šim plaši izplatītā piespiedu brīvības atņemšana un piespiedu ārstēšana. (Olsena, 2022)

2023. gadā Eiropas Padomes Cilvēktiesību komiteja biomedicīnas un veselības jomā, Latvijas Universitāte, arī šī izdevuma rakstu autores un Latvijas Republikas Tiesībsarga birojs organizēja konferenci un simpoziju par personu autonomijas aizsardzību garīgās veselības aprūpē. Konferencē un simpozijā tika prezentēti Eiropas dalībvalstu rastie risinājumi un pieredze veselības aprūpē, kas nodrošina cilvēku ar garīgās veselības traucējumiem autonomiju un cilvēktiesības. (Ilves, 2023) Konferences un simpozija ieraksti ir pieejami ikvienam: <https://www.youtube.com/watch?v=NXfcY1h3PG0> un <https://www.youtube.com/live/YNQIzf9sB9E>.

Savukārt 2024. gadā Eiropas Padomes Cilvēktiesību komiteja biomedicīnas un veselības jomā publicēja projektu rekomendācijām par autonomijas respektēšanu garīgās veselības aprūpē un nodeva to apstiprināšanai Eiropas Padomes Ministru komitejai (Council of Europe, Steering Committee for Human Rights in the Fields of Biomedicine and Health, 2024).

Jānorāda, ka kopš ANO Konvencijas par personu ar invaliditāti tiesībām ratifikācijas Eiropas valstīs ANO Personu ar invaliditāti tiesību komiteja un personu ar invaliditāti tiesības pārstāvošas organizācijas, piemēram, *European Disability Forum* (Eiropas Invaliditātes forums), *Mental Health Europe* ("Garīgā veselība Eiropā") un atbalsta organizācija bijušajiem un esošajiem psihiatrisko pakalpojumu lietotājiem un cietušajiem *European Network of (ex)Users and Survivors of Psychiatry (ENUSP)*, kritizē Eiropas Padomes institūciju, arī Eiropas Cilvēktiesību tiesas, atziņas un priekšlikumus, kuri pieļauj personu ar garīgiem traucējumiem piespiešanu (UN CRPD, 2018 un 2025; European Disability Forum, 2021; Mental Health Europe, n.d.). Jau vairākus gadus tiek "lauzti šķēpi" par Eiropas Padomes Cilvēktiesību komitejas biomedicīnas un veselības jomā 2020. gadā izstrādāto priekšlikumu papildināt Konvenciju par cilvēktiesību un cieņas aizsardzību bioloģijā un medicīnā ar jaunu papildprotokolu, kas regulētu piespiedu ārstēšanu psihiatrijā. ANO Personu ar invaliditāti tiesību komiteja, ANO komisārs personu ar invaliditāti tiesību aizsardzībai, Eiropas vadošās cilvēku ar invaliditāti tiesību aizsardzības nevalstiskās organizācijas, piemēram, *Mental Health Europe* un Eiropas Invaliditātes forums, aicina šo protokolu nepieņemt (Mental Health Europe, n.d.; UN CRPD, 2025). Tās norāda, ka ANO Konvencija par personu ar invaliditāti tiesībām nepieļauj cilvēku, kam ir psihiska slimība, piespiedu aizturēšanu un ārstēšanu. Pret šī protokola pieņemšanu ir arī Eiropas Padomes Parlamentārā asambleja un cilvēktiesību komisāre

(līdz 2024. gadam) D. Mijatoviča. Ir grūti paredzēt, kāda būs tālākā šī protokola projekta virzība Eiropas Padomes Ministru komitejā, kurai ir jāpieņem papildprotokols. (Olsena, 2022) Minētais parāda, ka paradigmas maiņa attieksmē pret cilvēkiem ar invaliditāti, kuru prasa ANO Konvencijas par personu ar invaliditāti tiesībām normas, ir sarežģīts process Eiropas valstīs un tās pārstāvošajā organizācijā – Eiropas Padomē.

Šajā rakstu krājumā ir apkopoti raksti, kuros tiek analizētas cilvēktiesībās balstītas garīgās veselības aprūpes ieviešanas iespējas Latvijā, īpašu vērību veltot nepieciešamajām tiesību un ārstniecības prakses reformām, kuras jāveic, lai ievērotu ANO Konvencijā par personu ar invaliditāti tiesībām ietvertos principus. Krājumā iekļautajos rakstos tiek raksturots, analizēts un vērtēts pastāvošais garīgās veselības aizsardzības un garīgās veselības aprūpes tiesiskais regulējums, tiek parādīti tā trūkumi un piemērošanas iespējas. Rakstos prezentēti autoru apkopotie dati, kuri parāda un raksturo faktiskos cilvēktiesību ievērošanas apstākļus Latvijas veselības aprūpes iestādēs un plašāk.

Rakstu krājuma ievadrakstā profesore Sanita Osipova sniedz tiesiski filozofisku pārskatu par cilvēka cieņas, vienlīdzības un iekļaujošas sabiedrības kā vispārcilvēcisku vērtību nozīmi demokrātiskā valstī. Solvitas Olsenas rakstos par garīgās veselības aizsardzības un garīgās veselības aprūpes tiesību jautājumiem raksturots Latvijas tiesiskais ietvars garīgās veselības aizsardzībai un veselības aprūpei. Tajos analizēti Latvijā pastāvošie šķēršļi cilvēktiesībās balstītas pieejas īstenošanai, kā arī izteikti priekšlikumi tiesību un prakses pilnveidei. Savukārt Marinas Losevičas un Solvitas Olsenas rakstā par piespiešanu garīgās veselības aprūpes iestādēs Latvijā, kas ir ārkārtēji kaitīgs psihiskās veselības aprūpes fenomēns, tiek atklāta gan šī cilvēkus pazemojošā un aizskarošā fenomena formālā un neformālā daba, gan publicēti dati, kas pieejami par piespiešanas fenomena izpausmēm ārstniecības iestādēs Latvijā. Rakstā tiek parādīti piespiešanas izskaušanai pastāvošie šķēršļi un iespējamie risinājumi, kuri jāizmanto piespiešanas izskaušanai. Savukārt cilvēka lemtspēja kā tiesiski un kliniski nozīmīgs faktors analizēts Lauras Kadiles un Solvitas Olsenas rakstā. Tajā izklāstīts, kā izpaužas un kā vērtējama cilvēka lemtspēja, kāpēc lemtspējas ierobežojumiem ir pievēršama vērība, īpaši cilvēktiesību aizsardzības kontekstā gan vispārīgi, gan veselības aprūpē. Norādītas arī spēkā esošā tiesiskā regulējuma nepilnības un izteikti priekšlikumi tiesību normu pilnveidei.

Nobeigumā trīs rakstos atainots, kā ANO Konvencijā par personu ar invaliditāti tiesībām noteiktais ietekmējis nacionālo tiesību attīstību Lietuvā, Igaunijā (visai maz) un Īrijā. Tajos izklāstīts, kā cilvēktiesības, īpaši attiecībā uz lēmumu pieņemšanu veselības aprūpē, šajās trīs valstīs tiek īstenotas vai tiek ierobežotas gadījumos, ja personai piemīt garīgi traucējumi vai psihosociāla invaliditāte. Īrijas piemērs, kura ar speciālu likumu nosaka atbalstītās lēmumu pieņemšanas tiesības un procesu, tiek uzskatīts par atbilstošu konvencijas normās

noteikto principu piemērošanai,² tāpēc Īrijas pieeja un prakse būtu izmantojama arī tiesību attīstībai Latvijā.

Šis rakstu krājums ir sagatavots 2023.–2024. gadā Latvijas Zinātnes padomes finansētā un Latvijas Universitātes īstenotā pētniecības projektā “Cilvēktiesības balstīta pieeja pacientu ar garīga rakstura traucējumiem un ierobežotu lemtspēju ārstēšanā: tiesiskā, ētiskā un klīniskā perspektīva” (Nr. lzp-2020/1-0397). Autores pēc zinātnisko redaktoru un literārās redaktora ieteikumiem ir papildinājušas rakstu projektus ar jaunākiem datiem laikā līdz 2025. gada jūnijam. Iespējams, ka rakstu krājuma sagatavošanas laikā daži minētie dati ir mainījušies vai novecojuši, iespējams, ka pēc rakstu iesniegšanas publicēšanai ir grozīta kāda no tiesību normām.

Izsaku pateicību autorēm un līdzautorēm, redaktoriem Laurai Šābertei, Aleksandram Potaičukam un Sarmītei Mednei, sadarbības partneriem zinātniskajā darbā un pētījumu publicēšanā – Latvijas rajonu tiesu darbiniekiem, Tiesu administrācijai, Tiesībsarga birojam, Eiropas Padomes Cilvēktiesību komitejai biomedicīnas un veselības jomā, FOSTREN dalībniekiem u. c.

Cerams, ka rakstu krājumā apkopotās atziņas un izteiktie priekšlikumi sniegs ieguldījumu cilvēktiesībās balstītas garīgās veselības aizsardzībai un garīgās veselības aprūpei Latvijā. Autores aicina izmantot šajā krājumā ietvertās atziņas, diskutējot, plānojot un veicot reformas garīgās veselības aprūpes jomā.

IZMANTOTĀ LITERATŪRA

TIESĪBU AKTI

Starptautiskie tiesību akti

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

Latvijas Republikas tiesību akti

Ministru kabinets (2022) *Rīkojums Nr. 939 “Par psihiskās veselības aprūpes organizēšanas uzlabošanas plānu 2023.–2025. gadam”*. <https://likumi.lv/ta/id/338032-par-psihiskas-veselibas-aprupes-organizšanas-uzlabosanas-planu-2023-2025-gadam>

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

LITERATŪRA UN CITI AVOTI

Council of Europe, Commissioner for Human Rights (2021) *Reform of mental health services: An urgent need and a human rights imperative*. The Commissioner’s Human Rights Comments.

2 Saskaņā ar ANO Personu ar invaliditāti tiesību komitejas pārstāvja Vitauta Ruška teikto 2022. gadā konferencē *7th World Congress on Adult Capacity: Enhancing Autonomy, Support & Protection* Edinburgā, Apvienotajā Karalistē.

<https://www.coe.int/en/web/commissioner/-/reform-of-mental-health-services-an-urgent-need-and-a-human-rights-imperative>

Council of Europe, Parliamentary Assembly (2019) *Ending coercion in mental health: The need for a human rights-based approach*. <https://assembly.coe.int/nw/xml/XRef/Xref-XML2HTML-EN.asp?fileid=28038>

Council of Europe, Steering Committee for Human Rights in the Fields of Biomedicine and Health (CDBIO) (2024). *Draft Recommendation on respect for autonomy in mental healthcare*. <https://rm.coe.int/steering-committee-for-human-right-in-the-fields-of-biomedicine-and-he/1680b32932>

European Disability Forum (2021) EDF and IDA welcome decision of the European Court of Human Rights on the Oviedo Convention and call States to Withdraw Oviedo. Press release, September 9. <https://www.edf-feph.org/edf-and-ida-welcome-decision-of-the-european-court-of-human-rights-on-the-oviedo-convention-and-call-states-to-withdrawoviedo/>

Ilves, A. (2023) Kā izprast ANO Konvenciju par personu ar invaliditāti tiesībām? *Latvijas Republikas Tiesībsargs*. https://www.tiesibsargs.lv/wp-content/uploads/2023/11/parskats_invaliditates_modeli.pdf

Mental Health Europe (n.d.) *Mental Health Europe Opposes Oviedo Protocol: Advocating Human Rights*. <https://www.mentalheltheurope.org/what-we-do/human-rights/withdraw-oviedo/>

Olsena, S. (2022) Cilvēku ar garīga rakstura traucējumiem aizsardzība un ārstēšana: cilvēktiesībās balstīta pieeja. *Jurista Vārds*, 11 (1225).

UN CRPD – United Nations, Committee on the Rights of Persons with Disabilities (2014) *General comment No. 1 (2014)*. <https://docs.un.org/en/CRPD/C/GC/1>

UN CRPD (2017) *Committee on the Rights of Persons with Disabilities: Concluding observations on the initial report of Latvia*. <https://digitallibrary.un.org/record/1310664?ln=en&v=pdf>

UN CRPD (2018) *Statement by the Committee on the Rights of Persons with Disabilities calling States parties to oppose the draft Additional Protocol to the Oviedo Convention*. <https://www.ohchr.org/en/treaty-bodies/crpd/statements-declarations-and-observations>

UN CRPD (2025) Open letter to the Secretary-General of the Council of Europe, the Committee of Ministers of the Council of Europe, the Committee on Bioethics of the Council of Europe, the Steering Committee for Human Rights, the Commissioner of Human Rights, the Parliamentary Assembly of the Council of Europe and other organizations and entities of the Council of Europe. <https://www.ohchr.org/en/treaty-bodies/crpd/statements-declarations-and-observations>

UN CRPD (2026) *Calendar of country reviews & documentation deadlines*. https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/TreatyBodyExternal/MasterCalendar.aspx?Treaty=CRPD

WHO (2021) *Comprehensive Mental Health Action Plan 2013–2030*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240031029>

WHO & United Nations (2023) *Mental Health, Human Rights and Legislation: Guidance and Practice*. 1st ed. Geneva: World Health Organization and the United Nations (represented by the Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights).

Introduction

Solvita Olsena

editor of the collection

The World Health Organization (WHO) and the Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights envisage a world in which everyone can enjoy good health and access high-quality, rights-based, person-centred mental healthcare services. In such a world, people with mental health conditions and psychosocial disabilities would be able to fully engage in their own recovery process and participate in all aspects of life, both personal and societal (WHO & United Nations, 2023).

For the whole world, including our own Latvia, to become a place where people can live healthily and receive adequate mental healthcare services, every UN and WHO Member State must establish and maintain a mental healthcare system based on human rights, both in form and substance. As it is enshrined in the preamble to the Constitution – *Satversme* – Latvia is a democratic and socially responsible state based on the rule of law and respect for human dignity and freedom. Article 89 of the Constitution stipulates that the state shall recognise and protect fundamental human rights in accordance with the Constitution, laws, and international treaties to which Latvia is a party (*Satversmes sapulce*, 1922). This constitutional obligation to recognise and protect human rights requires that people with mental, psychosocial and developmental disorders are treated with dignity and respect in all areas of life, including within the healthcare system, and that their rights and interests are protected and upheld.

In accordance with the international treaties binding upon it, the Latvian state is obliged to provide human rights-based mental healthcare. Latvia is a State Party to the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities (2006). All countries in the European region, as well as the European Union, are States Parties to this Convention. Upon ratifying the Convention in 2010, Latvia undertook to respect the human rights of persons with disabilities in accordance with the Convention's content and procedures, as well as to eliminate legal provisions and practices contrary to the Convention's provisions or restricting the exercise of the rights it sets out. Over the past ten years, Latvia has drawn

up plans for implementing the Convention and carried out a number of legal reforms, including reforming the Civil Law in the area of legal capacity and introducing a social service in the form of a support person for decision-making.

Unfortunately, the necessary reforms to healthcare law have yet to be implemented. Healthcare is still dominated by a biomedical approach and a legal framework that discriminates against people with mental health conditions. The organisation of mental healthcare is characterised by paternalistic practices. Latvian legislation permits the coercion and restraint of individuals on the grounds of mental disorder, and psychiatric hospitals make use of this, with or without court authorisation. Substitute decision-making in healthcare, based on the idea that decisions should be made by doctors or other individuals without respecting the dignity and autonomy of those who are partially or fully incapable of acting, is widespread. Rather than being organised outside institutions and as close as possible to the place of residence of persons with mental health conditions, mental healthcare remains structured within separate large medical institutions (in a segregated manner). Consequently, Latvia faces a high risk of systemic and individual violations of the human rights of people with mental health conditions.

In Latvia, as in other European countries, there are many provisions, including in the field of healthcare, that fail to respect the rights to dignity and equality of people with mental disorders. For example, appropriate support is not guaranteed during medical or legal proceedings, and human rights violations are permitted, such as allowing the use of compulsory treatment. By ratifying the Convention on the Rights of Persons with Disabilities, Latvia has undertaken to ensure that everyone with a disability can fully enjoy all human rights and fundamental freedoms, free from any kind of discrimination based on disability (Article 4). This obligation is not merely theoretical: it requires the enactment of legislation to implement the Convention's principles and the adoption of measures to ensure their implementation. This indicates that Latvia must eliminate existing discriminatory and stigmatising attitudes towards people with mental and intellectual disabilities. Stipulations that violate human rights must be repealed and replaced with provisions that enable people with various disabilities to exercise their rights on an equal basis with others by providing the necessary reasonable accommodation and support. Legal provisions must guarantee every person's autonomy and the right to make free and informed decisions in various life situations, including regarding treatment. They must also secure the right to participate meaningfully in the legislative and organisational processes of healthcare. It is therefore essential to ensure that these rights are properly implemented in practice, including through the supervision of healthcare institutions, to guarantee that everyone can enjoy their human rights and be protected from unlawful conduct.

A human rights-based approach to mental health is a shared goal, and in recent years, both international organisations and non-governmental organisations representing human rights and people with mental health conditions have made significant contributions towards achieving it. Since 2013, for example, the WHO and its Member States have been implementing the Global Mental Health Action Plan 2013–2030. This plan aims to improve mental healthcare governance, ensure community-based care, implement mental health promotion and prevention strategies, and strengthen information systems, evidence, and research (WHO, 2021). The publication “Mental Health, Human Rights and Legislation: Guidelines and Practice” (WHO & United Nations, 2023), summarises findings grounded in legal doctrine and practice regarding the framework of key human rights principles in mental health protection. It highlights examples of good practice and provides Member States with recommendations on the necessary legislative and healthcare system reforms to enable rights-based mental healthcare. Latvia has not yet paid much attention to a human rights-based approach to mental healthcare, but the Cabinet of Ministers’ Plan for Improving the Organisation of Mental Healthcare for 2023–2025 includes a reference to this conceptual framework (Cabinet of Ministers, 2022).

The UN Committee on the Rights of Persons with Disabilities has made a significant contribution to improving the protection of the rights of persons with disabilities. It regularly assesses the laws and practices of states that are parties to the Convention on the Rights of Persons with Disabilities and makes recommendations on how to incorporate the principles set out in the convention into legal systems and practices. The initial assessment of the situation in Latvia was carried out in 2017 (UN CRPD, 2017). Latvia submitted a report to the Committee in 2020, and it is expected that the Committee will provide a further assessment of the situation in Latvia in autumn 2026. The Latvian government’s consultations with the Committee are scheduled for 2030 (UN CRPD, 2026). In 2025, the Committee published an assessment of the European Union as a State Party to the Convention, detailing the achievements and shortcomings within the European Union as a whole and its Member States (UN CRPD, 2025). Taking into account the Committee’s 2017 recommendations for Latvia, as well as those contained in the report on the European Union and addressed to other European countries, Latvia could implement the necessary healthcare legislation and practice reforms by 2028.

The Council of Europe is also committed to advancing the rights of people with mental health conditions. In 2019, the Parliamentary Assembly of the Council of Europe adopted a resolution entitled “Ending coercion in mental health: The need for a human rights-based approach” (Council of Europe, Parliamentary Assembly, 2019). In 2021, the Council of Europe Commissioner for Human Rights (2018–2024) Dunja Mijatović called on Member States to undertake immediate

reforms to mental healthcare systems, based on human rights principles that protect human dignity and autonomy and safeguard against the risk of inhuman and degrading treatment. She emphasised that these reforms must ensure that people with mental health conditions are treated with respect and given the opportunity to decide on their treatment, with support provided where necessary. The Commissioner for Human Rights also called for the widespread practice of involuntary deprivation of liberty and compulsory treatment in the treatment of mental illness to be significantly curtailed (Commissioner for Human Rights, 2021; Olsena, 2022).

In 2023, the Council of Europe's Steering Committee for Human Rights in the fields of Biomedicine and Health (CDBIO), the University of Latvia, the authors of the articles included in this publication and the Office of the Ombudsman of the Republic of Latvia organised a conference and symposium on protecting personal autonomy in mental healthcare. These events presented solutions and experiences from European Member States that ensure the autonomy and human rights of people with mental health disorders (Ilves, 2023). Recordings of the event are available to all: <https://www.youtube.com/watch?v=NXfcY1h3PG0> and <https://www.youtube.com/live/YNQIzf9sB9E>.

In 2024, the Council of Europe's Steering Committee for Human Rights in the Fields of Biomedicine and Health published a draft recommendation on respecting autonomy in mental health care and submitted it to the Committee of Ministers of the Council of Europe for approval.

Since the ratification of the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities in European countries, the UN Committee on the Rights of Persons with Disabilities and organisations representing persons with disabilities, such as the European Disability Forum, Mental Health Europe, and the European Network of (Ex)Users and Survivors of Psychiatry (ENUSP) – an organisation supporting former and current users of psychiatric services, as well as survivors – have criticised the Council of Europe and the European Court of Human Rights for their findings and proposals that permit the coercion of persons with mental disorders (UN CRPD, 2018, 2025; European Disability Forum, 2021; Mental Health Europe, n.d.). For several years now, there has been a 'battle' over the 2020 proposal by the Council of Europe's Committee on Human Rights in the Field of Biomedicine and Health to supplement the 1996 Convention for the Protection of Human Rights and Dignity of the Human Being with regard to the Application of Biology and Medicine with a new additional protocol regulating compulsory psychiatric treatment. However, the UN Committee on the Rights of Persons with Disabilities, the UN Special Rapporteur on the Rights of Persons with Disabilities and leading European non-governmental organisations, such as Mental Health Europe and the European Disability Forum, are calling for this protocol not to be adopted. They point out that the UN Convention on the Rights of Persons with

Disabilities does not permit the forced detention and treatment of people with mental illness (Mental Health Europe, n.d.; UN CRPD, 2025). The Parliamentary Assembly of the Council of Europe and the Commissioner for Human Rights (until 2024) D. Mijatović also oppose the adoption of this protocol. It is difficult to predict how the Committee of Ministers of the Council of Europe, which is responsible for adopting the optional protocol, will proceed with this draft protocol. This demonstrates that the paradigm shift in attitudes towards persons with disabilities, as required by the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities, is a complex process within European countries and the organisation representing them, the Council of Europe. The current collection of articles offers the analysis of the potential for providing human rights-based mental healthcare in Latvia. Particular attention is paid to the legal and clinical practice reforms necessary to comply with the principles enshrined in the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities. The authors describe, analyse and evaluate the existing legal framework for mental health protection and care, highlighting its shortcomings and potential applications. The articles present data compiled by the authors which characterise and illustrate the current state of respect for human rights in Latvian healthcare institutions and beyond.

In her introductory article to the collection, Professor Sanita Osipova provides a legal-philosophical overview of the significance of human dignity, equality, and an inclusive society as universal human values in a democratic state. Solvita Olsena's articles on mental health protection and mental healthcare law outline Latvia's legal framework for these areas. The authors analyse the obstacles to implementing a human rights-based approach in Latvia and put forward proposals for improving legislation and practice. In their article on coercion in mental healthcare institutions in Latvia, Marina Loseviča un Solvita Olsena reveal the formal and informal nature of this harmful phenomenon and present available data on its manifestations in medical institutions in Latvia. The article highlights the obstacles to eliminating coercion and possible solutions to eradicate it. A person's capacity to make decisions is viewed in an article by Laura Kadile and Solvita Olsena as a legally and clinically significant factor. The article examines the manifestation of capacity and the criteria for its assessment, explaining the necessity of considering limitations on capacity, particularly in relation to the protection of human rights, both generally and within healthcare. The authors identify shortcomings in the current legal framework and offer recommendations for improving legal provisions. In the conclusion, three articles are dedicated to examining the influence of the provisions of the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities on the development of national legislation in Lithuania, Estonia and Ireland. The authors outline how human rights, particularly concerning decision-making in healthcare, are implemented or restricted in these countries for individuals with mental health conditions or

psychosocial disabilities. Ireland's specific law on supported decision-making is considered consistent with the Convention's principles, consequently, the Irish approach could inform Latvia's legal development.

This collection of articles was prepared in 2023–24 as part of the research project “Towards a human rights approach for mental health patients with a limited capacity: A legal, ethical and clinical perspective” (project No. LZP-2020/1-0397). Following recommendations from the scientific editors and the editor of this collection, the authors updated the draft articles with the latest data available as of June 2025. Some of the included data may have changed or become obsolete during the preparation of this collection, and some legal provisions may have been amended since submission of the articles for publication.

I would like to express my gratitude to the authors and co-authors, the editors – Laura Šāberte, Aleksandrs Potaičuks and Sarmīte Medne, as well as our partners and supporters in scientific research and publication, including the staff of Latvia's district courts, the Court Administration, the Ombudsman's Office, the Council of Europe's Steering Committee for Human Rights in the Fields of Biomedicine and Health (CDBIO) and the FOSTREN participants.

The authors of this collection hope that the findings summarised herein, along with the proposals put forward, will contribute to human rights-based mental healthcare in Latvia. They invite readers to draw on the insights contained in this book when discussing, planning, and implementing reforms in this area.

REFERENCES

LEGISLATION

International legal instruments

UN (2006) Convention on the Rights of Persons with Disabilities. <https://likumi.lv/ta/lv/starptautiskie-ligumi/id/1630>

Legislation of the Republic of Latvia

Ministru kabinets (2022) Rikojums Nr. 939 “Par psihiskās veselības aprūpes organizēšanas uzlabošanas plānu 2023.–2025. gadam”. <https://likumi.lv/ta/id/338032-par-psihiskas-veselibas-aprupes-organizšanas-uzlabosanas-planu-2023-2025-gadam>

Satversmes sapulce (1922) Latvijas Republikas Satversme (The Constitution of the Republic of Latvia). <https://likumi.lv/ta/id/57980-latvijas-republikas-satversme>

LITERATURE AND OTHER SOURCES

Council of Europe, Commissioner for Human Rights (2021) Reform of mental health services: An urgent need and a human rights imperative. The Commissioner's Human Rights Comments. <https://www.coe.int/en/web/commissioner/-/reform-of-mental-health-services-an-urgent-need-and-a-human-rights-imperative>

Council of Europe, Parliamentary Assembly (2019) Ending coercion in mental health: The need for a human rights-based approach. <https://assembly.coe.int/nw/xml/XRef/Xref-XML2HTML-EN.asp?fileid=28038>

Council of Europe, Steering Committee for Human Rights in the Fields of Biomedicine and Health (CDBIO) (2024) Draft Recommendation on respect for autonomy in mental healthcare. <https://rm.coe.int/steering-committee-for-human-right-in-the-fields-of-biomedicine-and-he/1680b32932>

European Disability Forum (2021) EDF and IDA welcome decision of the European Court of Human Rights on the Oviedo Convention and call on States to withdraw from Oviedo. Press release, 9 September. <https://www.edf-feph.org/edf-and-ida-welcome-decision-of-the-european-court-of-human-rights-on-the-oviedo-convention-and-call-states-to-withdrawoviedo/>

Ilves, A. (2023) Kā izprast ANO Konvenciju par personu ar invaliditāti tiesībām? *Latvijas Republikas Tiesībsargs*. https://www.tiesibsargs.lv/wp-content/uploads/2023/11/parskats_invaliditates_modeli.pdf

Mental Health Europe (n.d.) Mental Health Europe Opposes the Oviedo Protocol: Advocating Human Rights. <https://www.mentalhealthurope.org/what-we-do/human-rights/withdraw-oviedo/>

Olsena. S. (2022) Cilvēku ar garīga rakstura traucējumiem aizsardzība un ārstēšana: cilvēktiesībās balstīta pieeja. *Jurista Vārds*, 11 (1225).

UN CRPD – United Nations, Committee on the Rights of Persons with Disabilities (2014). General Comment No. 1 (2014). <https://docs.un.org/en/CRPD/C/GC/1>

UN CRPD – (2017) Committee on the Rights of Persons with Disabilities Concluding observations on the initial report of Latvia. <https://digitallibrary.un.org/record/1310664?ln=en&v=pdf>

UN CRPD (2018) Statement by the Committee on the Rights of Persons with Disabilities calling on States parties to oppose the draft Additional Protocol to the Oviedo Convention. <https://www.ohchr.org/en/treaty-bodies/crpd/statements-declarations-and-observations>

UN CRPD (2025) Open letter to the Secretary-General of the Council of Europe, the Committee of Ministers of the Council of Europe, the Committee on Bioethics of the Council of Europe, the Steering Committee for Human Rights, the Commissioner for Human Rights, the Parliamentary Assembly of the Council of Europe and other organisations and entities of the Council of Europe. <https://www.ohchr.org/en/treaty-bodies/crpd/statements-declarations-and-observations>

UN CRPD (2026) Calendar of country reviews & documentation deadlines. https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/TreatyBodyExternal/MasterCalendar.aspx?Treaty=CRPD

WHO (2021) Comprehensive Mental Health Action Plan 2013–2030. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240031029>

WHO & United Nations (2023) *Mental Health, Human Rights and Legislation: Guidance and Practice*. 1st ed. Geneva: World Health Organization and the United Nations (represented by the Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights).

Cilvēka cieņa, vienlīdzība, iekļaujoša sabiedrība

Human dignity, equality, inclusive society

Sanita Osipova

 0000-0001-8508-0799

Web of Science Researcher ID: AHA-5779-2022

KOPSAVILKUMS

Latvijas sabiedrībai pēdējos gadu desmitos ir bijis jāmaina priekšstats par daudziem jautājumiem, jo okupācijas laikā sabiedrības prātos ar propagandas palīdzību padomju varas nostiprinātie priekšstati neatbilst mūsdienu Eiropas kopējām vērtībām. Šādi priekšstati visupirms ir izpratne par ikviena cilvēka vērtību, cilvēka cieņu un tas, cik tālu valsts drīkst iejaukties cilvēka tiesībās uz pašnoteikšanos un vienlīdzību. Turklāt pēdējos gados visā Eiropā ir būtiski mainījusies izpratne par to, kam pienākas līdztiesība. Līdztiesīgo lokā tikušas iekļautas arī personas, kas pieder grupām, kuras sabiedrība iepriekš ir marginalizējusi kā “nenormālas”. XXI gadsimtā Eiropas valstis ir nonākušas pie prasībām pēc humānām ārstniecības metodēm, kā arī aktualizēts ir jautājums par mentāli slimu personu tiesībām, visupirms tiesībām uz privātautonomiju, proti, cik tālu mentāli slima persona ir tiesīga lemt par savu dzīvi, tostarp būt informēta par ārstniecības gaitu un pieņemt lēmumus par savas veselības aprūpi.

Atslēgvārdi: cilvēka cieņa, personas privātautonomija veselības aprūpē, personas ar garīgu invaliditāti lemtspēja.

SUMMARY

Latvian society has had to change its perception of many issues in recent decades, as the ideas that were reinforced in the minds of the public during the occupation by the Soviet propaganda do not correspond to the common values of modern Europe. These are, first and foremost, the understanding of the value of every human being, human dignity and the extent to which the state may interfere with the human right to self-determination and equality. Moreover, in recent years, perceptions of who is entitled to equality have changed significantly across Europe. Equality has been extended to include people belonging to groups previously

marginalised by society as ‘abnormal’. In the 21st century, European countries have come to demand humane methods of treatment, and the rights of the mentally ill have been questioned, in particular the right to privacy, i.e. the extent to which a mentally ill person has the right to make decisions about their own life, including being informed about their treatment and making decisions about their own healthcare.

Keywords: human dignity, protection of privacy in health care, mental capacity of persons with mental disability.

levads

Eiropas kultūrtelpā jau kopš antikajiem laikiem tiek prezumēts, ka cilvēks ir vērtība pats par sevi un cilvēkam piemīt neatņemamas tiesības uz brīvību, proti, cilvēka cieņpilnai dzīvei nepieciešams priekšnoteikums ir brīvība. (Hawley, 2019, pp. 705–720) Tā ir būtiska Eiropas kultūrtelpu vienojoša atziņa, jo viss, kas cilvēkam dots no dabas, viss sabiedrības caur kultūru cilvēkā ieguldītais var izpausties tikai tad, ja cilvēks bauda brīvību to īstenot, piedaloties sabiedrības dzīvē. Personas brīvība ir priekšnoteikums ne tikai cilvēka pilnvērtīgai dzīvei, bet arī sabiedrības harmoniskai funkcionēšanai. Ideāls ir brīvs cilvēks, kurš attīstās un darbojas sev līdzīgo vidū jeb brīvā sabiedrībā, kuru vieno kopīgas vērtības un savstarpēja cieņa. Lai sasniegtu šo ideālu, ir veidota demokrātiska tiesiska valsts. Mūsdienu demokrātiska tiesiska valsts balstās uz individuālās un kolektīvās pašnoteikšanās idejām, kas izriet no cilvēka cieņas un tiesībām uz vienlīdzību un brīvību. (Kučs, 2024, 716. lpp.) Tāpēc ir būtiski pētīt gan jēdziena “cilvēka cieņa” saturu, gan arī to, vai Latvijā tiek nodrošināta iespēja ikvienam cilvēkam baudīt cilvēka cieņu, proti, vai esam sekmējuši iekļaujošas sabiedrības izveidošanos.

Cilvēka cieņas koncepts

Vispārējās cilvēktiesību deklarācijas 1. pants nosaka: “Visi cilvēki piedzimst brīvi un vienlīdzīgi savā cieņā un tiesībās. Viņiem ir saprāts un sirdsapziņa, un viņiem citam pret citu jāizturas brālības garā,” (ANO, 1948) – tas ir pamats cilvēka cieņas konceptam kā starptautiskai juridiskai kategorijai. Šodien Eiropas tiesībpolitiskajā doktrīnā skaidri definēts, ka cilvēka cieņa ir ikvienam cilvēkam piemītoša, neatņemama, garīgi tikumiska beznosacījuma vērtība. (Wallau, 2006, S. 23) No tās izriet virkne cilvēka tiesību: visi cilvēki ir līdztiesīgi un ikvienam piemīt tādas pamattiesības, kuras neviens nedrīkst atņemt. Šo tiesību īstenošanu nedrīkst ietekmēt ne personas izcelšanās, ne dzimums, ne vecums, ne reliģiskā pārliecība, ne tautība, ne seksuālā orientācija, ne pilsonība, ne pasaules uzskats vai politiskie uzskati. (Sandkühler, 2016, S. 271, 272) Cilvēka cieņa piemīt ikvienam, to nevar ne cits atņemt, ne pats atsavināt, ne ierobežot – neatkarīgi

no sabiedrības priekšstatiem par konkrēto cilvēku, viņa darbiem un nodarījumiem, pārkāpumiem. Cilvēka cieņu aizsargā virkne nacionālo un pārnacionālo normatīvo aktu.¹

Cilvēks jau piedzimst kā sociāla būtne, tomēr cilvēciskums nav iedzimts. Tas ir jāapgūst un jāisteno, dzīvojot sabiedrībā. (Ēriksens, 2010, 68. lpp.) Sabiedrība, iekļaujot cilvēku, to vienlaikus ieliek konkrētā sabiedrībā valdošo vērtību, uzskatu, uzvedības modeļu struktūrā. Cilvēka tiesību un pienākumu apjomu un saturu nosaka sabiedrībā pastāvošās sociālās normas. Ja cilvēks atbilst tam, ko no viņa sagaida sabiedrība, viņš ir apguvis uzvedības noteikumus un spēj iekļauties sabiedrībā, uzņemoties atbildību par savu dzīvi, un viņam līdz ar pilngadību tiek piešķirta rīcībspēja. Rīcībspēja ir personas spēja, kas īstenojas kā tiesība patstāvīgi veikt tiesiski nozīmīgas darbības un uzņemties atbildību par sekām. (Balodis, 2007, 77. lpp.) Patstāvīgi nozīmē, ka pati persona īsteno savas tiesības. Ikvienam cilvēkam no dabas piemīt tiesībspēja, taču rīcībspēja var tikt tiesiski ierobežota, piemēram, ja persona nespēj apzināties vai vadīt savu rīcību nepilngadības vai gara slimības dēļ. (Balodis, 2007, 80.–87. lpp.)

Pēdējos gadu desmitos Latvijā ir nācies pārskatīt cilvēka cieņas saturu. Padomju okupācijas gados arī tika runāts par cilvēka vērtību un cilvēka cieņu, tomēr šiem jēdzieniem tika piešķirts cits saturs. “Cilvēks – tas skan lepni!”² – šie Maksima Gorkija vārdi tika plaši citēti. Tiesa, daudz biežāk nekā par cilvēku Padomju Savienībā tika runāts par tautu, par kolektīvu, par darbaļaudīm, proti, par tautas masām, kurās pazūd atsevišķs cilvēks kā personība.

Padomju kultūra bija masu kultūra. Tika sludināts, ka valsts kalpo tautai un viss tiekot darīts tautas interesēs. Tomēr atsevišķs cilvēks tajā visā *izšķīda*. Cilvēks bija kā mazs gabaliņš, kuram nav ne savas vērtības, ne savas gribas ārpus lielā veseluma – tautas. Padomju cilvēka vērtība bija viņa piederībā padomju valstij, kā to formulēja Vladimirs Majakovskis: “Lasiet, apskaidiet! Es esmu Padomju Savienības pilsonis.”³ Padomju laikā Jāņa Plauža atdzejojumā latviski gan tas tika tulkots nedaudz citādi: “Lasiet, apskaidiet! Manu dzimteni sauc – Padomju Savienība.” (Plaudis, 1950) Šis citāts gadu desmitiem tika tiražēts padomju Latvijas presē, rakstot par jaunajiem padomju pilsoņiem.⁴ Proti, pilsonis kā indivīds vispār bija zudis – viņš tika *izšķīdināts* Dzimtenē... Tāpat viss individuālais tika izkausēts kolektīvajā. Šī ideoloģija noteica arī atsevišķa cilvēka pilntiesību vai beztiesību atkarībā no tā, cik veiksmīgi viņš iekļāvās

1 Visupirms Latvijas Republikas Satversme, ANO Vispārējā cilvēktiesību deklarācija, Cilvēka tiesību un pamatbrīvību aizsardzības konvencija, Eiropas Savienības pamattiesību harta u. c.

2 “Человек! Это – великолепно! Это звучит... гордо! Человек! Надо уважать человека.” (Горький, 1902/2008).

3 “Читайте, завидуйте, я – гражданин Советского Союза.” (Маяковский, 1967, с. 90)

4 Piemēram: Klabis, R. (25.03.1958.) Mana padomju pase. *Padomju Karogs*, Nr. 35. Arī: [B. a.] (17.01.1976.) Padomju pase. *Progress*, Nr. 8.

kolektīva kopīgajā gribā. Cilvēks bija tik vērtīgs, cik viņš bez ierunām kalpoja partijas izvirzītajiem mērķiem, esot skrūvīte lielajā padomju varas mašīnā. Taču arī tas ne vienmēr pasargāja, ja cilvēkam bija “nepareizie” cilvēki – laulātais, radi, kaimiņi u. c.

Eiropas Savienība mums māca skatīties uz cilvēku no cita skatpunkta: ikviens cilvēks ir vērtība pats par sevi. Tieši tāpēc, lai nodrošinātu cilvēka cieņu, ir tikušas celtas un stiprinātas demokrātiskas tiesiskas valstis, nacionālā līmenī pieņemtas personas pamattiesības un starptautiskā līmenī izdoti cilvēktiesības aizsargājoši tiesību akti, bet vēlāk veidota vienotā Eiropa, kurā iekļāvusies arī Latvija. Ikvienam cilvēkam piemīt privātautonomija, proti, tiesības uz brīvību kā pašnoteikšanos. Pēdējos gados īpaši tiek rakstīts par personas tiesībām uz pašnoteikšanos veselības aprūpes jomā, proti, pacientu tiesībām uz pašnoteikšanos veselības aprūpē. (Jordan, 2014, p. 74)

No cilvēka cieņas izrietošas tiesības uz personas brīvību un vienlīdzību kā līdztiesību – iekļaujošas sabiedrības priekšnoteikumi

Vēsturiski dažādās kultūrās, arī Eiropas kultūrā cilvēka pilntiesību noteica dzimums, vecums, izcelšanās, nodarbošanās un citas personas īpašības. Personas brīvība bija ierobežota un vienlīdzība tika atzīta tikai starp līdzīgajiem, savukārt brīvību un pilntiesību baudīja vien neliela sabiedrības daļa.⁵

Taču kopš XVIII gadsimta beigām Rietumu kultūrā viss ir mainījies. Šīs izmaiņas sekmēja arī dabisko tiesību skola un apgaismības filozofija, kurās cilvēka brīvība tika atzīta par dabisku neatņemamu ikviena cilvēka tiesību. Mūdienu Rietumu demokrātijas ir tiesiskas valstis, kurās kopš Otrā pasaules kara beigām dinamiski paplašinātas personas pamattiesības, īpašu nozīmi iegūstot līdztiesībai un brīvībai.

Tostarp Latvijas Republikā jau dibināšanas aktos ir tikusi uzsvērtā brīvība kā aizsargājama vērtība un ietverta prasība pēc personu vienlīdzības kā līdztiesības.⁶ Taču izpratne par to, ko tieši ietver personas brīvība un vienlīdzība, XX gadsimta gaitā ir būtiski mainījusies. Strauji ir tikušas paplašinātas tiesībās noteiktās personas brīvības robežas. Personas brīvības robežu paplašināšanos ietekmēja gan būtiskas izmaiņas sabiedriskajā apziņā, gan zinātnes sniegtie jaunie praktiskie labumi, proti, tādu preču un pakalpojumu sniegšana, kādi nekad iepriekš nebija iespējami. Tā tiek veidota “labāka pasaule”. (Lorenzi & Berrebi,

5 Plašāk sk.: Osipova, S. (2020) Brīvība – tiesību normās un tiesiskajā apziņā. No: *Starptautisko un Eiropas Savienības tiesību piemērošana nacionālajās tiesās*. Latvijas Universitātes 78. starptautiskās zinātniskās konferences rakstu krājums. Rīga: Akadēmiskais apgāds, 333.–340. lpp.

6 To nosaka, piemēram, Latvijas Tautas padomes politiskā platforma, pieņemta Latvijas Tautas padomes sēdē Rīgā 1918. gada 18. novembrī. No: *Latvijas valsts tiesību avoti. Valsts dibināšana – neatkarības atjaunošana*. (2015) Rīga: Tiesu namu aģentūra, 55., 56. lpp.

2019, pp. 1–13) Šī jaunā paplašinātā brīvība kā jaunas iespējas ietucas visās personas dzīves jomās: gan sniedzot jaunas iespējas izvēlēties nodarbošanos, jo tiek veidotas jaunas profesijas; gan brīvību privātajā dzīvē, jo, mazinoties baznīcas ietekmei, palielinās izvēles iespējas šķirt laulību (Meder, Duncker & Czelk, 2006, S. 176, 177); kā arī aizvien vairāk personu savu kopdzīvi veido, neslēdzot laulību; cilvēkiem paveras aizvien plašākas iespējas ceļot, ko sekmē gan aizvien jaunu transporta līdzekļu piedāvājums, gan sakārtota un vienkāršota vīzu sistēma, bezvīzu režīms utt. Personas ir ieguvušas plašas tiesības apvienoties, tostarp netradicionālās apvienībās, brīvi mainīt dzīvesvietu, arī pārvietoties uz svešu kultūrtelpu, paturot savu kultūru, jo juridiski tiek sekmēta aizvien plašāka minoritāšu tiesību aizsardzība. (Koenig & de Guchteniere, 2007, pp. 6–15) Tādēļ šodien Eiropā var runāt par kultūru diversitāti un plurālismu, kas padara aizvien sarežģītāku ne tikai sabiedrības pētnieku, bet arī likumdevēja darbu. (Cotterrell, 2018, p. 159) Tādējādi personas brīvības robežas nemitīgi un dinamiski pieaug zinātnes un tehnoloģiju piedāvāto iespēju sinerģijā ar liberālās tiesiskās domas nostiprināšanu tiesību avotos.

Ne mazāk būtiski par brīvības robežām XX gadsimta gaitā ir mainījusies arī izpratne par vienlīdzību un to, pēc kādām pazīmēm aizliegts personu diskriminēt. 1948. gadā ANO Vispārējās cilvēktiesību deklarācijas 1. pantā tika noteikta prasība pēc cilvēka cieņas un brīvības visiem cilvēkiem, bet 2. pantā – pazīmes, pēc kurām nedrīkst personu diskriminēt: “Katram cilvēkam pienākas visas tiesības un brīvības [...] neatkarīgi no viņa rases, ādas krāsas, dzimuma, valodas, reliģiskās, politiskās vai citas pārliecības, nacionālās vai sociālās izcelsmes, mantiskā stāvokļa, kārtas vai cita stāvokļa.” (Cit. no: Kēnigs, 2010) Tie bija diskriminācijas aizlieguma kritēriji, kurus XX gadsimta vidū uzskatīja par izsmēļošiem, lai nodrošinātu visu cilvēku līdztiesību. Eiropas Cilvēktiesību konvencija, kura pieņemta nedaudz vēlāk, noteica diskriminācijas aizliegumu: “.. neatkarīgi no dzimuma, rases, ādas krāsas, valodas, ticības, politiskajiem vai citiem uzskatiem, valstiskās vai sociālās izcelsmes, piederības kādai nacionālajai minoritātei, mantiskā stāvokļa, dzimšanas vai jebkura cita stāvokļa.” (Eiropas Padome, 1950) Proti, kā papildu kritēriji tika noteikti nacionālā minoritāte un dzimšanas stāvoklis. Lai gan tos, tieši neminot, ietvēra arī ANO deklarācija, nosakot visaptverošu diskriminācijas aizliegumu, tomēr tie tika izcelti *expressis verbis*. Savukārt Eiropas Savienības pamattiesību hartā, kas izstrādāta XX/XXI gadsimta mijā, papildu visam minētajam iekļauts aizliegums personu diskriminēt ģenētisko īpatnību, invaliditātes, vecuma vai dzimumorientācijas dēļ. Latvijā daudz pārspriedumu izraisījusi 2011. gada Eiropas Padomes Konvencija par vardarbības pret sievietēm un vardarbības ģimenē novēršanu un apkarošanu diskriminācijas aizliegumam pievieno vēl vienu papildu kritēriju: “dzimuma identitāte jeb dzimte (*gender*)” (Eiropas Padome, 2011). Dziļāk netiks analizēti aizvien jaunie kritēriji, kas iekļauti starptautiskajos cilvēktiesību dokumentos.

Būtisks ir fakts, ka laika gaitā tikuši atpazīti arī citi sabiedrībā valdoši aizspriedumi pret dažādām sabiedrības grupām, kas kavē patiesas līdztiesības sasniegšanu sabiedrībā, lai veidotu iekļaujošu sabiedrību, kurā ikviens ir pilnvērtīgs un iederīgs. Katrā no minētajiem dokumentiem likumdevējs, nosakot diskriminācijas aizlieguma kritērijus, sava laika valdošajā izpratnē ir centies izsmeltoši ietvert visus sabiedrībā dominējošos stereotipus un aizspriedumus, kas liedz ikvienas personas tiesības uz līdztiesību, stigmatizējot kādu sabiedrības grupu. To sekmēja gan idejas par ikviena cilvēka cieņas nozīmību aizvien niansētāka izpratne, kas tiesībās tika nostiprināta arī ar nacionālo konstitucionālo tiesu un starptautisko cilvēktiesību tiesu spriedumiem.

Brīvo cilvēku sabiedrība, kurā ir augsta sociālā mobilitāte⁷, piemēram, tiesības mainīt dzīvesvietu, reliģisko pārliecību, utt., ir multikulturāla. Multikulturālā sabiedrībā iederas tiesiskais plurālisms (Cotterrell, 2018, pp. 75–88), proti, jāveido tiesības, kas sekmē ikvienas personas brīvību, sniedzot ikvienai personai aizsardzību un uzliekot atbilstošus pienākumus. Taču tiesiskais plurālisms nenozīmē, ka valsts atkāpjas vai norobežojas no sociālo vērtību aizsardzības ar tiesību palīdzību. Tieši otrādi – multikulturālā sabiedrībā, kas veidota no lielākām un mazākām grupām ar to specifisko, bieži būtiski atšķirīgo juridisko kultūru, pieaug valsts loma, jo nepieciešams sabiedrību saliedējošs spēks, kas nostiprina sabiedrības kolektīvo identitāti kā pilsoniskās sabiedrības locekļu kopējo konstitucionālo identitāti. (Eisenstadt, 2007, p. 241) Tieši valstij ar tiesību starpniecību ir jāgarantē visu sabiedrību vienojošo vērtību iedzīvināšana tiesību sistēmā un to aizsardzība, arī lietojot valsts piespiedu varu. Sabiedrību vienojošās vērtības un to aizsardzības juridiskie pamati ir stabili un konkrēti. Tie visupirms atrodami vispārējos tiesību principos un konstitūcijā un ir saistoši gan sabiedrības locekļiem, gan arī likumdevējam. (Rezevska, 2015, 148. lpp.) Tātad mūsdienu Rietumu demokrātijas mērķis ir sekmēt un atbalstīt brīvu, vienlīdzīgu cilvēku sabiedrību.

Ja mēs runājam par tiesībām pašnoteikties, tiesībām lemt par savu dzīvi, tad tieši šīs tiesības ir visdinamiskāk mainījušās minēto konceptu ietvaros. Līdz XX gadsimtam pilntiesību baudīja neliela sabiedrības daļa: pilngadīgi, mentāli veseli baltie vīrieši. Pēc vīra, ģimenes tēva gribas varēja tikt ierobežota gan sievas, gan nepilngadīgu bērnu brīvība, arī ievietojot viņus garīgās dziednīcās. Sieviešu emancipācija, kas dažādās Eiropas valstīs ilga līdz pat XX gadsimta 80. gadiem, šo situāciju mainīja. (König, 2013, S. 140, 141)

Saskaņā ar pacienta autonomijas principu ikvienam rīcībspējīgam pacientam ir tiesības būt informētam un tiesības uz aktīvu līdzdalību lēmumu pieņemšanā par tām metodēm un līdzekļiem, kas tiek izmantoti viņa ārstēšanā, un viņam tiek nodrošinātas tiesības ne vien saņemt medicīnisko aprūpi, bet arī atteikties

7 Socioloģijā ar sociālo mobilitāti saprot visplašākās iespējas personai mainīt savu dzīvi, tostarp savu vietu sabiedrībā, sociālās lomas un vietu sociālajā stratifikācijā. (Heath & Li, 2024, p. 5)

no tās, pat ja atteikšanās dēļ varētu tikt nodarīts kaitējums viņa veselībai un dzīvībai. (Kadile, 2023, 22., 23. lpp.) Tās ir ikviena pacienta tiesības, arī pacientu ar mentālām problēmām. Par pacienta ar garīgu invaliditāti privātautonomijas robežām ir spriedusi arī Eiropas Cilvēktiesību tiesa, piemēram, 2004. gada spriedumā *Case of Glass v. the United Kingdom* tiesa secināja, ka “iestāžu lēmums ignorēt personas iebildumus pret ierosināto ārstēšanu bez tiesas atļaujas ir radījis Konvencijas 8. panta pārkāpumu” (European Court of Human Rights, 2004).

Personas ar garīgu invaliditāti tiesības uz privātautonomiju

Taču doma, ka arī personai ar garīgu invaliditāti ir cilvēka cieņa, kas iekļauj tiesības pašnoteikties, radās vēl vēlāk. Sabiedriskā doma tradicionāli cilvēkus ir dalījusi normālajos un ne-normālajos. Katra sabiedrība izstrādā normatīvo struktūru, kurā fiksē “normālas” uzvedības etalonu. Tā sabiedrība pauž savu kolektīvo attieksmi par visu kolektīvā vai ārpus tā notiekošo. Sociologi pētījumus ir atzinuši, ka ikvienā sabiedrībā tiek noteiktas personas uzvedības robežas, ko šī sabiedrība atzīst par pieņemamām jeb normālām. “Normalitātes” jeb pareizas uzvedības robežas nosaka sabiedrības vairākums. (Aron, 1999, p. 76) Sociālie fenomeni un attiecības tiek vērtēti atbilstoši sabiedrības kopējai vērtību skalai kā pozitīvi vai negatīvi un, vadoties no šī vērtējuma, tiek konstatēta uzvedības “normalitāte” jeb atbilstība pastāvošajām normām vai uzvedības “anormalitāte”, patoloģija jeb neatbilstība pastāvošajām normām un vērtībām. No tā izriet sabiedrības novērtējums par atsevišķu personu vai sociālo grupu konformismu jeb iekļaušanos sabiedrībā vai neatbilstošu uzvedību, deviāciju, kas ir novirze no sociālās normas. (Hirst, 2010, p. 74) Ja kāds tiek uzskatīts par “nenormālu”, tad saskaņā ar šo sabiedrības priekšstatu modeli viņš nevar baudīt tādas pašas tiesības, rīcības brīvību, kā “normāls”. Taču cilvēktiesību attīstība visu ir mainījusi, jo, izprotot, ka daļu sabiedrības ierobežo, vadoties no vairākuma priekšstatiem par normālu uzvedību, kas, starp citu, dažādās kultūrās ir atšķirīga, ar tiesībām tiek sekmēts, lai sabiedrība pārskatītu savu attieksmi, proti, lai arī cilvēkiem ar mentālām problēmām tiktu ierādīta cieņpilna vieta iekļaujošā sabiedrībā. Viena gadsimta laikā no mentālu slimību ārstēšanas ar sadistiskiem līdzekļiem (aukstām vannām, lobotomiju, elektrošoku),⁸ XXI gadsimtā esam nonākuši pie prasībām pēc humānām ārstniecības metodēm. Savukārt juridiski tiek mainīti koncepti par to, cik lielā mērā personas ar garīgu invaliditāti var lemt pašas par savu dzīvi un kā to īstenot. (Sheldon, Williams & Joiner, 2008, p. 43.)

Latvijas tiesību sistēmā pagrieziena punkts bija 2010. gada Satversmes tiesas spriedums lietā Nr. 2010-38-01, kurā garā slima persona apstrīdēja Civillikuma

8 Plašāk mentālās veselības dziedināšanas vēsture ir aprakstīta, piemēram, Vaczy Kragh, J. (2021) *Lobotomy Nation: The History of Psychosurgery and Psychiatry in Denmark*. [N. p.]: Springer Nature.

358. pantu, ka “[g]arā slimie, kam trūkst visu vai lielākās daļas garīgo spēju, atzīstami par rīcības nespējīgiem un tiesiski nespējīgiem pārstāvēt sevi un pārvaldīt savu mantu un ar to rīkoties, kādēļ pār viņiem ieceļama aizgād-nība”. (Satversmes tiesa, 27.12.2010.) Proti, visiem “garā slimajiem” tika pilnībā atņemta rīcībspēja. Pieteikuma iesniedzēja ar medikamentiem kontrolēja savu slimību un bija spējīga pilnvērtīgi iekļauties sabiedrības dzīvē, arī vēlējas dibināt ģimeni. Taču likums viņai to liedza. Satversmes tiesa secināja, ka ierobežo-jums ir nesamērīgs, jo pastāv alternatīvi līdzekļi, kas personas tiesības ierobežo mazāk, jo “pastāv dažādas metodes, ko valsts var izmantot cilvēktiesību prasībām atbilstoši rīcībspējas ierobežošanai. Piemēram var minēt daļēju rīcībspējas ierobežošanu, atbalstu lēmuma pieņemšanā, personiskos asistentus, iepriekš izteikto norādījumu ievērošanu utt. Tāpat dažādās valstīs izraudzītie modeļi ir atšķirīgi. Daļēja rīcībspējas ierobežošana paredzēta lielā daļā Eiropas valstu, piemēram, Čehijā, Horvātijā, Igaunijā, Polijā, Vācijā un citur. Tā, piemēram, Igaunijas Civilkodekss noteic, ka gadījumos, kad personai iecelts aizgādnis, tās rīcībspēja uzskatāma par ierobežotu tajos jautājumos, attiecībā uz kuriem iecelts aizgādnis. Tādējādi tiesai katrā konkrētajā gadījumā jāizlemj, kuras darbības persona nespēj saprast un vadīt un attiecībā uz kurām tai tādēļ būtu ieceļams aizgādnis. Savukārt Nīderlandē un Luksemburgā atsevišķi no aizgādības insti-tūta paredzēta iespēja noteikt personai uzraugu. Turpretim Norvēģijā persona ar garīgās veselības traucējumiem var slēgt līgumus, bet atsevišķos gadījumos aizgādnis var prasīt to anulēšanu.” (Satversmes tiesa, 27.12.2010.) No šī brīža Latvija iekļaujas to valstu saimē, kuras veido iekļaujošu sabiedrību, kurā vienlī-dzību un cilvēka cieņu bauda arī “garā slimie” cilvēki.

Secinājumi

1. Latvijas sabiedrībai pēdējos gadu desmitos ir bijis jāmaina priekšstats par daudziem jautājumiem, jo okupācijas laikā sabiedrības prātos padomju varas ar propagandu nostiprinātie priekšstati neatbilst mūsdienu Eiropas kopējām vērtībām. Šādi priekšstati visupirms ir izpratne par ikviena cilvēka vērtību, cilvēka cieņu un tas, cik tālu valsts intereses drīkst vai nedrīkst prevalēt pār cilvēka tiesībām uz pašnoteikšanos un vienlīdzību.
2. Rietumu kultūrā ir ievērojami paplašinājušās personas brīvības robežas, ko noteica gan cilvēktiesību un pamattiesību straujā attīstība, gan jauno tehnoloģiju piedāvātās iespējas. Tāpat ir mainījusies izpratne par to, kam pienākas līdztiesība. Līdztiesīgo lokā tikušas iekļautas arī personas, kas pieder grupām, kuras sabiedrība iepriekš ir noniecinājusi un marginalizējusi, atstumjot kā “nenormālas”.
3. XXI gadsimtā Eiropas valstis ir nonākušas pie prasībām pēc humānām ārstniecības metodēm, kā arī aktualizēts ir jautājums par personu ar garīgu

- invaliditāti tiesībām, visupirms tiesībām uz privātautonomiju, proti, cik tālu persona ar garīgu invaliditāti ir tiesīga lemt par savu dzīvi, tostarp būt informēta par ārstniecības gaitu un pieņemt lēmumus par savas veselības aprūpi.
4. Pēdējos gadu desmitos juridiski tiek mainīti koncepti par to, cik lielā mērā personas ar garīgu invaliditāti var lemt pašas par savu dzīvi. Veidojot iekļaujošu sabiedrību Latvijā, būtisks ir Satversmes tiesas 2010. gada spriedums lietā Nr. 2010-38-01, kas gan likumdevējam, gan visai sabiedrībai lika pārskatīt priekšstatu par mentāli slimas personas privātautonomiju.

IZMANTOTĀ LITERATŪRA

TIESĪBU AKTI

Starptautiskie tiesību akti

ANO (1948) *Vispārējā cilvēktiesību deklarācija*. Pieņemta un pasludināta ar Ģenerālās Asamblejas 1948. gada 10. decembra 217.A(III) rezolūciju. https://www.vvc.gov.lv/lv/starptautiskie-tiesibu-akti/un-universal-declaration-human-rights-1948?utm_source=https%3A%2F%2Fwww.tiesibsargs.lv%2F [skatīts 10.09.2024.].

Eiropas Padome (1950) *Cilvēka tiesību un pamatbrīvību aizsardzības konvencija*. <https://likumi.lv/ta/lv/starptautiskie-ligumi/id/649> [skatīta 18.09.2024.].

Eiropas Padome (2011) *Konvencija par vardarbības pret sievietēm un vardarbības ģimenē novēršanu un apkarošanu*. <https://rm.coe.int/1680462538> [skatīts 18.09.2024.].

Eiropas Parlaments, Padome un Komisija (2016) *Eiropas Savienības pamattiesību harta*. <https://eur-lex.europa.eu/lcl-content/LV/TXT/?uri=celex%3A12016P%2FTXT>

Latvijas Republikas tiesību akti

Latvijas Tautas padomes politiskā platforma. Pieņemta Latvijas Tautas padomes sēdē Rīgā 1918. gada 18. novembrī. No: *Latvijas valsts tiesību avoti. Valsts dibināšana – neatkarības atjaunošana: dokumenti un komentāri*. (2015) J. Lazdiņa zin. red. Rīga: Tiesu namu aģentūra, 55., 56. lpp.

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

TIESU PRAKSE

European Court of Human Rights (2004) Decision 2004-II: Case of Glass v. the United Kingdom. App. No. 61827/00. <https://hudoc.echr.coe.int/eng#%7B%22itemid%22:%5B%22001-61663%22%5D%7D> [skatīts 30.01.2025.].

Satversmes tiesa (27.12.2010.) Spriedums lietā Nr. 2010-38-01. https://www.satv.tiesa.gov.lv/wp-content/uploads/2016/02/2010-38-01_Spriedums.pdf [skatīts 18.09.2024.].

LITERATŪRA UN CITI AVOTI

Aron, R. (1999) *Main Currents in Sociological Thought: Durkheim, Pareto, Weber*. Vol. 2. London and New York: Routledge, p. 76.

[B. a.] (17.01.1976.) Padomju pase. *Progress*, Nr. 8.

Balodis, K. (2007) *Ievads civiltiesībās*. Rīga: Zvaigzne ABC, 77. lpp.

Cotterrell, R. (2018) *Sociological Jurisprudence. Juristic Thought and Social Inquiry*. London, New York: Routledge, 2018, pp. 75–88, 159.

Eisenstadt, S. N. (2007) The resurgence of religious movements in processes of globalization – beyond the end of history or the clash of civilizations. In: Koenig, M., de Guchteniere, P. (eds). *Democracy and Human Rights in Multicultural Societies*. Hampshire, Burlington: Ashgate, p. 241.

Ēriksens, T. H. (2010) *Mazas vietas – lieli jautājumi. Ievads sociālantropoloģijā*. Rīga: LU Akadēmiskais apgāds, 68. lpp.

Hawley, M. C. (2019) Cicero's duties and Adam Smith's sentiments: how Smith adapts Cicero's account of self-interest, virtue, and justice. In: *History of European Ideas*, 45 (5), pp. 705–720.

Heath, A., Li, Y. (2024) *Social Mobility*. [N. p.]: Wiley, p. 5.

Hirst, P. Q. (2010) *Durkheim, Bernard and Epistemology (Routledge Library Editions: Emile Durkheim)*. [N. p.]: Routledge, p. 74.

Jordan, I. (2014) Planning death: Debates on euthanasia, end of life care and living wills in Germany since the 1970s. In: Braun, K. (ed.). *Between Self-Determination and Social Technology Medicine, Biopolitics and the New Techniques of Procedural Management*. Bielefeld: transcript Verlag, p. 74.

Kadīle, L. (2023) *Pacienta lemtspējas vērtēšanas procesa pilnveide Latvijā: tiesiskā, ētiskā un klīniskā perspektīva*. Promocijas darbs. Rīga: Latvijas Universitāte, 22., 23. lpp.

Klabis, R. (25.03.1958.) Mana padomju pase. *Padomju Karogs*, Nr. 35.

Kēnings, M. *Cilvēktiesības*. [D. Plikšas tulk. latv. val.]. Rīga: Tiesu namu aģentūra, 117. lpp.

Koenig, M., de Guchteniere, P. (eds). (2007) *Political Governance of Cultural Diversity*. In: *Democracy and Human Rights in Multicultural Societies*. Hampshire, Burlington: Ashgate, 2007, pp. 6–15.

König, R. (2013) *Familiensoziologie*. Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag, S. 140, 141.

Kučs, A. Pamattiesības. (2024) No: *Publiskās tiesības. Ievads*. Zin. red. I. Ziemele, S. Osipova. Rīga: Tiesu namu aģentūra, 716. lpp.

Lorenzi, J. H., Berrebi, M. (2019) *Progress or Freedom: Who Gets to Govern Society's Economic and Technological Future?* [N. p.]: Springer, pp. 1–13.

Meder, S., Duncker, A., Czelk, A. (Hg.) *Frauenrecht und Rechtsgeschichte: die Rechtskämpfe der deutschen Frauenbewegung Rechtsgeschichte und Geschlechterforschung*. Köln, Weimar: Böhlau Verlag, 2006, S. 176, 177.

Osipova, S. (2020) Brīvība – tiesību normās un tiesiskajā apziņā. No: *Starptautisko un Eiropas Savienības tiesību piemērošana nacionālajās tiesās*. Latvijas Universitātes 78. starptautiskās zinātniskās konferences rakstu krājums. Rīga: Akadēmiskais apgāds, 333.–340. lpp.

Plaudis, J. (atdz.) (1950, 1. maijs) Majakovskis, V. Padomju pase. *Padomju Latvijas Kolhoznieks*, Nr. 5, 11. lpp.

Rezevska, D. (2015) *Vispārējo tiesību principu nozīme un piemērošana*. Rīga: Daiga Rezevska, 148. lpp.

Sandkühler, H. J. (2016) *Menschenwürde und Menschenrechte: Über die Verletzbarkeit und den Schutz der Menschen*. München: Verlag Karl Alber, S. 271, 272.

Sheldon, K. M., Williams, G., Joiner, T. (2008) *Self-Determination Theory in the Clinic: Motivating Physical and Mental Health*. [Yale]: Yale University Press, p. 43.

Vaczy Kragh, J. (2021) *Lobotomy Nation: The History of Psychosurgery and Psychiatry in Denmark*. [N. p.]: Springer Nature.

Wallau, Ph. (2006) *Die Menschenwürde in der Grundrechtsordnung der Europäischen Union. Kommunikationswissenschaft*. Wiesbaden: Springer-Verlag, S. 23.

Горький, М. (1902/2008) *На дне*. Санкт Петербург: Издательство “Азбука”, с. 210.

Маяковский, В. В. (1967) Стихи о советском паспорте. *Стихи*. Москва: Художественная литература, с. 9.

Cilvēktiesībās balstīta cilvēku ar garīgiem traucējumiem veselības aprūpe

Human rights-based approach to providing mental health care

Solvita Olsena

 0000-0003-4540-3711

KOPSAVILKUMS

Cilvēktiesībās balstīta cilvēku ar garīgiem traucējumiem mūsdienīga, cieņpilna un kvalitatīva veselības aprūpe ir demokrātiskas valsts pienākums. Šajā rakstā ir raksturoti cilvēktiesībās balstītas garīgās veselības aprūpes principi un analizēts Latvijas tiesību aktos ietvertais regulējums. Rakstā vērtēta Latvijas tiesību atbilstība vispārzināmiem cilvēktiesību principiem, īpaši tiem, kuri ietverti ANO Konvencijā par personu ar invaliditāti tiesībām. Rakstā ir izteikti priekšlikumi veselības aprūpes tiesību aktu reformām Latvijā garīgās veselības aprūpes un aizsardzības jomā, norādīts to pamatojums un potenciālie ieguvumi. Rakstā parādīts, kā, izmantojot uz tiesībām balstītus risinājumus, izskaust cilvēku ar garīgiem traucējumiem diskriminēšanu un stigmatizāciju, kā nodrošināt personas autonomiju un pašnoteikšanās tiesību aizsardzību un īstenošanu, kā panākt personu iekļaušanu un līdzdalību gan individuālos, gan kopējos veselības aprūpes organizācijas un likumdošanas procesos. Raksta uzdevums, pirmkārt, ir veidot un nostiprināt izpratni par cilvēku ar garīgiem traucējumiem cilvēktiesību aizsardzības nozīmību un vērtību kā veselības aprūpē, tā demokrātiskā un tiesiskā valstī kopumā. Otrkārt, veicināt cilvēkcentrētas un cieņpilnas garīgās veselības aprūpes iespējas Latvijā.

Atslēgvārdi: garīgā veselība, garīgi traucējumi, intelektuālās attīstības traucējumi, cilvēktiesībās balstīta pieeja, garīgās veselības aprūpe, veselības aprūpes tiesības, garīgās veselības aprūpes tiesību reforma.

SUMMARY

As a democratic state, Latvia is responsible for providing human rights-based, modern, respectful and high-quality healthcare for people with mental health conditions. This article outlines the principles of human rights-based mental healthcare and analyses the current legal framework for healthcare in Latvia. An assessment is made of the extent to which Latvian legislation complies with widely recognised human rights principles, particularly those set out in the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities. Recommendations are offered for reforming Latvian health care legislation in the field of mental health care, indicating the rationale and potential benefits of these reforms. It is demonstrated how rights-based solutions can eliminate the discrimination and stigmatisation of people with mental health conditions and ensure the protection and realisation of human rights. Proposals to strengthen the inclusion and participation of individuals in healthcare processes are advanced, alongside their engagement in the organisation and legal regulation of healthcare. The author aims to raise awareness of the importance of protecting the human rights of people with mental health conditions in healthcare, as well as democratic and lawful societies.

Keywords: mental health, mental disorders, intellectual disorders, human rights-based approach, mental healthcare, health care law, reform of mental healthcare law.

Ievads

“Cilvēka cieņa ir Latvijas – neatkarīgas un demokrātiskas tiesiskas valsts – konstitucionāla vērtība un ikviena cilvēka pamattiesība neatkarīgi no jebkādiem nosacījumiem. No sociāli atbildīgas valsts principa, kas balstīts uz cilvēka cieņu, izriet valsts pienākums rūpēties par taisnīgu sociālo kārtību, mazinot sabiedrībā sociālās atšķirības, sekmējot sociālo iekļaušanu un katrai iedzīvotāju grupai sniedzot iespēju dzīvot tādu dzīvi, kas atbilst cilvēka cieņai.” (Satversmes tiesa, 2020b, 20.1. punkts)

Nav šaubu, ka cilvēkiem ar garīgiem traucējumiem¹, tāpat kā ikvienam cilvēkam, neatkarīgi no garīgiem vai fiziskiem traucējumiem piemīt cilvēka cieņa. No Latvijas Republikas Satversmē noteiktā sociāli atbildīgas valsts principa izriet valsts pienākums rūpēties par tādu kārtību, kas sekmē cilvēku (arī to, kuriem piemīt veselības traucējumi) sociālo iekļaušanu, tostarp izdodot tiesību normas un organizējot veselības aprūpi. Satversme nosaka valsts pienākumu nodrošināt iespēju dzīvot cilvēka cieņai atbilstošu dzīvi arī tad, ja persona saņem veselības aprūpes pakalpojumus.

Cilvēktiesībās balstīta pieeja (angļu val. *human rights-based approach*) ir konceptuāls cilvēku un sabiedrības attīstības procesa ietvars, kas normatīvi balstās uz starptautiskajiem cilvēktiesību standartiem un praktiski ir vērst

1 Jēdziena skaidrojumu skatīt rakstu krājuma 265. lpp.

uz cilvēktiesību veicināšanu un aizsardzību. (United Nations Sustainable Development Group, n.d.) Ievērojot cilvēktiesību universālo raksturu, veselības aprūpes sistēmas tiesiskajiem, organizatoriskajiem un praksē izmantojamiem risinājumiem ir jābūt balstītiem uz cilvēktiesību aizsardzības principiem un normām. Cilvēktiesībās balstīta veselības aizsardzība un aprūpe, arī garīgās veselības jomā, ir demokrātiskas un tiesiskas valsts uzdevums, kuras pamatus nosaka Satversme un Latvijai saistoši starptautiski līgumi. Sīkāk un precīzāk šo tiesību īstenošanas un aizsardzības procesi ir jānosaka tiesību normu izdevējiem, Latvijā tie ir Saeima un Ministru kabinets. Cilvēktiesībās balstītas pieejas pamatā ir pacientu tiesību, kas to klasiskā izpratnē ir cilvēktiesības veselības aprūpē, normatīvais ietvars, kurā precīzi un detalizēti ir noteikts, kāda kārtība ir jāievēro ārstniecības personu un iestāžu tiesiskajās attiecībās ar cilvēkiem, kuri ir veselības aprūpes pakalpojumu lietotāji jeb pacienti. Ārstniecības iestādēm un ārstniecības personām, kuras ir pacientu tiesību normu piemērotāji, tiesību aktos ir noteikti obligāti uzdevumi, kuri izpildāmi, lai nodrošinātu cilvēktiesību aizsardzību katra individuāla pacienta ārstēšanā.

Latvijā pastāvošais garīgās veselības aizsardzības un veselības aprūpes regulējums līdz šim pārlieku maz ir balstīts uz cilvēktiesību principiem un normām. Citās veselības aprūpes jomās, piemēram, infekcijas slimību ārstniecībā, izpratne par cilvēktiesību aizsardzību un to ievērošanas prakse ir būtiski attīstījusies. Diemžēl garīgās veselības aprūpē gan izpratne, gan tiesiskais regulējums joprojām ir balstīts uz novecojušiem uzskatiem par garīgo veselību un par cilvēku ar garīgiem traucējumiem tiesību aizsardzību. Latvijas tiesību normas paredz ne tikai diskriminējošu attieksmi pret cilvēkiem ar garīgiem traucējumiem, bet arī pieļauj cilvēktiesības būtiski aizskarošu rīcību, tostarp cilvēku piespiešanu un traumatizāciju psihiatriskās ārstniecības iestādēs. Latvijā pastāvošais garīgās veselības aprūpes regulējums neatbilst Latvijas starptautiskajām saistībām cilvēku ar invaliditāti tiesību aizsardzībā. Tas apdraud cilvēku ar garīgiem traucējumiem tiesības līdzvērtīgi ar citiem cilvēkiem baudīt pamattiesības un būt pasargātiem no pārmērīgas vai prettiesiskas valsts varas vai varas pozīcijā esošu personu, piemēram, ārstu, prokuroru vai tiesnešu, ietekmes ne tikai ārstniecības iestādēs, bet arī tiesību aizsardzības iestādēs.

Cilvēku veselība un tās traucējumi var izpausties daudzos un dažādos veidos. Daudzi cilvēki dzīves laikā cieš no dažādiem garīgās veselības traucējumiem. Cilvēkiem ar garīgiem traucējumiem ir neproporcionāli augstāks invaliditātes un mirstības risks. Piemēram, personām ar smagu depresiju un šizofrēniju ir par 40–60 % lielāka iespēja nomirt priekšlaikus nekā iedzīvotājiem kopumā, jo šīm personām ir pašnāvības risks un arī fiziskās veselības problēmas, kas bieži netiek risinātas (piemēram, ļaundabīgs audzējs, sirds un asinsvadu slimības, diabēts vai HIV infekcija). Pašnāvība ir otrs visizplatītākais nāves cēlonis jauniešu vidū visā pasaulē. (WHO, 2021b)

“Latvijas sabiedrībā joprojām valda aizspriedumi pret personām ar psihiskās veselības traucējumiem. Stigma un mūsdienīgu pakalpojumu nepieejamība kavē vēršanos pēc palīdzības, psihiskās veselības traucējumu savlaicīgu atklāšanu, ārstēšanu, kā arī saslīmušo cilvēku iekļaušanu sabiedrībā, tai skaitā veselības aprūpes sistēmā. Šāda novēlota palīdzības izmantošana bieži izraisa jau daudz smagāku kaitējumu veselībai ar grūti novēršamām, reizēm neatgriezeniskām sekām, kas rada ciešanas ne tikai pašam cilvēkam, bet arī viņa tuviniekiem un ir zaudējums visai sabiedrībai un valstij. Piemēram, Latvijā ir augsts nediagnosticētu depresiju īpatsvars un augsts pašnāvību skaits (īpaši viriešu vidū).” (Ministru kabinets, 2022)

Šeit precīzi ir norādīts, ka ievērojamās negatīvās sekas cilvēki un sabiedrība Latvijā izjūt tāpēc, ka Latvijā nav pieejama mūsdienīga, tostarp cilvēktiesībās balstīta, garīgās veselības aprūpe. Lai mazinātu ciešanas un kaitējumu, kuru cilvēkiem, viņu tuviniekiem un sabiedrībai kopumā rada stigmatizējoša un diskriminējoša², uz novecojušiem pieņēmumiem un ārstniecības pieejām balstīta garīgās veselības aprūpes sistēma, ir nepieciešama tiesību reforma garīgās veselības aizsardzības jomā. Pēc tam ir jāreformē garīgās veselības aprūpes pakalpojumu organizācija, tostarp ārstniecības personu izglītības un kompetenču jomā.

Šajā rakstā ir izanalizēts cilvēku ar garīgiem traucējumiem veselības aprūpes Latvijā tiesiskais ietvars no skatpunkta, kas balstīts uz cilvēktiesībām. Rakstā ir aplūkots, kā Latvijai saistošās starptautisko un nacionālo tiesību normas piemērojamas personu ar garīgiem traucējumiem tiesību aizsardzībai veselības aprūpē. Tiek parādīts, kā Latvijas nacionālais regulējums atbilst vai neatbilst starptautiski un Latvijā atzītiem principiem un kas būtu darāms, lai mazinātu neatbilstību un izveidotu mūsdienīgu veselības aprūpes sistēmu.

Tiesību aktu sistēmiskai analīzei izmantota metodoloģija un ieteikumi, kas ietverti Pasaules veselības organizācijas (PVO) 2023. gadā publicētajā dokumentā *Mental health, human rights and legislation: Guidance and practice* (latv. val. “Garīgā veselība, cilvēktiesības un tiesību akti: vadlīnijas un prakse”; WHO, 2023). PVO vadlīniju pamatā ir plaši atzīti un tiesību aktos nostiprināti cilvēktiesību aizsardzības principi. Tajās labi pamatots, kāpēc un kādas tieši tiesību aktu izmaiņas vajadzīgas, kā organizēt un īstenot piekļuvi kvalitatīviem, uz personu vēršiem un sabiedrībā/kopienā orientētiem garīgās veselības aprūpes pakalpojumiem. Izmantojot piemērus, vadlīnijās ir parādīts, kā ar tiesību aktu izdošanu un ieviešanu iespējams mazināt un izskaust stigmatizāciju un diskrimināciju veselības aprūpē, un plašāk – kā panākt kvalitatīvu un efektīvu veselības aprūpi. Šajā rakstā ir izteikti priekšlikumi, kā būtu jārikojas likumdošanas, politikas plānošanas un ricībpolitikas procesos, lai Latvijā ieviestu cilvēku ar garīgiem traucējumiem veselības aizsardzības un veselības aprūpes sistēmu, kas balstīta uz cilvēktiesībām.

2 Jēdziena “stigmatizācija” skaidrojumu skatīt krājuma 269. lpp., “diskriminācija” – 264. lpp.

Šajā rakstā nav iekļautas vairākas tēmas, kas svarīgas cilvēktiesībās balstītai pieejai garīgās veselības aizsardzībā, tostarp cieņpilnas un iekļaujošas valodas lietošana, cilvēku ar garīgiem traucējumiem tiesību nodrošināšana tiesību aizsardzības procesos, tiesības uz piemērotiem dzīves un darba apstākļiem sabiedrībā. Tās ir analizētas šajā rakstu krājumā iekļautajā darbā “Cilvēktiesībās balstītas garīgās veselības aizsardzības attīstības iespējas Latvijā”. Autore iesaka abus rakstus lasīt secīgi.

Šajā rakstā netiks aplūkota Krimināllikuma normās noteiktā medicīniskā piespiedu līdzekļu piemērošana cilvēkiem ar garīgiem traucējumiem, jo šo tēmu ir nepieciešams atsevišķi pētīt un analizēt.

Cilvēktiesībās balstītas garīgās veselības aprūpes tiesību attīstības konstitucionālais ietvars

Latvijas starptautiskie partneri – Apvienoto Nāciju organizācija (ANO), tās izveidotā PVO un ANO Augstā cilvēktiesību komisāra birojs, kā arī citas starptautiskās cilvēktiesību institūcijas – aicina dalībvalstis reformēt pastāvošās sistēmas un ieviest cilvēktiesībās balstītu pieeju garīgās veselības jomā.

Starptautiskie cilvēktiesību instrumenti, īpaši Apvienoto Nāciju organizācijas Konvencijas par personu ar invaliditāti tiesībām normas (ANO, 2006), paredz dalībvalsts, arī Latvijas, publisku un privātu institūciju pienākumu mainīt attieksmi jeb paradigmu pret cilvēkiem ar garīgiem traucējumiem ne tikai veselības aprūpē, bet plašāk. Valsts tiek aicinātas garīgās veselības aprūpē nomainīt novecojušo biomedicīnisko modeli³ ar atbalstā balstītu modeli, kas veicinātu cilvēku cieņas un autonomijas aizsardzību un iekļaušanu sabiedrībā. (WHO, 2023) Latvija ir Konvencijas par personu ar invaliditāti tiesībām dalībvalsts kopš 2010. gada, tāpēc Latvijā ir jāievieš un jāpilda konvencijā noteiktās prasības ne tikai formāli, bet arī pēc būtības. Satversmes tiesa jau 2010. gadā ir atzinusi, ka šī konvencija ir nozīmīga personu pamattiesību noteikšanā Latvijā. (Satversmes tiesa, 2010)

Cilvēktiesībās balstīta pieeja jau ilgāku laiku gan medicīnas tiesību doktrīnā, gan ANO komisiju un aģentūru, īpaši PVO, dokumentos tiek norādīta kā nepieciešams ietvars, kas ļauj attīstīt uz pacientu orientētus (angļu val. *patient-centred*) veselības aprūpes risinājumus un tādējādi sasniegt labākus veselības aprūpes rezultātus. Cilvēktiesībās balstīta pieeja veselības aprūpē jau ilgāku laiku ir ANO speciālā ziņotāja par tiesībām uz augstāko iespējamo fiziskās un garīgās veselības līmeni darba vadmotīvs. (Olsena, 2022a)

Cilvēktiesību aizsardzību veselības aprūpē paredz arī Eiropas Padomes Cilvēktiesību konvencijas (Eiropas Padome, 1950) un Konvencijas par cilvēktiesību

3 Jēdziena “biomedicīniskais modelis” skaidrojumu skatīt 263. lpp.

un cieņas aizsardzību bioloģijā un medicīnā (Eiropas Padome, 1997) normas, kā arī citi starptautiskie cilvēktiesību līgumi un to piemērošanas dokumenti, piemēram, dažādas Eiropas Padomes rekomendācijas. Latvijā cilvēku, arī cilvēku ar garīgiem traucējumiem, pamattiesības noteiktas Satversmes XIII nodaļā. Cilvēka cieņas aizsardzības pienākumu nosaka Satversmes 95. pants un Satversmes preambula, tiesības uz vienlīdzību ar citiem cilvēkiem un tiesības būt pasargātiem no diskriminācijas – Satversmes 91. pants: “Visi cilvēki Latvijā ir vienlīdzīgi likuma un tiesas priekšā. Cilvēka tiesības tiek īstenotas bez jebkādas diskriminācijas.” Cilvēku dzīvību aizsargā Satversmes 93. pants, tiesības uz brīvību un ķermeņa neaizskaramību – 94. pants, bet privātās dzīves tiesības – Satversmes 96. pants. Valsts pienākumu aizsargāt garīgo veselību un pienākumu nodrošināt medicīnisko palīdzību garīgās veselības traucējumu gadījumos nosaka Satversmes 111. pants: “Valsts aizsargā cilvēku veselību un garantē ikvienam medicīniskās palīdzības minimumu.” (Satversmes Sapulce, 1922)

Personas ar invaliditāti saskaņā ar Konvencijas par personu ar invaliditāti tiesībām 1. pantā noteikto ir personas, kurām ir ilgstoši fiziski, garīgi, intelektuāli vai maņu traucējumi, kas mijiedarbībā ar dažādiem šķēršļiem var apgrūtināt to pilnvērtīgu un efektīvu līdzdalību sabiedrības dzīvē vienlīdzīgi ar citiem⁴. (ANO, 2006) Lai piemērotu šīs konvencijas normas, izšķirīga nozīme ir citētajā normā noteikto pazīmju pastāvēšanai, nevis formāli un administratīvi atzītam invaliditātes statusam, piešķirtai invaliditātes grupai. Latvijas Invaliditātes likuma 1. pantā noteikts, ka persona ar invaliditāti ir tikai tāda persona, kurai šajā likumā paredzētajā kārtībā ir noteikta invaliditāte (Saeima, 2010). Šajā likumā ietvertā definīcija ir šaurāka par to, ko ar jēdzienu “persona ar invaliditāti” saprot ANO Konvencijas par personu ar invaliditāti tiesībām kontekstā. Tāpēc var rasties situācija, ka personas ar garīgiem traucējumiem (turpmāk arī – GT) tiesības jānosaka saskaņā ar konvencijas normām, lai gan saskaņā ar Invaliditātes likuma normām persona nav uzskatāma par personu ar invaliditāti. Bieži šādas situācijas var rasties tad, ja cilvēkam traucējumi ir ilgstoši, bet viņš nav izpildījis formālās prasības invaliditātes noteikšanai, piemēram, vecuma dēļ.

No cilvēka cieņas aizsardzības prasības izriet pienākums respektēt cilvēku tiesības un neatļautā veidā tās neaizskart. Viens no veidiem, kā var aizskart cilvēka cieņu, – lietojot valodu un jēdzienus, kas nicīgi un aizskaroši norāda uz kādu cilvēku vai cilvēku grupu. Cilvēki ar garīgiem traucējumiem bieži tiek aizskarti ar diskriminējošiem izteicieniem. Tādi ir ietverti arī tiesību aktos, piemēram, Ārstniecības likuma 66. pantā ir norāde uz “psihiski slimajiem” (Saeima, 1997), un tiek lietoti ārstniecības iestādēs, piemēram, Strenču psihoneiroloģiskā slimnīca mājaslapā norāda, ka tā “sniedz ārstniecības pakalpojumus psihiski slimiem pacientiem” (Strenču psihoneiroloģiskā slimnīca, b. d.).

4 Sīkāku jēdziena “invaliditāte” skaidrojumu skatīt krājuma 266. lpp.

Cilvēku ar garīgiem traucējumiem diskriminācijas un stigmatizācijas novēršanas veselības aprūpē tiesiskais ietvars

Vispārīgam un visu veidu diskriminācijas aizliegumam ir jāattiecas uz visām darbībām garīgās veselības aprūpes sistēmā, arī uz piekļuvi ārstēšanai, piedāvātās ārstēšanas kvalitāti, konfidencialitāti, piekrišanu ārstēšanai un piekļuvi informācijai. (WHO, 2023, p. 32) Personas garīgo veselību, kā arī piekļuvi kvalitatīvai aprūpei un atbalstam, ietekmē daudzi faktori, tostarp personas vecums, dzimums, seksuālā orientācija, dzimuma pazīmes, dzimuma identitāte vai izpausme, invaliditāte, etniskā izcelsme, sociālekonomiskais statuss, migranta vai bēgļa statuss un citas identitātes pazīmes. (WHO, 2023, p. 9) Nav pieļaujams, ka kāda no šīm pazīmēm tiek izmantota tieši vai netieši diskriminējošā veidā.

ANO Konvencijas par personu ar invaliditāti tiesībām normās ietverts “iekļaujošas vienlīdzības” modelis, kas attiecas uz garīgās veselības aprūpi un atbalstu. Šim modelim ir četras dimensijas:

1. Atzišanas dimensija: stigmatizācijas, stereotipu, aizspriedumu un vardarbības apkarošana un savstarpējās saskarsmes atzišana;
2. Pārveides dimensija: sociālekonomiski nelabvēlīgu apstākļu novēršana;
3. Līdzdalības dimensija: cilvēku kā sociālo grupu locekļu sociālās būtības nostiprināšana un pilnīga cilvēcības atzišana, izmantojot iekļaušanu;
4. Pielāgošanas dimensija: telpas radīšana atšķirībām kā cilvēka cieņas jautājums. (WHO, 2023, p. 18)

Vērtējot pastāvošo tiesisko regulējumu un tiesību piemērošanas praksi, jāpārbauda, vai un kā tiesību normās ir noteikts stigmatizācijas un diskriminācijas garīgās veselības dēļ aizliegums un ierobežojums, vai un kādi pasākumi ir paredzēti, lai vērstos pret diskriminācijas un stigmatizācijas situācijām, kurās kāda persona ir cietusi.

Vienlīdzības princips un vispārīgs diskriminācijas aizliegums Latvijā ir noteikts Satversmes 91. pantā. Satversmes tiesa judikatūrā plaši ir attīstījusi metodoloģiju, kā noteikt, vai vienlīdzības princips ir ievērots un vai pastāv aizliegta diskriminējoša attieksme (Satversmes tiesa, 2022).

Pacientu tiesību likuma 3. panta otrās daļas normā ir noteikts atšķirīgas attieksmes aizliegums invaliditātes un veselības stāvokļa dēļ (Saeima, 2009). Turpat ir norādīts, ka atšķirīga attieksme ietver personas tiešu vai netiešu diskrimināciju, personas aizskaršanu vai norādījumu to diskriminēt. Savukārt šī paša panta trešās daļas normā ir paredzēts, ka atšķirīga attieksme saistībā ar kādu no šā panta otrajā daļā minētajiem apstākļiem pieļaujama tikai tādā gadījumā, ja tā ir objektīvi pamatota ar tiesisku mērķi, kura sasniegšanai izraudzītie līdzekļi ir samērīgi. Tā kā Pacientu tiesību likuma normā atšķirīga attieksme tiek pieļauta, pastāv iespēja, ka personas ar GT var piedzīvot diskrimināciju, ja tiesību piemērotājs, bet ne persona pati, uzskata, ka atšķirīga attieksme ir pamatota ar tiesisku

mērķi. Tāpēc vienmēr ir skrupulozi jāvērtē, vai atšķirīga attieksme, arī tad, ja tā ir pamatota ar leģitīmu mērķi, patiešām ir objektīvi nepieciešama. Secīgi jāvērtē, vai visi mazāk ierobežojošie līdzekļi ir piemēroti, kas ar tiem ir vai nav sasniegts un vai tie ir izsmelti (samērīguma pārbaude), kā arī vai nepastāv cits risinājums, kā vien personas tiesību ierobežošana.

Ārstniecības likuma 65. pants nosaka:

“Personām ar psihiskiem traucējumiem un psihiskām slimībām ir jānodrošina visas pilsoņa, politiskās, ekonomiskās un sociālās tiesības, kuras paredz likums. Psihiskie traucējumi vai psihiskā slimība nedrīkst būt par iemeslu cilvēka diskriminācijai.” (Saeima, 1997)

Formāli arī Ārstniecības likuma daļā par psihisko slimību ārstēšanu ir pateikts, ka psihiska slimība nedrīkst būt diskriminēšanas, proti, atšķirīgas attieksmes iemesls. Neskatoties uz to, turpat tālāk Ārstniecības likuma 68. un 69.¹ pantā likumdevējs ir ietvēris virkni personas ar garīgiem traucējumiem diskriminējošu normu, paredzot kārtību personas brīvības ierobežošanai, dažādu veidu piespiešanai un privātās dzīves ierobežošanai tieši tāpēc, ka personai tiek noteikta psihiskās veselības traucējumu esamība. Cilvēktiesībās balstītā veselības aprūpē liegt brīvu un apzinātu piekrišanu ārstēšanai, proti, piespiest, pamatojoties uz garīgās veselības stāvokli vai psihosociālu invaliditāti, ir diskriminējoši (WHO, 2023, p. 33). Tāpēc secināms, ka Latvijas tiesību akti paredz cilvēku ar GT tiesību ierobežošanu diskriminējošā veidā. ANO Personu ar invaliditāti tiesību komiteja pamatoti ir aicinājusi Latviju atcelt tās tiesību normas, kas pieļauj personu ar invaliditāti piespiedu ievietošanu un ārstēšanu psihiatriskajās slimnīcās (UN CRPD, 2017), lai tā izskaustu diskrimināciju pret personām ar invaliditāti. Līdzīgas rekomendācijas komiteja ir izteikusi arī citām valstīm, jo personu ar GT piespiešana ir plaši izplatīta parādība.

Latvijā tiesību aktos tikai daļēji ir noteikts pienākums nodrošināt saprātīgus pielāgojumus garīgās veselības aprūpes pakalpojumu jomā. Saprātīgs pielāgojums nozīmē vajadzīgās un atbilstošās izmaiņas un korekcijas – ja tās konkrētā gadījumā ir nepieciešamas un neuzliek nesamērīgu vai nepamatotu slogu –, lai nodrošinātu, ka personas ar invaliditāti vienlīdzīgi ar citiem var izmantot vai īstenot visas cilvēktiesības un pamatbrīvības (ANO, 2006, 2. pants). Latvijā visām ārstniecības iestādēm ir pienākums nodrošināt vides pieejamību, proti, iespēju iekļūt tajās personām ar kustību traucējumiem. Pielāgojumi, kas būtu nepieciešami un saprātīgi pielāgojami personām ar garīgiem traucējumiem, piemēram, informācijas sniegšana vieglajā valodā, nav tiesību aktos noteikta prasība. Cilvēkiem ar GT var būt dažādas individuālas vajadzības, lai piekļūtu informācijai, to saprastu, lai pieņemtu lēmumus vai rīkotos, arī sadarbojoties ar ārstniecības vai sociālo pakalpojumu sniedzējiem. Saprātīgiem pielāgojumiem ir jāatbilst konkrētu personu vajadzībām, un to izmantošanai ir jāsasniedz mērķis – jāļauj, lai persona

var īstenot tiesības līdzīgi ar citiem. Piemēram, ja cilvēkam ir nepieciešama atbalsta personas vai tuvinieka palīdzība, tad ārstniecības iestāde šādas tiesības nedrīkst liegt, bet tās pienākums ir censties šīs tiesības nodrošināt saskaņā ar personas ieskatiem. Tāpēc veselības aprūpi reglamentējošos tiesību aktos ir jānosaka ārstniecības iestāžu pienākums nodrošināt saprātīgu pielāgojumu un jāparedz, ka saprātīga pielāgojuma atteikšana, ja tam nav objektīvi vajadzīgi nozīmīgi ieguldījumi (finansiāli, konstruktīvi sarežģīti) ir diskriminējoša rīcība.

Piemēram, Ārstniecības likuma 67. panta otrajā daļā iekļauta diskriminējoša prasība pacientiem ar garīgiem traucējumiem, kuriem ir objektīvas grūtības saprast (arī īslaicīgi) un lietot rakstisku dokumentu formu. Likumā paredzēts, ka pacientu var stacionēt tikai ar viņa rakstisku piekrišanu. (Saeima, 1997) Tāpēc arī slimnīcas vienmēr prasa pacientam parakstīt iepriekš sagatavotu rakstisku formu ne tikai par stacionēšanu, bet arī par ārstēšanu, nenorādot konkrētu tās saturu. Parakstu prasa arī tiem pacientiem, kuriem ir grūtības, nevērtējot to, ka persona ierobežoti spēj vai nespēj saprast un tāpēc šādā formā piekrišanu vai nepiekrišanu izteikt nevar. Vienlaikus slimnīcas ar iekšējās kārtības noteikumiem noteic, ka pacientam, kurš šādu “piekrišanas” dokumentu ir parakstījis, jāizpilda slimnīcas prasības un norādījumi bez tiesībām lemt par katru konkrētu ārstniecības pasākumu atsevišķi. Tāpēc gan Ārstniecības likuma 67. panta otrās daļas norma, gan tās piemērošanas prakse bieži rada diskriminējošas situācijas.

Tiesību aktos ir jānosaka prasības, kas novērš cilvēku ar GT diskrimināciju dažādās jomās, arī tajās, kas saistītas ar veselības aprūpi. Viena no tām ir veselības apdrošināšanas iespēja – gan tad, ja apdrošināšana ir pamatā valsts nodrošinātai veselības aprūpei, gan privāta veselības apdrošināšana. No ANO Konvencijas par personu ar invaliditāti tiesībām 25. panta e daļas izriet, ka Latvijai kā dalībvalstij ir jāaizliedz personu ar invaliditāti diskriminācija veselības apdrošināšanā, kā arī dzīvības apdrošināšanā, ja šāda apdrošināšana ir atļauta ar valsts tiesību aktiem, un jānosaka, ka tā jāsniedz taisnīgā un saprātīgā veidā (ANO, 2006). Latvijas tiesību akti neparedz ierobežojumus privātu apdrošināšanas pakalpojumu sniedzējiem pieprasīt un attiecībā uz personu nelabvēlīgi izmantot informāciju par personai piemītošiem garīgiem traucējumiem. Apdrošināšanas līguma likuma 7. panta pirmā daļa paredz, ka apdrošinātājs ir tiesīgs prasīt informāciju par apdrošinātās personas veselības stāvokli pirms apdrošināšanas līguma slēgšanas, lai izvērtētu riskus (Saeima, 2018). Tas norāda, ka apdrošinātājs ir tiesīgs izmantot informāciju par GT risku vērtēšanai un secīgi apdrošināšanas prēmiju noteikšanai vai tādu risku izslēgšanai no apdrošināšanas seguma, kas saistīti ar GT ārstēšanu vai citām sekām. Cilvēktiesībās balstīta pieeja prasa, lai tiesību aktos, arī Apdrošināšanas līguma likumā, būtu noteikts aizliegums veselības apdrošināšanas pakalpojumu sniedzējiem diskriminēt pakalpojumu lietotājus, pamatojoties uz invaliditāti, tostarp uz GT. Tiesību aktos būtu jānosaka, ka personām ar GT ir vienlīdzīga piekļuve veselības apdrošināšanai,

ka garīgās veselības aprūpes pakalpojumiem nedrīkst būt atšķirīgas prasības, salīdzinot ar citiem veselības aprūpes pakalpojumiem, ka tie ir iekļaujami apdrošinātāja piedāvātajos veselības apdrošināšanas pakalpojumos.

Stigmatizācija un diskriminācija rodas citu cilvēku negatīvas attieksmes un rīcības dēļ. Valsts amatpersonas, kuras izstrādā un pieņem tiesību aktus ar diskriminējošām normām, pastiprina stereotipus un aizspriedumus. Ja tiesību aktos un veselības aprūpē valda biomedicīniskais garīgās veselības modelis, ja tiek uzsvērta bioloģiskā izpratne par distresu un nav ņemta vērā vides un sociālo faktoru nozīme, tad šāda pieeja var pastiprināt stigmatizāciju un pašstigmatizāciju (WHO, 2023, p. 37). Latvijā tiesību aktos nostiprinātais biomedicīniskais modelis veicina un pastiprina stigmatizāciju, no tā cieš daudzi. PVO ieteikumi reformēt tiesību aktus var mazināt stigmas garīgās veselības dēļ. Piemēram, tiesību aktos un rīcībpolitikas dokumentos var noteikt pasākumus, kas mērķēti uz izpratnes par garīgo veselību veicināšanu un cilvēktiesībās balstītas pieejas piemērošanu. Piemēram, var noteikt prasību tiesībaizsardzības un ārstniecības iestāžu darbiniekiem iegūt un papildināt profesionālo kvalifikāciju personu ar invaliditāti tiesību aizsardzības jautājumos.

Tiesību aktos ir jāparedz tādi pasākumi, kas veicina ne tikai profesionāļu, bet arī sabiedrības informētību, un jānosaka konkrēti pasākumi, kas mazina ar garīgo veselību saistītu stigmatizāciju un diskrimināciju sabiedrībā. Pozitīvi ir vērtējams Latvijas Plānā personu ar invaliditāti vienlīdzīgu iespēju veicināšanai 2024.–2027. gadam iekļautais rīcības virziens stereotipu un aizspriedumu mazināšanai par invaliditātes jautājumiem (Ministru kabinets, 2024b, 5. punkts). Cerams, ka tas tiks īstenots, izpildot noteiktos uzdevumus, un tādējādi tiks mazināti stereotipi un aizspriedumi un veicināta cieņpilna attieksme pret personām ar GT.

Cilvēktiesībās balstīts esošais un nepieciešamais pacientu ar GT ārstniecības procesa regulējums

Cilvēktiesībās balstītai veselības aprūpei un dažādu veidu ārstniecības procesiem ir nepieciešams tiesiskais regulējums, kas nosaka, kā tieši cilvēktiesību normās noteiktie principi ir izpildāmi. Tiesiski ir jānosaka personu, tostarp ārstniecības iestāžu, ārstniecības personu, pacientu un citu iesaistīto personu, tiesības un pienākumi saturiski tā, lai to izpilde ļautu ievērot personu cilvēktiesības un aizsargātu no tiesību aizskāruma riska personas, īpaši tās, kuras ir vājākā pozīcijā. Šajā nodaļā tiks vērtēts pacientu ar GT ārstniecības procesa regulējums un izteikti priekšlikumi tā pilnveidei. Secīgi atsevišķās nodaļās tiks analizēts informētās piekrišanas tiesību, privātās dzīves aizsardzības, nepilngadīgu pacientu tiesību un dalības zinātniskajos pētījumos regulējums.

Vispārīgi pacientu tiesības ir noteiktas Pacientu tiesību likumā. To personu tiesības, kurām nepieciešama veselības aprūpe psihisko slimību ārstēšanā, noteiktas Ārstniecības likuma XI nodaļā, 65.–70.¹ pantā. Augstākā tiesa norādījusi, ka psihiatriskās palīdzības, kas ietver palīdzību bez pacienta piekrišanas, sniegšanas laikā ārstniecības personu veiktās rīcības un pieņemto lēmumu kontroles kārtību regulē speciālās tiesību normas, proti, Ārstniecības likuma 68. un 69.¹ pants. Šīs ir speciālās normas, tāpēc vispārīgās Pacientu tiesību likuma normas piemērojamas tikai attiecībā uz tām tiesībām, kuras nenosaka Ārstniecības likuma attiecīgās nodaļas (Augstākā tiesa, 2022). Ja ņem vērā Augstākās tiesas ieskatu, tad, nosakot personu tiesības psihiatrijā, būtu jāpiemēro Ārstniecības likuma normas kā speciālo tiesību regulējums, bet Pacientu tiesību likums piemērojams kā vispārējās tiesības tiktāl, cik Ārstniecības likums nenosaka konkrētu rīcību tieši psihisko slimību ārstēšanas procesā. Šāda pieeja ir juridiski sarežģīta un nepilnīga, tāda nav objektīvi nepieciešama.

Tiesību piemērotājiem var būt atšķirīgi uzskati par to, kā fragmentētais regulējums ir piemērojams konkrētās ārstniecības situācijās, un tas var novest pie dažādām tiesību normu piemērošanas praksēm, īpaši attiecībā uz ierobežojumiem.

Nav pamatoti vienas slimību grupas pacientu tiesības reglamentēt atsevišķi un būtiski ierobežojošākā veidā nekā vispārīgi. Ārstniecības likuma XI nodaļas normas ir nepamatoti atšķirīga un diskriminējoša tiesiskā regulējuma piemērs attiecībā pret pacientiem, kuriem, iespējams, piemīt garīgi vai citādi veselības traucējumi (piemēram, neurodeģeneratīvas izmaiņas) un tāpēc nepieciešama psihiskas slimības ārstēšana. Secināms, ka Latvijas veselības aprūpes sistēmā pastāv cilvēku ar GT diskrimināciju un stigmatizāciju veicinošs tiesiskais regulējums un pakalpojumu organizācijas kārtība. To vēl paspīlgtina Augstākās tiesas noteiktais par pacientiem, kuriem piemēro piespiedu ārstēšanu jeb psihiatrisko palīdzību bez pašas personas piekrišanas. Praksē to arī labi var novērot.

Daļa no Ārstniecības likuma XI nodaļas normām ir vecākas par Pacientu tiesību likuma normām. Ārstniecības likumā nav ietverts secīgs un pilnvērtīgs regulējums galvenajiem trim pacientu tiesību institūtiem – informācijas, informētās piekrišanas un privātās dzīves aizsardzības tiesībām. Pieņemot Pacientu tiesību likumu, nav izvērtēta šī likuma normu savstarpējā mijiedarbība ar Ārstniecības likuma XI nodaļas normām. Lai gan Latvija ir ANO Konvencijas par personu ar invaliditāti tiesībām dalībvalsts jau kopš 2010. gada, vēl joprojām iztrūkst kritiska un zinātniski pamatota Ārstniecības likuma un Pacientu tiesību likuma normu atbilstības starptautiski nostiprinātajiem cilvēktiesību principiem par personu ar invaliditāti tiesību aizsardzību vērtējuma.

Lai tiesiskajā regulējumā izskaustu diskriminējošu pieeju personu ar GT un psihisku slimību ārstēšanā, ir nepieciešama tiesību aktu reforma. Reformai jānodrošina, ka visām personām, kas izmanto veselības aprūpes pakalpojumus, tostarp garīgās veselības pakalpojumus, ir vienlīdzīgas tiesības. Visas tiesības

un to īstenošanas kārtība, kas nepieciešama cilvēktiesību īstenošanai veselības aprūpes procesā, ir jāparedz visiem pacientiem. Tiesiskajam ietvaram ir jābūt visaptverošam un vienlīdzīgam attiecībā uz dažādām pacientu grupām, tostarp ir jāparedz informācijas tiesības, informētās piekrišanas tiesības, privātās dzīves tiesības visiem pacientiem. Tām pacientu grupām, kurām ir pamatoti atšķirīgas īpašības un tāpēc tiesības ir nosakāmas atšķirīgi, piemēram, nepilngadīgajiem, ar speciālām tiesību normām jānosaka atšķirīgs, bet ne ierobežojošāks tiesību regulējums. Jāpatur prātā, ka nav pamatoti noteikt tiesības, īpaši tiesību ierobežojumus, tāpēc, ka personai piemīt GT, vai tāpēc, ka nepieciešams ārstēt psihisku slimību. Ikviens cilvēks, arī cilvēks ar GT, var smagi izjust dažādu slimību sekas. Ievērojot cilvēka cieņas aizsardzības principu, kļūdaini būtu noteikt, ka personas cilvēktiesību īstenošanas un aizsardzības kārtība dažādu slimību gadījumos ir nosakāma atšķirīgi.

Pacienta tiesības saņemt informāciju un piekrišanas pieprasīšana

Ikvienu pacienta, arī garīgās veselības aprūpes jomā, cilvēktiesības izpaužas kā tiesības saņemt informāciju par savu veselības stāvokli, tiesības saņemt informāciju par diagnozi un ārstēšanu, tiesības iepazīties ar medicīniskiem dokumentiem un saņemt to kopijas. Lai tas būtu iespējams, tiesību aktos nosaka ārstniecības iestāžu un personu pienākumu sniegt informāciju.

Ārstniecības likuma 67. pantā, kurā paredzēta pacienta rakstiskas piekrišanas prasība, nav noteiktas ne informācijas saņemšanas tiesības, ne informētās piekrišanas tiesības. Tiesības saņemt visu informāciju, kas saistīta ar piedāvāto ārstēšanu, tās nepieciešamību, ieguvumiem, blaknēm un riskiem, kā arī iespējamām alternatīvām, neparedz arī citas Ārstniecības likuma XI daļas normas par psihisko slimību ārstēšanu. Šajā likumā arī nav noteikti ārstniecības iestāžu un personu pienākumi saistībā ar pacientu tiesībām saņemt informāciju. Autores apkopotie materiāli⁵ liecina, ka 67. pantā noteiktās tiesības saņemt pacienta rakstisku piekrišanu praksē tiek īstenotas, pieprasot pacientam uzņemšanas nodaļā parakstīt mazinformatīvu un vispārīgu informāciju saturošu dokumentu, kuru slimnīcas uzskata par pacienta piekrišanas tiesisku apliecinājumu gan ieviešanai stacionārā, gan dažādiem ārstēšanas procesiem. Piemēram, Strenču psihoneiroloģiskās slimnīcas Pacientu iekšējās kārtības noteikumos noteikts, ka pacientam ir obligāti jāparaksta piekrišanas veidlapa, tā apliecinot piekrišanu stacionēšanai (Strenču psihoneiroloģiskā slimnīca, 2025).

Dokumentu, kura saturs neļauj to uzskatīt par tādu, kas īsteno pacienta tiesības saņemt informāciju, slimnīcas Latvijā izmanto kā piekrišanu arī augsta

5 Tiesu prakses materiāli, ārstniecības iestāžu publicētie iekšējās kārtības noteikumi un pacientu uzņemšanas kārtības apraksti.

riska ārstniecības procesiem, piemēram, psihotropo medikamentu lietošanai. Šāda prakse liecina gan par informācijas saņemšanas tiesību un informētās piekrišanas tiesību nepārzināšanu, gan par pacienta neaizsargātības stāvokļa izmantošanu situācijā, kurā tam nepieciešama palīdzība.

Slimnīcām Latvijā būtu jāpārskata pašreizējā pieeja un jāievieš prakse, kas nodrošina informācijas saņemšanas tiesību īstenošanu. Slimnīcām būtu jāizmanto tikai tādas kvalitatīvi un individualizēti sagatavotas rakstiskās informētās piekrišanas formas, kas pacienta tiesības ļauj īstenot pēc būtības, proti, pietiekami un skaidri informē par piedāvāto pakalpojumu un par piedāvāto iejaukšanos.

Jāatgādina, ka ne visiem pacientiem ir piemērota dokumentu rakstveida forma. Tāpēc tiem pacientiem, kuriem rakstveida forma nav piemērota (piemēram, redzes traucējumu, lasītneprasmes vai būtisku atmiņas traucējumu dēļ), nedrīkst prasīt parakstīt nevienu dokumentu, kura saturu konkrētais cilvēks nevar izlasīt, saprast un/vai izprast, un atcerēties. Ja slimnīca pieprasītu iepazīties un parakstīt rakstveida dokumentu pacientam, kuram trūkst nepieciešamo spēju, šāda slimnīcas rīcība būtu jāuzskata par prettiesisku un diskriminējošu. Minētais arī norāda, ka Ārstniecības likuma 67. panta norma, kā arī psihiatrisko slimnīcu noteikumi par rakstisku piekrišanu ir jāmaina, paredzot nevis konkrētu formu, bet prasību noskaidrot pacienta izvēli par ārstēšanos slimnīcā.

Pacienta tiesības saņemt informāciju ir ievērojami ierobežoti noteiktas gadījumos, kad Ārstniecības likuma 68. pantā noteiktā kārtībā tiek lemts par personas piespiedu ievietošanu slimnīcā un piespiedu ārstēšanas piemērošanu. Jāievēro, ka piespiedu ievietošana ārstniecības iestādē ir personas brīvības ierobežošana, bet piespiedu ārstēšana, kas izpaužas kā ārstniecības līdzekļu piemērošana vai ievadīšana bez pacienta atļaujas, ir iejaukšanās personas integritātē. Šī raksta ierobežotā apjoma dēļ šie abi tiesiski nošķiramie procesi sīkāk analizēti netiks, bet turpmāk tiks saukti par piespiedu ārstēšanu.

Saskaņā ar Ārstniecības likuma 68. panta otrā daļā noteikto pacients ir jāinformē par psihiatriskās palīdzības sniegšanas nepieciešamību, bet tikai tad, ja tas iespējams. Tātad šī likuma norma paredz, ka pacients var saņemt izskaidrojošu informāciju par ārstniecības personas viedokli par ārstēšanas nepieciešamību. Norma paredz, ka ārstniecības personai ir tiesības izlemt par informācijas sniegšanas iespējamību; nav gan precizēts, kā tas būtu darāms. Latvijā nepastāv vadlīnijas vai citi dokumenti, kuros būtu noteikts, kā vērtēt pacienta spējas saņemt, saprast informāciju un to izmantot lēmumu pieņemšanai. No tiesu prakses materiāliem par piespiedu ārstēšanu redzams, ka to nosaka ārstniecības personas pēc saviem ieskatiem, bez zinātniski pamatotas argumentācijas un metodoloģijas. (Olsena u. c., 2024) Latvijā psihiatriskajās slimnīcās pat tad, kad tiek piemērots būtisks cilvēktiesību ierobežojums – brīvības atņemšana un piespiešana –, klīniski netiek izvērtēts, kādas ir pacienta spējas uztvert un saprast informāciju, netiek vērtētas lēmumu pieņemšanas spējas.

Ārstniecības likuma 68. panta otrajā daļā ir paredzētas pacienta tiesības saņemt informāciju par savām tiesībām un pienākumiem. Normā sīkāk nav norādīts, par kādām tiesībām un kādiem pienākumiem informācija būtu jāsniedz. Analizējot tiesu prakses materiālus piespēšanas lietās, nebija iespējams noskaidrot, par kādām tiesībām un par kādiem pienākumiem ārstniecības iestādes informē pacientus tad, kad tās nosaka pacientam brīvības ierobežošanu un piespiedi ārstēšanu. Tiesu lietās esošajos psihiatru konsiliju atzinumos ir tikai norādes par to, ka pacients esot informēts, bet nav norādīts, par ko tieši.

Zināms, ka pastāv iespēja pacientiem izsniegt informatīvus bukletus, bet ne vienmēr pacienti tos saņem (CPT, 2023, 154. punkts). Informatīvi bukleti un informācijas izvietošana slimnīcas telpās var palīdzēt informēt personas, bet nenodrošina konkrētām pacientam konkrētā situācijā un konkrēta lēmuma pieņemšanai nepieciešamo un pacientam specifisko informāciju. Informatīvi bukleti nav piemēroti tādiem pacientiem, kuriem ir ierobežotas spējas saprast rakstītu informāciju. Būtu nepieciešams izpētīt pacientu pieredzi gan par informētās piekrišanas, gan tiesību zināt savas tiesības īstenošanu. Tas ļautu saprast, kuri no praksē pastāvošiem risinājumiem darbojas un kādi pasākumi varētu būt nepieciešami, lai informācijas tiesības nodrošinātu.

Ārstniecības likuma 68. panta trešā daļa nosaka psihiatru konsilija tiesības izmeklēt pacientu, bet neparedz pacienta tiesības pirms šādas izmeklēšanas, kas ir specifiska un notiek, ierobežojot brīvību, saņemt informāciju par to, kāpēc un kādā kārtībā notiks izmeklēšana. Likums neparedz arī informētās piekrišanas tiesības par iejaukšanos – psihiatra konsilija veikto izmeklēšanu. Tiesību aktos ir jāparedz tiesības pacientam saņemt informāciju par to, kādu iemeslu dēļ psihiatru konsilijs tiek organizēts, ko šis konsilijs plāno lemt, kas būs konsilija dalībnieki un kādas ir pacienta tiesības šāda konsilija gadījumā un lēmuma pieņemšanas procesā. Ārstniecības likumā pacientam nav paredzētas nekādas procesuālas garantijas šajā procesā, tajā skaitā ne par kvalificētu juridisko palīdzību un atbalstu, ne par tiesībām pieaicināt no slimnīcas neatkarīgu ekspertu un ne par tiesībām saņemt ar procesu saistītus dokumentus. Jāatceras, ka Ārstniecības likuma 68. panta normas paredz, ka ar psihiatru konsilija lēmumu pacientam var tikt atņemta brīvība, viņu piespiedi kārtā ievietojot psihiatriskās palīdzības iestādē un piemērojot piespiedi ārstēšanu. Cilvēktiesībās balstīta pieeja prasa, lai ikvienā cilvēktiesību ierobežošanas procesā, ja ierobežošana ir demokrātiskā valstī nepieciešama, tā ir noteikta ar likumu un ir samērīga, lai personai tiek nodrošinātas visas tiesiski nepieciešamās procesuālās garantijas: informācija par procesu un ierobežojumiem, tiesības piedalīties un izteikties, tiesības saņemt atbalstu un palīdzību visā procesa laikā jau no tā brīža, kad psihiatru konsilijs tiek plānots un kad tas notiek. Ja procesuālās garantijas nenodrošina, pastāv ievērojams patvaļas risks.

Ārstniecības likuma 68. panta ceturtnā daļa paredz, ka pacientam *post factum* paziņo psihiatru konsilija lēmumu. Tātad pacientam ir tiesības saņemt paziņojumu par to, ka ir noticis konsīlijs, un tiesības saņemt paziņojumu par lēmumu, kas paredz pacienta piespiešanu, arī ar ārstniecībai paredzētiem līdzekļiem, un ierobežošanu. Nav noteikts, kas tieši ir jāietver paziņojumā, bet, iepazīstoties ar lietu materiāliem tiesās, nerodas pārlicība, ka pacientiem būtu iespējams saņemt pamatotu un argumentētu paziņojumu.

Ārstniecības likuma 68. panta astotajā daļā ir noteikts, ka iepazīties ar psihiatru konsilija lēmumu un citiem tiesā iesniegtiem dokumentiem ir tiesīgi prokurors, advokāts un pacienta pārstāvis, bet ne pacients pats. Tāpēc secināms, ka likumā nav noteiktas pašas personas tiesības saņemt konsilija lēmumu un dokumentus, kas šo lēmumu pamato.⁶ Tikai pēc tam, kad tiesa ir pieņēmusi lēmumu par psihiatru konsilija pieprasījumu piemērot piespiedu ārstēšanu, pacientam saskaņā ar 68. panta četrpadsmitajā daļā noteikto izsniedz tiesas lēmumu. Tikai šajā brīdī pacients var saņemt detalizētu informāciju par konsilija lēmumu, par lietā esošiem pierādījumiem un citu lietas dalībnieku argumentiem, par tiesas konstatēto un izlemto. Tiesu prakses materiālos ir atrodamas vairākas pacientu sūdzības, kurās norādīts uz to, ka pacients pirms tiesas nav saņēmis nepieciešamo informāciju, vai to, ka, pēc pacienta domām, informācija ir apstrīdama. No tiesvedības materiāliem arī redzams, ka ne pacientam, ne tiesai netiek sniegta informācija, kāda tieši piespiedu ārstēšana un ierobežošana psihiatru konsilija lēmumā tiek noteikta, kādi piespiešanas līdzekļi, arī medikamenti, ir izmantojami un ko tieši ar šo līdzekļu lietošanu ir iespējams sasniegt konkrētā cilvēka gadījumā un vispārīgi.

Ārstniecības likuma normu analīze liecina, ka pacientiem, kuri nonāk ārstniecības iestādēs garīgu traucējumu dēļ, bet īpaši tad, ja ārstniecības iestāde lemj piemērot ierobežošanu, netiek nodrošinātas tiesības saņemt un iepazīties ar visu informāciju par piedāvāto, iespējamo un ieteicamo ārstēšanu, kā arī par konsilija procesu. Pacientiem netiek paredzētas un nodrošinātas tiesības rīkoties savu tiesību aizsardzības interesēs visa procesa laikā – līdz pat brīdim, kad tiesa ir pieņēmusi lēmumu, kas bieži ir tiesības un brīvību būtiski ierobežojošs lēmums. Šajā procesa stadijā, kā tas redzams tiesu prakses materiālos, ja pacients ir pārsūdzējis lēmumu, pacienta iespējas panākt sev labvēlīgu rezultātu ir būtiski ierobežotas, faktiski nepastāv. Tāpēc jāatzīst, ka Ārstniecības likuma 68. pantā noteiktā kārtība negarantē pacienta pamattiesību ievērošanu un neļauj tās aizsargāt.

Ārstniecības likuma normas ir jāgroza, vispirms paredzot pacienta tiesības saņemt visu nepieciešamo informāciju par ārstēšanas iespējām psihiatriskajā slimnīcā, par tiesībām uz informēto piekrišanu gan par izvēli ārstēties

6 Medicīnisko dokumentu kopijas, kāds ir arī konsilija lēmums, pacients var pieprasīt saskaņā ar Pacientu tiesību likuma 9. pantā noteikto.

slimnīcā, gan par medicīniskas iejaukšanās izvēli, kā arī par šo tiesību īstenošanas kārtību. Piemēram, informējot, ka pacients droši var uzdot jautājumus jebkurai ārstniecības personai, bet katra no šīm personām atbildēs tikai par sava darba ietvarā esošiem jautājumiem un paskaidros, kurš varēs atbildēt uz citiem jautājumiem.

Par gadījumiem, kad varētu būt nepieciešama un tiesiski pieļaujama pacienta ierobežošana, arī ar konsilija lēmumu, tiesību aktos detalizēti jānosaka pacienta tiesības saņemt informāciju, piedalīties visās darbībās, kas saistītas ar tiesību ierobežošanu, tiesības uz juridisko palīdzību un atbalstu tiesību īstenošanā visa procesa garumā. Atsevišķi ir jāreglamentē tie gadījumi, kad pacienta spējas saprast, izvērtēt un pieņemt lēmumus ir ierobežotas un tāpēc pacientam ir nepieciešams īpašs atbalsts konsilija laikā un tālākajā procesā. Tiesību aktos jānosaka, kuras personas un kādā kārtībā sniedz šiem pacientiem atbalstu un palīdzību, arī juridisko.

Ārstniecības likuma 69.¹ panta pirmajā daļā ir noteikts, ka tiem pacientiem, kuri bez piekrišanas stacionēti ekspertīzes veikšanai vai kuriem ir piemērots medicīnisks piespiedu līdzeklis, ir Pacientu tiesību likumā garantētās pacientu tiesības un pienākumi. Šī norma norāda uz pacienta tiesībām pēc tam, kad kāda cita autorizēta persona ir pieņēmusi lēmumu par piespiešanas un/vai ierobežošanas līdzekļa piemērošanu un tos jau ir sāks piemērot, piemēram, ir ievadīti medikamenti bez pacienta paša dotas atļaujas. Lēmuma pieņēmējs var būt ārsts vai konsilijs un/vai tiesa vai tiesībaizsardzības iestādes (ekspertīzes gadījumā tā ir izmeklēšanas iestāde). Ārstniecības likums neparedz, ka Pacientu tiesību likumā garantētās tiesības būtu piemērojamas kā vispārīgas normas – katrā situācijā un pilnā apmērā. Tāpēc secināms: lai gan ir norāde uz Pacientu tiesību likumu, pacientam, kuram piemēro ierobežojošos līdzekļus, nav paredzētas līdzvērtīgas tiesības ar citiem pacientiem, kuri saņem ārstēšanu kādu citu, nevis psihisku slimību dēļ. Arī šajā regulējumā ir konstatējams personu ar GT, kuriem nepieciešama psihiskas slimības ārstēšana, diskriminējošs regulējums. Šajā normā ir redzams, ka regulējums, kas paredz Pacientu tiesību likumā noteiktās tiesības, diez vai nodrošinās, ka pacients var īstenot Pacientu tiesību likuma 6. panta ceturtajā daļā nostiprinātās tiesības atteikties no ārstēšanas pilnībā vai daļēji.

Ārstniecības likuma 65. pantu, kurā ir norāde uz visām pilsoņa, politiskām, ekonomiskām un sociālām tiesībām, var interpretēt kā tādu, kas noteic, ka visiem pacientiem psihiatriskajā slimnīcā ir visas pacienta tiesības. Tomēr tiesiskas skaidrības un precīzu tiesību noteikšanas nolūkā ir jāparedz, ka visas Pacientu tiesību likumā noteiktās tiesības ir ikvienam pacientam jebkurā slimnīcā, arī specializētajās psihiatriskajās slimnīcās. Tāpēc ir jāatceļ visi Ārstniecības likuma normās noteiktie pacienta informācijas tiesību ierobežojumi un jāparedz, ka garīgās veselības aprūpē pacienta tiesības saņemt informāciju regulē Pacientu tiesību likuma normas. Šis likums nosaka tiesības saņemt informāciju gan par

veselību un veselības aprūpi, gan par veselības aprūpes pakalpojumiem un to sniedzējiem, gan par piedāvāto ārstēšanu, kā arī visu citu informāciju, kas pacientam ir nepieciešama. Pacientu tiesību likuma 9. panta normas nosaka pacienta tiesības iepazīties ar saviem medicīniskajiem dokumentiem, saņemt to kopijas un citus atvasinājumus, tiesības prasīt kļūdainu dokumentu labošanu un citādu izmantošanu.

Būtisks tiesību saņemt informāciju elements ir informācijas pieejamība personai saprotamā formā. Ārstniecības likumā nav noteikts, ka ārstniecības iestādēm un personām būtu pienākums pacientus, kuriem piemēro psihiskas slimības ārstēšanas līdzekļus, informēt viņiem saprotamā un pieejamā formā. Tāds nav noteikts arī par procesiem, kad tiek piemēroti piespiešanas un ierobežošanas līdzekļi. Pienākums informēt saprotamā formā ir noteikts Ārstniecības likuma 69.¹ panta pirmajā daļā attiecībā tikai uz tiem pacientiem, kuriem jau ir piemēroti piespiedu līdzekļi, un tikai par tiem pasākumiem, kurus reglamentē konkrētā norma. Tātad šobrīd tiesību normas paredz ārstniecības personas pienākumu nekavējoties informēt ierobežotos pacientus viņiem saprotamā formā par Ārstniecības likuma 69.¹ pantā ietvertajām tiesībām. Tās ir Pacientu tiesību likumā noteiktās tiesības un tiesības uz sūtījumiem, saziņu un kontaktiem ar personām ārpus slimnīcas, un ikdienas pastaigu. 69.¹ pantā noteikts, ka jāņem vērā personas vecums, briedums un pieredze. Nav norādes par to, ka būtu jāievēro pacienta spējas informāciju saprast, izprast un atcerēties. Norma gan paredz, ka nepieciešamības gadījumā (nav saprotams, kā to konstatē) ārstniecības personai minētā informācija jāsniedz atkārtoti.

Kā jau minēts, Ārstniecības likuma normas uzskatāmas par speciālajām tiesību normām attiecībā pret Pacientu tiesību likuma normām. Vispārīgas pacienta tiesības saņemt informāciju saprotamā formā ir noteiktas Pacientu tiesību likuma 4.¹ panta trešajā daļā: "Informācija sniedzama pacientam saprotamā formā, izskaidrojot medicīniskos terminus un ņemot vērā pacienta vecumu, veselības stāvokli, briedumu un pieredzi." (Saeima, 2009) Nav saprotams, vai un kā ārstniecības persona nekavējoties varētu izpildīt Ārstniecības likuma 69.¹ pantā noteikto pienākumu informēt par visām Pacientu tiesību likumā noteiktajām tiesībām. Nav saprotams, ko tieši ārstniecības persona varētu teikt par informētās piekrišanas tiesībām pacientiem, kuri ir ierobežoti.

Kā norādīts PVO vadlinijās, ir jānoteic, ka visām personām garīgās veselības aprūpes jomā ir jāisteno pacientu tiesības saņemt informāciju par diagnozi, ārstēšanu un visiem citiem apstākļiem. Tieši ar konkrētu plānoto medicīnisko iejaukšanos saistīta informācija ir jāsniedz pirms ikvienas un jebkādas iejaukšanās, tai jāietver informācija par iejaukšanās mērķi un paredzamo ietekmi, tostarp par ieguvumiem, riskiem, blaknēm, pieejamām alternatīvām un iespējamu kaitējumu. Informēšanas tiesībām ir jāietver informācija par tiesībām izvēlēties un izlemt, par tiesībām uzdot jautājumus un saņemt ikvienas intervences

rezultātus (WHO, 2023, p. 40). Jāparedz, ka personai ir tiesības iesniegt sūdzību, ja informācijas tiesības netiek nodrošinātas vai tiek aizskartas.

Kopumā jāatzīst, ka Ārstniecības likuma XI nodaļā un 69.¹ panta pirmajā daļā ietvertie noteikumi par pacientu informēšanas tiesību īstenošanas procesu nav skaidri izteikti un nav pārdomāti. Ārstniecības likuma normas neregulē visas nepieciešamās tiesības, normas ir izteiktas neprecīzi un daļēji arī kļūdaini. Tāpēc šīs normas ir jāgroza pēc iespējas ātrāk, lai mazinātu personu ar GT pamattiesību aizskāruma risku.

Nav saskatāma nepieciešamība reglamentēt pacienta tiesības saņemt informāciju divos dažādos likumos. Kā jau iepriekš norādīts, nav saskatāms pamatojums ierobežot to pacientu informācijas tiesības, kuri saņem palīdzību psihiskas slimības gadījumā. Vispārīgs princips noteic, ka tiesību aktos ir jāparedz, ka visiem pacientiem ir visas tiesības saņemt informāciju ikvienā ārstniecības situācijā un posmā.

Tiesību aktos ir jāparedz, ka ārstniecības personām ir pienākums sniegt informāciju pacientiem saprotamā un pieejamā formā. Tā kā Pacientu tiesību likumā šādas tiesības ir noteiktas un ar grozījumiem 2024. gadā tika precizētas, nav nepieciešams šīs tiesības reglamentēt Ārstniecības likumā.

Lai izbeigtu pastāvošo regulējuma segregāciju, Ārstniecības likuma normas par psihisku slimību ārstēšanu ir jāsvitro. Ar šiem grozījumiem jāpanāk, ka Pacientu tiesību likumā noteiktās tiesības ir universālas ikvienam veselības aprūpes procesam. Ierobežojumi tiesībām saņemt informāciju, ja tas ir pamatoti un attaisnojami, noteikti jau Pacientu tiesību likumā un būtu nosakāmi papildus, ja tāda nepieciešamība rastos, visiem pacientiem vienlīdzīgi.

Tiesības uz privātās dzīves aizsardzību

Tiesības uz privāto dzīvi, kas ietver gan informatīvo⁷, gan fizisko privātumu⁸, ir jānodrošina ikvienam pacientam, arī pacientiem ar garīgiem traucējumiem un tiem, kuri izvēlējušies psihiskas slimības ārstēšanu vai kuriem ārstēšanu piemēro piespiedu kārtā. Privātās dzīves aizsardzības pienākums, kas jāīsteno valstij un ārstniecības iestādēm, izriet no Satversmes 96. panta normas un citiem starptautiskajiem cilvēktiesību līgumiem. Kā pamatoti norāda PVO, šīs tiesības, ja persona izmanto garīgās veselības aprūpes pakalpojumus, īpaši stacionārās ārstniecības iestādēs, tiek bieži pārkāptas (WHO, 2023, p. 66).

Ārstniecības likuma 65. pantā ietvertā klauzula paredz, ka “personām ar psihiskiem traucējumiem un psihiskām slimībām ir jānodrošina visas pilsoņa,

7 Informatīvais privātums ir personas privātas informācijas, arī personas datu, aizsardzība.

8 Fiziskais privātums ir personas fiziskās un mentālās integritātes, tostarp personas ķermeņa, privātuma aizsardzība.

politiskās, ekonomiskās un sociālās tiesības, kuras paredz likums” (Saeima, 1997). Privātās dzīves tiesības ir personas pilsoņa tiesību sastāvdaļa. Jānorāda, ka minētā Ārstniecības likuma norma nav izteikta skaidri. Nav saprotams, vai tā paredz, ka ir jānodrošina personām tās tiesības, kuras nosaka šis konkrētais likums vai šajā gadījumā termins “likums” lietots plašākā nozīmē, saprotot ar to tiesības, kas noteiktas tiesību aktos. Ārstniecības likuma XI nodaļā par psihisko slimību ārstēšanas procesu nav atsevišķi ietvertas normas, kuras reglamentētu privātās dzīves aizsardzības jautājumus ārstniecības procesā. Tā ir tiesiskā regulējuma nepilnība. Tiesību aktos ir jānosaka, kā tieši un ar kādiem risinājumiem tiek nodrošināta privātās dzīves aizsardzība.

Ārstniecības likuma XI nodaļā ir paredzēta virkne normu, kas nerespektē personas tiesības uz privāto dzīvi, bet paredz privātās dzīves tiesību ierobežojumus un aizskāruma risku, jo ne visiem šajā likuma nodaļā noteiktajiem privātās dzīves tiesību ierobežojumiem ir saskatāms pamatojums un nepieciešamība. Ārstniecības likuma 68. panta ceturtajā daļā ir paredzēts, ka informāciju par pacientu var sniegt pacienta tuviniekiem, tikai pēc iespējas ņemot vērā pacienta viedokli, bet neparedzot, ka nepieciešama pacienta atļauja, ja vien pacients lēmumu par savu datu izpaušanu ir spējīgs pieņemt un izteikt. Noteikts, ka lēmumu par informācijas izpaušanu pieņem ārstniecības iestāde, nevis pacients. Šāds regulējums ir kļūdainais, nav pamatoti dot tiesības lēmumus par privātās dzīves tiesību jautājumiem pieņemt iestādei, nevis personai, kurai šīs tiesības piemīt. Tāpēc regulējums ir jāpapildina. Sikāk tiesību normās jānosaka kārtība, kā pacienta informācija izpaužama trešajām personām, primāri ievērojot, ka informāciju var izpaust ar pacienta atļauju pacienta norādītām personām un noteiktā apjomā. Ja pacienta informācijas izpaušanu nosaka ar tiesību aktiem kā ārstniecības personas vai ārstniecības iestādes obligātu pienākumu kāda konkrēta mērķa sasniegšanai, ir jāpārbauda, vai šāds privātās dzīves tiesības ierobežojošs regulējums ir pamatots un samērīgs. Vienlaikus ir jānodrošina, ka tiek izpausta tikai konkrētam mērķim nepieciešamā informācija, ka pacients par informācijas izpaušanu tiek atbilstoši informēts un pacientam ir tiesības kontrolēt konfidenciālas informācijas izpaušanu un izmantošanu. Atsevišķi ir jāanalizē privātās dzīves tiesību aizsardzība gadījumos, kad tiesību aktos noteikts pienākums ar konkrētām slimībām slimojušu cilvēku datus reģistrēt, kā tas ir paredzēts arī tad, ja personai ir garīgi traucējumi. Šī raksta ierobežotā apjoma dēļ šis jautājums sikāk analizēts netiks.

Informācijas par garīgiem traucējumiem neatļauta vai ar pacientu nesaskaņota izpaušana var radīt dažādas negatīvas sekas, tostarp diskriminēšanu un stigmatizēšanu. Tāpēc konfidencialitātei un datu aizsardzībai ir būtiska nozīme, tās ir jāievēro visos procesos. Piemēram, ārsta sarunas ar pacientu drīkst norītēt tikai speciāli iekārtotās telpās un tikai to personu klātbūtnē, kuras ir tieši iesaistītas ārstēšanā. Nav pieļaujams, ka pacienta privātā informācija tiek izpausta citu pacientu klātbūtnē, ka tā netiek aizsargāta no citu personu iespējas to ieraudzīt

vai citādi uzzināt. Pacienti ir jābūt aizsargātiem gadījumos, kad privāta informācija ir neatļauti izpausta. Tāpēc PVO vadlīnijās ir norādīts, ka tiesību aktos ir jāparedz, ka gadījumos, kad ir noticis konfidenciālas informācijas aizsardzības pārkāpums, pacientam jābūt tiesībām iesniegt sūdzību vai sākt tiesvedību (WHO, 2023, p. 41). Šobrīd pacients tiesības sūdzēties par privātas informācijas – personas datu – aizsardzības pārkāpumu var īstenot, pamatojoties uz Vispārīgās datu aizsardzības regulas normām (Eiropas Parlaments un Padome, 2016) vai ceļot prasību civiltiesiskā kārtībā. Autore ieskatā, būtu noderīgs detalizētāks tieši pacienta tiesību aizsardzības līdzekļu regulējums gadījumos, kad privāta informācija par veselības traucējumiem izpausta nepamatoti vai var tikt izpausta bez pacienta piekrišanas.

Ārstniecības likuma 69.¹ pantā ir noteiktas ārstniecības iestādes tiesības ierobežot pacienta ar GT privātās dzīves tiesības. Tā minētā panta otrās daļas normas paredz, ka tiem pacientiem, kuriem jau ir piemēroti piespiedu līdzekļi, ārsts vienpersoniski ir tiesīgs noteikt arī citus privāto dzīvi ierobežojošus pasākumus – aizliegt tikšanos ar radniekiem un citām personām, ja pastāv tieši draudi, ka pacients, iespējams, var nodarīt miesas bojājumus sev vai citām personām, vai pacients izrāda vardarbību pret citām personām. (Saeima, 1997) Vispārīgi pacientu tiesību jomā šādi ierobežojumi nav noteikti tiesību aktos, lai gan vardarbības risks ir vispārīgi iespējams un zināms. Tas, ka šādu privātās dzīves ierobežojumu nosaka tikai pacientiem, kas jau ir ievietoti stacionārā pret savu gribu, un tikai attiecībā uz pacientiem psihiatriskās ārstniecības iestādēs, ir diskriminējoši un lielā mērā arī nepamatoti. Pacientam vienlīdzīgi ar citiem ir jābūt tiesībām uz saziņas brīvību, proti, tiesībām sazināties ar jebkuru personu, kuru pacients izvēlas. Ir jāgarantē pacientiem tiesības tikt ar cilvēkiem, arī atrodoties slimnīcā, tiesības piekļūt pasta, telefona, laikrakstu, radio, televīzijas un interneta pakalpojumiem (WHO, 2023, p. 43).

Privātās dzīves aizsardzības pienākums ir gan likumdevējam, gan Ministru kabinetam kā izpildvarai, gan ārstniecības iestādēm. Nereti praksē novērojama tāda ārstniecības iestāžu darbība, kas nevis respektē privātās dzīves tiesības, bet paredz šo tiesību aizskārumu. Piemēram, nepieļaujamus privātās dzīves ierobežojumus dažādos aspektos pacientiem ir noteikusi Strenču psihoneiroloģiskā slimnīca, izdodot Pacientu iekšējās kārtības noteikumus. Tie paredz, ka ārstam ir tiesības noteiktos gadījumos (kas nav minēti) ierobežot pacienta tikšanos ar citām personām (1.8. punkts). Ja pacients tiek nogādāts stacionārā un nepiekrīt stacionēšanai, tad līdz tiesas sēdei pacientam ir liegtas tiesības izmantot telefonu (1.10. punkts).

Likumdevējs Ārstniecības likuma 69.¹ panta ceturtajā daļā ir pilnvarojis Ministru kabinetu noteikt to priekšmetu sarakstu, kurus psihiatriskajā slimnīcā aizliegts turēt vai saņemt pacientiem, bet šī panta piektajā daļā ir dotas tiesības ārstam psihiatriskajā slimnīcā izlemt par pacienta mantu pārmeklēšanu. Šis

Ārstniecības likuma normas parāda atšķirīgu un tāpēc diskriminējošu attieksmi pret pacientiem ar garīgiem traucējumiem, tās ir pretrunā cilvēka cieņā un cilvēktiesībās balstītai pieejai ārstniecībā. Nav pamatoti noteikt personisko mantu ierobežojumus un tiesības pārmeklēt mantas tikai tāpēc, ka pacients nonācis psihiatriskajā slimnīcā.

Lai nodrošinātu cilvēka privātās dzīves tiesību aizsardzību, visas Ārstniecības likuma XI nodaļas normas ir jāpārskata un jāizvērtē no pacienta privātās dzīves aizsardzības tiesību viedokļa. Ja nepieciešams, iespējams lemt par cilvēku privātās dzīves tiesību ierobežojumiem ārstniecībā kopumā, bet ne veidā, kas cilvēkus garīgās aprūpes iestādēs ierobežo diskriminējošā veidā. Zīmīgi, ka Veselības ministrija, ksa izstrādāja Ārstniecības likuma 69.¹ panta grozījumus 2023. gadā, likumprojekta anotācijā norādījusi, ka likumprojekts par ierobežojošiem līdzekļiem neskar Latvijas starptautiskās saistības un neietekmē personu ar invaliditāti vienlīdzīgas iespējas un tiesības (Ministru kabinets, 2023b). Minētais parāda, ka Veselības ministrijas ierēdņi nav pamanījuši, ka, nosakot personu ar GT tiesības, obligāti ir jāizvērtē regulējuma atbilstība gan ANO Konvencijai par personu ar invaliditāti tiesībām, gan citiem starptautisko tiesību līgumiem, piemēram, Eiropas Cilvēktiesību konvencijai, kas nosaka valsts pienākumus cilvēka privātās dzīves tiesību aizsardzībā.

Apkopojot minēto, jānorāda, ka līdzšinējā pieeja reglamentēt pacientu ar garīgiem traucējumiem tiesības veselības aprūpē ar Ārstniecības likuma atsevišķas nodaļas normām ir novecojusi un satur virkni diskriminējošu elementu. Autores ieskatā, visas pacientu tiesības, arī atsevišķām pacientu grupām, ja tas objektīvi nepieciešams, ir jānosaka vienā likumā, proti, Pacientu tiesību likumā. Turpat būtu jānosaka arī pacientu tiesību ierobežojumi gadījumos, kad demokrātiskā sabiedrībā tādi būtu nepieciešami. Nosakot ierobežojumus, jāievēro ne tikai Satversmes normās noteiktie principi, bet arī starptautiskajās tiesību normās noteiktais tiesību saturs un valsts pienākumi.

Informētās piekrišanas tiesības un piespiešanas izskaušana

Informētās piekrišanas obligātums

ANO Konvencijas par personu ar invaliditāti tiesībām 25. pants noteic, ka dalībvalstij, arī Latvijai, ir jāveic pasākumi, lai veselības aprūpes speciālisti sniegtu personām ar invaliditāti tādas pašas kvalitātes pakalpojumus kā citiem cilvēkiem, tostarp pēc brīvas un informētas vienošanās, arī ar apmācību un augstākiem ētikas standartiem valsts un privātajā veselības aprūpē paaugstinot izpratni par personu ar invaliditāti cilvēktiesībām, cieņu, patstāvību un vajadzībām. Brīvai un informētai piekrišanai jābūt visu ar garīgo veselību saistīto intervencu pamatā. Iespēja pieņemt lēmumus par savu veselības aprūpi un ārstēšanu ir būtisks tiesību uz veselību elements (WHO, 2023, p. 55).

PVO vadlīnijās ir norādīts, ka valsts tiesību aktos ir jābūt atbilstošam tiesiskajam regulējumam, kas garantē ikvienas personas tiesības uz brīvu un apzinātu piekrišanu garīgās veselības aprūpes pakalpojumu jomā. Tiesību aktos ir jāparedz tādi personu aizsardzības pasākumi, kas nodrošina pilnīgu, brīvu un apzinātu piekrišanu, kā arī novērš piespiešanu un iespējamu pacienta nespējas ļaunprātīgu izmantošanu, īpaši attiecībā uz tādām intervencēm kā psihotropo medikamentu un elektrokonvulsīvās terapijas izmantošana.

Tiesību aktos Latvijā, konkrēti Ārstniecības likuma 67. panta pirmajā daļā, ir noteikts, ka psihiatriskā palīdzība balstās uz brīvprātības principu. Brīvprātība un personas pašnoteikšanās tiesības ir informētās piekrišanas pamatā. Pacienta brīvprātība un informētās piekrišanas tiesības ir nostiprinātas vairākās Pacientu tiesību likuma normās: 1. panta otrajā daļā, 3. panta sestajā daļā un 6. pantā. Diemžēl speciālās Ārstniecības likuma normas, kuras regulē psihisku slimību ārstēšanas procesu, nesatur nepieciešamu regulējumu, kas garantētu ikvienas personas tiesības uz brīvprātīgu un apzinātu piekrišanu garīgās veselības aprūpes pakalpojumu jomā. Tās nesatur arī tādu aizsardzības pasākumu regulējumu, kas šīs tiesības nodrošinātu un novērstu piespiešanu vai iespēju ļaunprātīgi izmantot pacienta kā vājākās puses neaizsargātību.

Ārstniecības likuma 67. panta otrā daļa paredz:

“Pacientu var stacionēt psihiatriskajā ārstniecības iestādē ar viņa rakstveida piekrišanu, pamatojoties uz konstatētajiem psihiskajiem traucējumiem un psihiatra motivētu lēmumu par psihiskās veselības izmeklēšanas, ārstēšanas un rehabilitācijas nepieciešamību psihiatriskajā ārstniecības iestādē. Pacienta piekrišanu stacionēšanai pievieno medicīniskajiem dokumentiem.” (Saeima, 1997)

Šajā pantā ir tik vien kā noteiktas tiesības rakstveidā piekrist stacionēšanai, bet 67. panta otrās daļas norma noteic, ka lēmumu par ārstēšanu un tās nepieciešamību pieņem nevis pacients, bet psihiatrs. Vai un kāda loma psihiatra lēmumā ir pacienta viedoklim un piekrišanai kā apzinātai izvēlei un lēmumam, norādes nav. No cilvēktiesību aizsardzības skatpunkta šobrīd spēkā esošais regulējums ir kļūdainis, tas dod tiesības lēmumus par pacienta ārstēšanu pieņemt psihiatram, nevis pacientam.

Eiropas Komiteja spīdzināšanas un necilvēcīgas vai pazemojošas rīcības vai soda novēršanai (*European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment – CPT*) 2023. gada ziņojumā ir raksturots piekrišanas process Daugavpils un Aknīstes psihoneiroloģiskajās slimnīcās. Turpat arī sniegts šīs komitejas un pacientu ieskats par to:

“Tikko uzņemtajiem pacientiem tiek lūgts divās vietās parakstīties veidlapā “Piekrišana hospitalizācijai un ārstēšanai”, attiecīgi piekrītot uzņemšanai un ārstniecībai. Tādējādi pacienti, piekrītot ārstēšanai jau pašā hospitalizācijas sākumā – pirms klīnisko indikāciju noteikšanas konkrētām ārstēšanas veidam –,

dod vispārēju piekrišanu jebkurai ārstēšanai, ko ārstējošais ārsts uzskata par nepieciešamu. Abās iestādēs pacientu vidū bija plaši izplatīts uzskats, ka viņiem nav citas izvēles, kā vien pieņemt jebkādu ārsta ieteikto ārstēšanu. Turklāt piekrišanas veidlapā nav norādīts, ka pacienti vēlāk var atsaukt sākotnējo piekrišanu ārstēšanai. Daudzi pacienti norādīja [intervijās komitejas locekļiem – autores piezīme], ka viņi nav bijuši informēti par piekrišanas atsaukšanas iespēju.” (CPT, 2023, 152. punkts)

Komiteja secinājumā pamatoti norāda: “Ir skaidrs, ka piekrišanu ārstēšanai, ko pacienti devuši uzņemšanas brīdī, nevar uzskatīt par “informēto piekrišanu.” Šī raksta autorei ir zināms, ka arī citās Latvijas slimnīcās prakse ir līdzīga – pacientiem uzņemšanas nodaļās tiek lūgts vai pieprasīts parakstīties iepriekš sagatavotās veidlapās.

Eiropas Komiteja spīdzināšanas un necilvēcīgas vai pazemojošas rīcības vai soda novēršanai ziņojumā Latvijas valdībai uzsver:

“Saskaņā ar vispārējo principu visu kategoriju pacientiem ar psihiskiem traucējumiem (t. i., brīvprātīgiem vai piespiedu kārtas, civilās vai tiesu medicīnas, ar pilnu vai ierobežotu rīcībspēju) ir jānodrošina, lai viņi varētu sniegt brīvu un informētu piekrišanu ārstēšanai. Piekrišana ārstēšanai var tikt kvalificēta kā brīva un informēta tikai tad, ja attiecīgais pacients ir spējīgs dot derīgu piekrišanu brīdī, kad tā tiek lūgta, ja tā ir balstīta uz pilnīgu, precīzu un saprotamu informāciju par pacienta stāvokli, piedāvāto ārstēšanu un tās iespējamām blakusparādībām, kā arī par iespēju atsaukt piekrišanu. Turklāt ir svarīgi, lai visi pacienti, kuri devuši piekrišanu ārstēšanai, tiktu pastāvīgi informēti par savu stāvokli un viņiem piemēroto ārstēšanu un viņiem būtu iespēja jebkurā laikā atsaukt savu piekrišanu. Jebkādas atkāpes no šā pamatprincipa būtu jābalsta tiesību aktos un jāattiecinā tikai uz skaidri un stingri noteiktiem ārkārtas apstākļiem, kā arī jāpapildina ar atbilstošiem aizsardzības pasākumiem.” (CPT, 2023, 153. punkts)

Minētais parāda: lai novērstu tiesiskā regulējuma nepilnības, nekavējoties ir jāgroza viss Ārstniecības likuma 67. pants. Labākais risinājums būtu šo normu svītrot un paredzēt, ka pacienta tiesības noteiktas Pacientu tiesību likumā, nevis Ārstniecības likuma speciālajās normās un tikai attiecībā uz psihisko slimību ārstēšanu.

Secīgi ir jāmaina pašreizējā prakse psihiatriskās palīdzības iestādēs tā, lai informētās piekrišanas princips tiktu ievērots un pacientiem būtu nodrošināta iespēja pieņemt lēmumus. Eiropas Komiteja spīdzināšanas un necilvēcīgas vai pazemojošas rīcības vai soda novēršanai ir Latvijas valdībai un iestādēm norādījusi, kā tām ir jāveic pasākumi, lai nodrošinātu visiem pacientiem iespēju dot brīvprātīgu informēto piekrišanu ārstēšanai, sistemātiski sniedzot pilnīgu, skaidru un precīzu informāciju par viņu stāvokli, piedāvāto ārstēšanu un tās

iespējamām blakusparādībām, kā arī par iespēju atsaukt savu piekrišanu. Sistemātiski ir jāvērtē pacienta spēja sniegt derīgu piekrišanu savai ārstēšanai. (CPT, 2023, 153. punkts)

Latvijā būtu jāievēro arī PVO ieteikums noteikt augstāku standartu attiecībā uz brīvu un apzinātu piekrišanu psihotropo zāļu lietošanai, ņemot vērā šīs grupas medikamentu iespējamo kaitējuma risku īstermiņā un ilgtermiņā. Piemēram, varētu prasīt rakstisku vai citādi dokumentētu informēto piekrišanu pēc tam, kad sniegta detalizēta informācija par psihotropo medikamentu iespējamo negatīvo un pozitīvo ietekmi, par citām ārstēšanas metodēm un par nemedikamentozu iespēju pieejamību. Tiesību aktos var paredzēt, ka medicīnas personālam ir jāinformē pakalpojumu lietotāji par viņu tiesībām pārtraukt ārstēšanu un saņemt atbalstu situācijās, ja persona vēlas pārtraukt psihotropo medikamentu lietošanu. Vienlaikus ir jānodrošina atbalsts, lai palīdzētu cilvēkiem droši pārtraukt ārstēšanos ar narkotiskiem un psihotropiem medikamentiem. Psihotropo medikamentu izrakstīšanai un turpmākai kontrolei ir nepieciešams rūpīgs fiziskās veselības novērtējums un pacienta uzraudzība. Tāpēc tiesību aktos jānosaka arī ārstniecības personu pienākumi drošai psihotropo līdzekļu lietošanai, tostarp pienākums katru reizi pirms līdzekļa izrakstīšanas izvērtēt pacienta stāvokli, pienākums skrupulozi ievērot devas, reģistrēt un ziņot par blaknēm un nevēlamajiem notikumiem psihotropo medikamentu lietošanas dēļ. (WHO, 2023, pp. 57, 58)

Līdzīgi kā attiecībā uz psihotropo medikamentu lietošanu, atsevišķi tiesību aktos ir jāreglamentē obligātās prasības, arī paredzot rakstveida formu, informētajai piekrišanai gadījumos, ja tiek piedāvāta elektrokonvulsīvā terapija vai cita augsta riska un pacienta veselības stāvokli nozīmīgi ietekmējoša medicīniska iejaukšanās. Cilvēki, kuriem tiek piedāvāta elektrokonvulsīvā terapija, ir jāinformē par visiem tās riskiem un iespējamām īstermiņa un ilgtermiņa kaitīgām sekām, piemēram, atmiņas zudumu un smadzeņu bojājumiem. Šo terapiju drīkst veikt tikai modificētā veidā, izmantojot anestēziju un muskuļu relaksantus, un to nedrīkst veikt nepilngadīgajiem. (WHO, 2023, pp. 58, 59)

Piespiedu ārstēšanas garīgās veselības aprūpē izskaušana

ANO Personu ar invaliditāti komiteja, ANO augstais cilvēktiesību komisārs, PVO un tās ekspertu komanda aicina dalībvalstis, arī Latviju, izskaust piespiedu ārstēšanu garīgās veselības aprūpē. PVO vadlīnijās norādīts:

“Lai ievērotu to cilvēku tiesības, kuriem nepieciešami garīgās veselības aprūpes pakalpojumi, būtiski ir izbeigt piespiedu ārstēšanas praksi garīgās veselības aprūpē. Piespiedu ārstēšana ir kaitīga gan fiziskajai, gan garīgajai veselībai, jo tā attālina cilvēkus no garīgās veselības atgūšanas un atbalsta saņemšanas. Turklāt daudzas personas ar garīgās veselības traucējumiem un psihosociāliem traucējumiem savā dzīvē ir

piedzīvojušas traumas. Ja garīgās veselības aprūpes pakalpojumos notiek vardarbība, piespiešana un ļaunprātīga izmantošana, cilvēki ne tikai cieš, saņemot pakalpojumu, bet arī var tikt atkārtoti traumēti un viņu sākotnējās grūtības var saasināties.” (WHO, 2023, p. 55)

Daudzās jurisdikcijās, arī Latvijā, piespiešana joprojām ir galvenais spēkā esošo garīgās veselības tiesību elements. Šāda pieceja rada nopietnas bažas. Piespiešana ietver plašu un dažādu ierobežošanu veidu izmantošanu, to raksturo spēka un draudu lietošana. Piespiešana ietver piespiedu hospitalizāciju, piespiedu medikamentu lietošanu, piespiedu elektrokonvulsīvo terapiju, izolāciju, kā arī fizisku, ķīmisku un mehānisku ierobežošanu. Tiesību aktos par garīgo veselību joprojām tiek pieņemts, ka piespiešana ir pareiza rīcība, tā tiek uzskatīta par leģitīmu “pacienta kontrolēšanas” veidu, izmantojot skaidri noteiktus parametrus un garantijas (piemēram, kā “galējo līdzekli” un uz “isāko laiku”). (WHO, 2023, p. 13) Tādu uzskatu redzam Latvijas tiesību aktos un sastopam Latvijas tiesu praksē.

Latvijā piespiešanu psihisko slimību ārstēšanas procesā paredz Ārstniecības likuma 68. pants. Minētā panta pirmā daļa nosaka:

“Psihiatrisko palīdzību bez pacienta piekrišanas sniedz, ja patients:

- 1) ir draudējis vai draud, centies vai cenšas nodarīt sev vai citai personai miesas bojājumus vai ir izturējies vai izturas varmācīgi pret citām personām un ārstniecības persona konstatē, ka pacientam ir psihiskās veselības traucējumi, kuru iespējamās sekas varētu būt nopietni miesas bojājumi pacientam pašam vai citai personai;
- 2) ir izrādījis vai izrāda nespēju rūpēties par sevi vai savā aizbildnībā esošām personām un ārstniecības persona konstatē, ka pacientam ir psihiskās veselības traucējumi, kuru iespējamās sekas varētu būt nenovēršama un nopietna personas veselības pasliktināšanās.” (Saeima, 1997)

Augstākās tiesas Senāts ir atzinis, ka speciālajās tiesību normās, proti, Ārstniecības likuma 68. un 69.¹ pantā, ir regulēts, kādos gadījumos un kā pacientam ir sniedzama psihiatriskā palīdzība bez viņa piekrišanas; kādas ir pacienta tiesības, ja viņam tiek sniegta šāda psihiatriskā palīdzība; un šādas psihiatriskās palīdzības sniegšanas laikā ārstniecības personu veiktās rīcības un pieņemto lēmumu kontroles kārtība. Likumdevējs ir piešķīris ārstniecības iestādei (ārstniecības personām) tiesības noteiktos gadījumos ierobežot pacienta brīvību, bez viņa piekrišanas paturot pacientu ārstniecības iestādē un sniedzot psihiatrisko palīdzību, arī lietojot fizisku ierobežošanu, ievietošanu palātā, medikamentu ievadīšanu. Kā redzams no minētajām tiesību normām, Ārstniecības likuma 68. un 69.¹ pantā ir ietverts detalizēts regulējums tam, kādas tiesības pacientam ir nodrošināmas, sniedzot psihiatrisko palīdzību bez viņa piekrišanas,

un kā pacients var tās aizstāvēt iespējamo pārkāpumu gadījumā. (Augstākā tiesa, 2022)

Lai arī Ārstniecības likums paredz brīvprātības principu garīgo traucējumu ārstēšanā, tālākās šī likuma normas paredz piespiedu ārstēšanu, kuru ir atļauts piemērot, ja pacients atsakās vai nepiekrīt, bet ārsta vai konsilija ieskatā šāda ārstēšana ir vajadzīga veselības aizsardzībai. Tāpēc likuma noteikumam par brīvprātības principu ir maza jēga, ja šajā likumā nav noteikta tā ievērošana, bet tieši pretēji – ir paredzēts regulējums, kas ir pretrunā brīvprātības principam. Lēmumus par piespiedu ārstēšanu ir atļauts pieņemt ārstam, konsilijam un pēc tam tiesai. Tāpēc secināms, ka Latvijas tiesību aktos nav cilvēktiesībās balstītai pieejai atbilstoša regulējuma. Latvijā nav izveidota sistēma, kas nodrošina, ka ikviena persona garīgās veselības aprūpes jomā var baudīt tiesības uz brīvu un apzinātu piekrišanu, kas ļauj novērst un izskaust piespiešanu, ļaunprātīgu pacienta stāvokļa izmantošanu. Tiesību aktos nav paredzēti tādi personu aizsardzības pasākumi, kuri būtu izmantojami un piemēroti, lai panāktu, ka brīvu un apzinātu piekrišanas principu ievēro īpaši tad, ja tiek lietotas tādas augsta riska ārstēšanas pieejas kā psihotropo medikamentu un elektrokonvulsīvās terapijas lietošana.

Latvijā kā demokrātiskā un cilvēka cieņu respektējošā valstī, ievērojot ANO Konvencijā par personu ar invaliditāti tiesību aizsardzību noteiktos principus, būtu nekavējoties jāizstrādā jauns regulējums, lai izskaustu piespiešanu. Tajā skaidri jānosaka pacientu tiesības uz pilnu, brīvu un apzinātu piekrišanu garīgās veselības aprūpē. Jāparedz, ka informētās piekrišanas vai atteikšanās (arī daļā) priekšnoteikums ir personai saprotami un laikus sniegta informācija par piedāvātās medicīniskās iejaukšanās raksturu un būtību, par paredzamiem riskiem, blaknēm un ieguvumiem, par pieejamiem ārstēšanas veidiem un alternatīvām, tostarp tādiem, kuri nav medicīniski. Informācijai ir jābūt par konkrētu un katru piedāvāto iejaukšanos, tā nevar būt slimnīcas vispārīgi sagatavota veidlapa, kur ar atzīmēm (krustiņiem vai ķeksīšiem) norāda uz dažādu veidu un risku iejaukšanās iespējām. Svarīgi ir tiesību normās noteikt un praksē ievērot, ka piekrišanu nedrīkst panākt ar draudiem, ierobežošanu, netiešu un nepamatotu pacienta ietekmēšanu, maldināšanu, krāpšanu, manipulēšanu vai nepatiesu pārliecināšanu. (WHO, 2023, pp. 55, 56.)

Atsevišķi ir jāregulē situācijas, kad cilvēkam veselības traucējumu dēļ ir ierobežotas spējas pieņemt lēmumu un rīkoties. Šajos tiesību aktos ir jānosaka, kā tiek vērtētas personas ierobežotās spējas, kā persona ar ierobežotām spējām tiek atbalstīta lēmuma pieņemšanas procesā.

Cilvēktiesībās balstīta pieeja prasa panākt, ka tiesību akti aizliedz jebkādas piespiešanas izmantošanu ne tikai stacionāros, bet arī sabiedrībā balstītā aprūpē, tostarp rīkojumus par piespiedu ārstēšanu ambulatori un citus personas ierobežošanas pasākumus. Latvija šo prasību neizpilda. Krimināllikuma 68. pantā ir

noteikts, ka cilvēkiem ar GT var piemērot ambulatoru piespiedu ārstēšanu, ja tiesa ir noteikusi medicīniskus piespiedu līdzekļus. (Saeima, 1998) Kā norādīts ievadā, šajā rakstā medicīnisku piespiedu līdzekļu piemērošana netiek analizēta, bet autore izvēlējās šajā nodaļā uz šo problēmu norādīt. Arī krimināltiesību jomā attiecībā uz personu ar GT cilvēktiesību aizsardzību ir nepieciešama reforma, lai aizsargātu šos cilvēkus un neradītu tiem nepamatotas ciešanas.

Personas ierobežošanas izmantošanas izskaušana ārstniecībā

Cilvēktiesībās balstīta pieeja garīgās veselības aprūpē paredz, ka valstij ir jāpieņem un jāievieš tādi tiesību akti, kas aizliedz visu veidu piespiešanas izmantošanu garīgās veselības aprūpes pakalpojumu jomā, tostarp izolāciju, fizisku un ķīmisku ierobežošanu. Latvijas tiesību akti, konkrēti Ārstniecības likuma 68. panta pirmā daļa, atļauj piemērot piespiedu ārstēšanu, bet 69.¹ panta sestajā daļā noteikta citu piespiedu līdzekļu piemērošana:

“Gadījumos, kad 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, psihiatriskajās ārstniecības iestādēs ir tiesības izmantot šādus ierobežojošus līdzekļus:

- 1) fiziska ierobežošana, izmantojot fizisku spēku pacienta kustību ierobežošanai;
- 2) mehāniska ierobežošana, pielietojot ierobežojošas saites vai siksnas;
- 3) medikamentu ievadišana pacientam pret viņa gribu;
- 4) ievietošana novērošanas palātā.” (Saeima, 1997)

Savukārt 69.¹ panta septītā daļa nosaka:

“Ierobežojošus līdzekļus piespiedu kārtā pacientam drīkst piemērot tikai gadījumā, kad pacients stacionārs psihiatriskajā ārstniecības iestādē bez viņa piekrišanas, nogādāts stacionārajā ārstniecības iestādē psihiatriskās ekspertīzes veikšanai līdz tiesas lēmumam vai pacientam ārstniecība psihiatriskajā ārstniecības iestādē noteikta kā medicīniska rakstura piespiedu līdzeklis. Ierobežojošus līdzekļus, ievērojot šajā pantā minētos nosacījumus, ir tiesības piemērot arī tad, ja psihiatriskā palīdzība pacientam tiek sniegta bez viņa piekrišanas, pirms tiek pieņemts šā likuma 68. panta vienpadsmitajā daļā minētais tiesneša lēmums.” (Saeima, 1997)

Citētās normas parāda, kā tieši Ārstniecības likumā ir dotas tiesības psihiatriskajām slimnīcām piemērot dažādus ierobežojošus līdzekļus. No tiesu prakses materiāliem secināms, ka ārstniecības iestādes tādus piemēro, nereti vairākus vienlaikus. Likuma norma paredz, ka kādam no ārstniecības iestādes personāla gadījumos, kad pacients izrāda apdraudējumu sev vai citiem, pacients ir

“mutiski jāpārlicina” to pārtraukt. Nav gan atrodams, vai un kādi zinātniski dati ir izmantoti šāda regulējuma pamatošanai un kādas “pārlicināšanas metodes” būtu izmantojamas. Mūsdienīgā uz zināšanām balstītā garīgās veselības aprūpē saskarsmē ar pacientiem, kuriem garīgu traucējumu dēļ var būt agresīva uzvedība, izmanto dažādas metodes, bet starp tām šī raksta autore nav atradusi “pārlicināšanas metodi”.

Pacientu ierobežojošu līdzekļu izmantošanu psihiatriskajās slimnīcās sīkāk regulē Ministru kabineta 2024. gada 4. jūnija noteikumi Nr. 331 “Vienotie iekšējās kārtības noteikumi pacientu ierobežošanai stacionārā psihiatriskās ārstniecības iestādē” (Ministru kabinets, 2024a). Tie aizstājuši noteikumus par ierobežojošu līdzekļu lietošanu, kuri bija spēkā no 2016. gada jūlija. Pacientu ierobežošanas noteikumi parāda diskriminējošu attieksmi pret pacientiem, kuri saņem veselības aprūpi stacionārās psihiatriskās ārstniecības iestādēs. Citās ārstniecības iestādēs pacientiem ierobežošanas līdzekļi nav noteikti.

Krīzes situācijās ir jāizmanto tādas zinātniski pamatotas metodes un pieejas, kuras, pirmkārt, nepalielina (neeskalē) pacienta uztraukumu un tā neizsauc vai neveicina apdraudošu vai agresīvu uzvedību. Otrkārt, gadījumos, kad pacients krīzes situācijā uzvedas apdraudoši, ar šādu pacientu jāstrādā ārstniecības personām, kuras ir zinošas un prasmīgas lietot t. s. deeskalācijas tehnikas un tā spēj sniegt profesionālu un piemērotu palīdzību satrauktam pacientam krīzes situācijā. Tikai tajos salīdzinoši retajos gadījumos, kad piemērota vide, profesionālas krīzes un apdraudošas uzvedības risināšanas metodes nemazina apdraudējumu, ir pamatoti lemt par konkrētajā situācijā vismazāk aizskaroša ierobežošanas līdzekļa īslaicīgu lietošanu. Vienlaikus ir pieļaujama tikai tādu līdzekļu izmantošana, kuriem ir pēc iespējas mazāki riski un kurus ir iespējams kontrolēt. Piemēram, pacientu var izolēt tādā izolācijas palātā, kura ir aprīkota ar stresa mazināšanai piemērotu gaismu un skaņu.

ANO Konvencija par personu ar invaliditāti tiesībām un ANO Komiteja personu ar invaliditāti tiesību aizsardzībai aicina Latviju kā konvencijas dalībvalsti grozīt tiesību aktus un nepieļaut pacientu piespiešanu un ierobežošanu psihiatriskajās slimnīcās (UN CRPD, 2017). Līdz šim Latvija nav noteikusi aizliegumu izmantot piespiešanu un ierobežošanu garīgās veselības aprūpē. Praksē nav ieviestas metodes un nav sagatavoti speciālisti, kas spēj profesionāli sniegt palīdzību krīzē nonākušiem cilvēkiem ar garīgiem traucējumiem. Tāpēc secināms, ka Latvija cilvēktiesībās balstītu pieeju attiecībā uz piespiešanas izskaušanu gan tiesiski, gan praktiski neizpilda. Medicīnas zinātnē ir zināmas un citu valstu labas prakses piemēros ir apliecinātas vairākas efektīvas pieejas, kas mazina piespiešanu un veicina pacienta autonomijas un cieņas aizsardzību. Ir jāparedz pienākums Latvijas ārstniecības iestādēm ieviest cilvēktiesību aizsardzībai nepieciešamās krīzes risināšanas metodes un ar tām aizstāt līdz šim piemērotās ierobežošanas metodes.

Šajā rakstu krājumā Marinas Losevičas un Solvitas Olsenas rakstā “Piespiešana un tās izskausanas iespējas psihiatriskās ārstniecības iestādēs Latvijā” lasītājs var iepazīties ar plašāku piespiešanas un ierobežošanas fenomena raksturojumu un speciālistu ieteikumiem, kā šīs nevēlamās pieejas mazināt un izskaust.

Pacienta piekrišana ārkārtas un krīzes situācijā

Ikvienu cilvēku dzīvē var iestāties krīzes vai ārkārtas situācija. Personas ar GT, līdzīgi kā citi cilvēki, var nonākt krīzes situācijā, kurā nepieciešama medicīniska palīdzība. Tāpēc svarīgs ir tiesiskais regulējums, kas nosaka rīcību ārkārtas un krīzes situācijās. Šādiem gadījumiem nepieciešams izņēmuma regulējums, kas pieļauj, ka veselības aprūpes speciālisti var īstenot ārstēšanu, pamatojoties uz pacienta pārstāvja dotu atļauju, ja pacients tādu nespēj izteikt. Ja pacientam nav pārstāvis vai pārstāvi nevar sasniegt nekavējoties, jāparedz, ka ārstēšanu drīkst veikt bez piekrišanas, ja palīdzība nepieciešama tūlītēji un tāpēc, lai glābtu pacienta dzīvību vai novērstu nopietnu kaitējumu. Šāds regulējums vispārīgi ir noteikts Pacientu tiesību likuma 7. panta astotajā daļā. Ar šo regulējumu būtu jārisina ārkārtas un krīzes situācijas arī tad, ja krīzes situācijas iemesls ir akūti garīgi traucējumi. Vienlaikus jāievēro, ka ārstniecības personām, kuras piemēro izņēmuma regulējumu, ir jāpārlicinās, vai lietas faktiskie apstākļi liecina par ārkārtas situāciju un tūlītēju apdraudējumu. Ārstniecības personām ir pienākums šos faktus dokumentēt.

Vienlaikus jāuzsver PVO vadlīnijās norādītais, ka lielākajai daļai personu ar GT neatliekamā situācijā, tostarp personām ar traumām, nav nepieciešama tūlītēja iejaukšanās, lai novērstu nāvi vai nopietnu kaitējumu, un tās ir spējīgas dot piekrišanu. PVO norāda – ārkārtas izņēmums regulāri tiek diskriminējoši piemērots garīgās veselības situācijas dēļ personām, kuras piedzīvo spēcīgu stresu vai neparastus uztveres traucējumus, jo personas netiek atzītas par spējīgām sniegt informētu piekrišanu vai arī viņu sajūtas, domas un uzvedība nekavējoties tiek uzskatītas par dzīvībai bīstamu medicīnisku ārkārtas situāciju. Tiesību akti par neatliekamām medicīniskām situācijām nedrīkst diskriminēt personas ar GT, nosakot atšķirīgus standartus. (WHO, 2023, p. 57)

Ārstniecības likuma 69.¹ panta sestās, septītās un astotās daļas normas atļauj pacienta ierobežošanu un piespiešanu ne tikai gadījumos, kad cilvēks rada objektīvi konstatējamus draudus citiem, bet arī tad, ja atrodas individuālas krīzes situācijā. Šīs normas pieļauj tūlītēju iejaukšanos, fizisku un ķīmisku ierobežošanu saskaņā ar ārstniecības personas ieskatiem. No tiesu prakses materiāliem par piespiedu ārstēšanas piemērošanu ir redzams, ka personām ar GT piemēro ierobežojošos līdzekļus krīzes situācijās, kurās nav pierādījumu par to, ka iejaukšanās būtu nepieciešama, lai novērstu nāvi vai būtisku kaitējumu. Iepazīstoties ar lietām, secināms, ka Latvijā ir izplatīta prakse personas rīcību stresa un

krīzes situācijā uzskatīt par dzīvībai bīstamu medicīnisku ārkārtas situāciju, bet nesniegt pārbaudāmus pierādījumus objektīvai bīstamībai, tādējādi attaisnojot piespiešanas piemērošanu. Tāpēc secināms, ka Latvijas psihiatriskajās slimnīcās pastāv diskriminējoša prakse saskarsmē ar personām krīzes situācijā, kad piespiešana tiek lietota nepamatoti. Šāda pieeja rada vēl lielākus riskus cilvēkam un padziļina ciešanas krīzes situācijā, piespiešanu nekādā ziņā nevar uzskatīt par palīdzību un par ārstēšanu.

Piekrišana un tādu pacientu aizsardzība, kuriem ir ierobežotas spējas pieņemt lēmumus un rīkoties

Atsevišķi ir jāregulē lēmumu pieņemšana, arī informētās piekrišanas tiesības, gadījumos, kad pacients ilgstošu vai pastāvīgu veselības traucējumu dēļ ir daļēji vai pilnībā nespējīgs pieņemt lēmumus un tāpēc var sevi vai citus apdraudēt. Tiesību aktos jābūt noteiktai kārtībai, kā īsā laikā tiek pieņemti lēmumi par neatliekamo un nepieciešamo palīdzību, kā tiek plānota ārstēšana un lēmumu pieņemšana, ja ir pamats uzskatīt, ka garīgi traucējumi un pacienta ierobežota vai pilnīga lemtnespēja pastāvēs ilgāku laiku vai ilgstoši. Šādām situācijām ir jāizstrādā tāda tiesiski noteikta risināšanas kārtība, kas aizsargā pacientu un viņa tiesības, īpašu vērību veltot personas iepriekš izteiktai gribai un vēlmēm. Jāievēro, ka, pirms ārstēt pilngadīgus, bet lemtnespējīgus pacientus, primāri tiek vērtēts, vai un kā ir iespējams noteikt, kādas varētu būt paša pacienta izvēles šādā situācijā, tiek ņemti vērā iepriekš izteikti rīkojumi, ja tādi ir zināmi. Tikai tad, ja minēto nav iespējams izdibināt, lēmumu pieņemšanā vadās pēc “labāko interešu” aizsardzības principa.

Lai lēmumu pieņemšanas tiesības varētu īstenot tie cilvēki ar invaliditāti, kuriem ir veselības traucējumi, kas ierobežo spējas pieņemt lēmumus, ANO Konvencijas par personu ar invaliditāti tiesībām 12. panta pirmajā daļā ir noteikts aizliegums ierobežot šo personu rīcībspēju. Savukārt 12. panta trešajā daļā ir noteikts valsts pienākums nodrošināt šīm personām atbalstu, kas nepieciešams, lai rīcībspēju varētu īstenot. Latvija šo konvencijas normu pilda tādējādi, ka kopš 2023. gada personām ar garīgiem traucējumiem un oficiāli piešķirtu invaliditāti ir tiesības un iespēja saņemt sociālu pakalpojumu – atbalsta personas lēmumu pieņemšanā pakalpojumu (Saeima, 2002, 13. panta otrās daļas 14. punkts). Atbalsta personas pakalpojums ir valsts nodrošināta palīdzība, kad pakalpojuma sniedzējs nodrošina personai ar garīgiem traucējumiem atbalstu lēmumu pieņemšanā, bet neiespaido šīs personas gribu, izvēles un lēmumu, ļaujot personai pašai tos pieņemt.

Profesionālais sociālais atbalsta personas pakalpojums nav paredzēts personām, kurām var būt ierobežojumi garīgās veselības traucējumu dēļ, bet nav piešķirta invaliditāte. Protams, persona arī privāti var izvēlēties kādu

personu atbalsta sniegšanai, bet šādu darbību tiesību akti atsevišķi neregulē, tāpēc šādos gadījumos ir jāizmanto pilnvarojums, kas gan nav paredzēts atbalsta pienākumu regulēšanai, bet dod tiesības rīkoties personas vietā.

Jānorāda, ka citu nozaru tiesību aktos vēl joprojām nav izdarīti nepieciešamie papildinājumi, lai noteiktu tiesības uz atbalsta personas palīdzību un šo tiesību īstenošanas kārtību. Veselības aprūpi un pacientu tiesības reglamentējošie tiesību akti nenosaka ikvienas personas tiesības uz atbalstu lēmumu pieņemšanas situācijās, kad tām ir ierobežotas spējas pieņemt lēmumus par ārstēšanu. Ministru kabineta 2023. gada 31. oktobra noteikumu Nr. 625 "Noteikumi par atbalsta personu lēmumu pieņemšanā pakalpojumu" 7.4. punktā ir paredzēts, ka atbalsta personas pakalpojumu sniedz veselības aprūpes jomā, bet šo noteikumu pielikumā norādīts, ka atbalsts iespējams tikai līdz ārsta kabinetam. (Ministru kabinets, 2023a) Pamatojums šādam ierobežojumam nav atrodams tiesību akta anotācijā, tāpēc nav iespējams spriest par tā jēgu un nepieciešamību. Tas norāda, ka personām ar GT, arī tad, ja tām ir piešķirts profesionāls atbalsts lēmumu pieņemšanai, tas tiek ierobežots, ja lēmumi ir jāpieņem "ārsta kabinetā". Tā kā "ārsta kabinetā" ir jāpieņem visi lēmumi par personai piedāvātu ārstēšanu, atbalsta personas pakalpojums šeit ir būtiski nepieciešams. Tāpēc ir pamats secināt, ka pacientu tiesību jomā tiesību akti neparedz, ka nepieciešamības gadījumā persona var saņemt atbalstu lēmumu pieņemšanai.

Pacienta tiesības uz atbalstu lēmumu pieņemšanā ir īstenojamas tad, ja pacients pats spēj šādu vēlmi izteikt un izlemt par kādas paša izvēlētas personas klātbūtni ārstniecības laikā. Šīs pacienta tiesības ir noteiktas Pacientu tiesību likuma 5. panta septītajā daļā, kas paredz pacienta tiesības pieaicināt kādu paša izvēlētu personu ārstniecības laikā un aicināt šo personu sniegt atbalstu. Tomēr šī norma arī pieļauj ierobežot pacienta tiesības uz izvēlētas personas klātbūtni, ja ārstniecības iestādes vai ārstniecības personas ieskatā pacienta pieaicinātas personas klātbūtne traucē ārstniecību vai ierobežojumu pieļauj apstākļi, kādos ārstniecība tiek veikta. Tāpēc pacienta tiesības uz izvēlētas personas klātbūtni un palīdzību lielā mērā ir saistītas ar veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēja izpratni par šo tiesību nozīmību un ar tādu ārstniecības procesa organizāciju, kas veicina pacienta izvēlētas personas klātbūtni un palīdzību, nevis liek šķēršļus tai. Kā negatīvs piemērs šo tiesību izpildē jāmin Latvijas slimnīcu iekšējos noteikumos noteiktie ierobežojumi pacientu tiesībām uz izvēlētas personas klātbūtni, paredzot, ka pacienta tiesības uz tuvinieku klātbūtni un atbalstu slimnīca nosaka ar iekšējās kārtības noteikumiem, ka šīs tiesības var noteikt un ierobežot ārsts (Strenču psihoneiroloģiskā slimnīca, 2025).

Ievērojot iepriekš prezentēto tiesību analīzi, ir jānorāda uz nepieciešamību papildināt Pacientu tiesību likumu, nosakot pacienta tiesības uz atbalsta personas palīdzību lēmumu pieņemšanā. Vienlaikus jānosaka arī piemēroti aizsardzības pasākumi, kas paredz, kā tiek nodrošināts, ka tiek ievērotas atbalstāmās personas

tiesības, griba un vēlmes par tās tiesībspējas un rīcībspējas īstenošanu. Tiesību normās ir jānosaka kārtība, kas jāievēro, lai novērstu ļaunprātīgu ietekmi atbalstītā lēmumu pieņemšanā. Piemēram, ir jāparedz, kā pacients var iebilst pret atbalsta personas rīcību un par to iesniegt sūdzību.

Tiesību aktos jābūt noteiktam, kas un kādā kārtībā sagatavo pacienta ārstēšanas plānus un kādā kārtībā tos izpilda, ja pacientam ir nepieciešama palīdzība, bet viņš pats ir kļuvis īslaicīgi vai ilglaicīgi nespējīgs. Pacientu tiesību likuma 7. panta pirmajā daļā ir noteikta kārtība, kādā pieņem lēmumus par ārstēšanu gadījumos, ja veselības traucējumu dēļ pacients pats nav spējīgs tos pieņemt. Nekas šajā normā nav teikts par to, kā rīkoties tad, ja pacients ir daļēji spējīgs pieņemt lēmumus. Savukārt 7. panta otrajā daļā, kurā noteikta pacienta pilnvarota vai likumiska pārstāvja rīcība, pieņemot lēmumu par ārstniecību, ievērota pacienta iepriekš izteiktā griba attiecībā uz ārstniecību. Norma tieši nenoteic, ka pacienta griba ir saistoša, bet norāda, ka tā ir ievērojama.

Lai nodrošinātu, ka pacientam ir iespēja savus rīkojumus izteikt iepriekš vai laikā, kad traucējumi ir mazāk izteikti, Pacientu tiesību likumā ir jānosaka pacienta tiesības izdot rīkojumus. Turpat ir jāietver kārtība, kā tos izpildīt, ja pacients kļuvis lemtspējā ierobežots vai nespēj pieņemt lēmumus. Regulējot pacientu iepriekš izteiktus rīkojumus, ir jāievēro šādi principi: 1) jāgarantē pacienta brīvība un pašnoteikšanās tiesības, izsakot savu gribu un vēlmes (angļu val. *will and preferences*) par jebkāda veida iejaukšanos vai atturēšanos no tās, kā arī par personām, kuras ir tiesīgas pārstāvēt pacientu; 2) jānodrošina, ka pacientam ir pieejama pietiekama informācija, kas vajadzīga informētā lēmuma pieņemšanai un gribas rīkojuma vai vēlmju izteikšanai; 3) jāpanāk, ka pacients rīkojumus var izdot, mainīt vai atsaukt dažādām pacientu grupām pēc iespējas pieejamākos veidos; 4) jāgarantē, ka personas, kas ir atbildīgas par pacientu rīkojumu izdošanas procesa vai izpildes kvalitāti, ir zinošas un prasmīgas pacientu rīkojumu izpildē; 5) jāievieš tiesību aizsardzības mehānisms, kas nodrošina strīdu izšķiršanu, ja tādi rastos pacienta, kam ir lemtspējas trūkums, rīkojumu izpildē un aizsardzībā.

Piepriekšējais raksts: Garīgās veselības aprūpe bērnu un pusaudžu ārstēšanai

Bērni un pusaudži ir īpaši aizsargājama grupa. Saskaņā ar PVO datiem pasaulē septītā daļa pusaudžu cieš no garīgiem traucējumiem. Lai nodrošinātu pusaudžu garīgo veselību, ir svarīgi izvairīties no institucionalizācijas un pārmērīgas medikalizācijas, par prioritāti izvirzot nefarmakoloģiskas pieejas un ievērojot bērnu tiesības saskaņā ar ANO Bērnu tiesību konvenciju. (WHO, 2024) Tāpēc atsevišķi ir jāaplūko informētās piekrišanas tiesību nodrošināšanas bērnu un pusaudžu ar GT ārstēšanā tiesiskais regulējums.

Cilvēktiesībās balstīta pieeja prasa, ka tiesību aktos nosaka kārtību, kādā bērni un pusaudži (jaunieši)⁹ var īstenot tiesības izvēlēties un piekrist vai atteikties no ārstēšanas atbilstoši viņu vecumam un briedumam. Ārstniecības likuma XI nodaļas normas¹⁰ ir speciālās tiesību normas, kas nosaka psihiatriskās palīdzības sniegšanas kārtību, bet tajās nav regulētas bērnu un nepilngadīgu jauniešu tiesības. Vispārīgi nepilngadīgu pacientu tiesības mērķēti ir regulētas Pacientu tiesību likuma 13. pantā, bet šis ir vispārīgās tiesību normas attiecībā pret Ārstniecības likuma normām. Tā kā Ārstniecības likumā nav ietverts nepilngadīgo pacientu tiesiskais regulējums, šai pacientu grupai ir piemērojams Pacientu tiesību likuma 13. panta regulējums. Tomēr nav pamata uzskatīt, ka ārstniecības personu rīcības un lēmumu kontroles kārtībai situācijās, kurās pacienti ir bērni un jaunieši, nebūtu piemērojamas Ārstniecības likuma 67., 68. un 69.¹ panta normas tiktāl, cik tās nodrošina nepilngadīgu personu tiesību un interešu aizsardzību. Autores ieskatā, noteikt nepilngadīgu personu tiesību ierobežojumus, pamatojoties uz Ārstniecības likuma normām, būtu pieļaujams vienīgi tad, ja šādi ierobežojumi tiktu pamatoti ar zinātniski nostiprinātiem datiem par pozitīvu ietekmi, būtu atbilstoši vispārīgiem bērnu tiesību aizsardzības principiem un tiesību aktos ietvertām normām.

Lai aizsargātu bērnu un pusaudžu tiesības, ir konceptuāli jāpārskata pašreizējais regulējums un jāizvērtē tā trūkumi un pilnveides iespējas. Līdz brīdim, kad tiktu veikta psihisku slimību ārstēšanas kārtības regulējuma, kas noteikts Ārstniecības likuma XI nodaļā, reforma, ir jāizstrādā vadlīnijas nepilngadīgu pacientu tiesību aizsardzībai. Tajās ir jānosaka, ka bērniem un pusaudžiem ir tiesības izvēlēties, tiesības piekrist vai atteikties no ārstēšanas atbilstoši vecumam un briedumam ne tikai vispārīgi, bet arī par psihisku slimību ārstēšanu. Ir jānosaka, ka tās Ārstniecības likuma normas, kas paredz tiesību ierobežojumus, piemēram, piespiedu ārstēšanu, nav piemērojamas nepilngadīgiem. Secīgi jāizvērtē nepieciešamie papildinājumi Pacientu tiesību likumā, lai aizsargātu visu nepilngadīgo, arī to, kuri cieš garīgu traucējumu dēļ, cilvēktiesības.

Pacientu tiesību jomā nepilngadīgiem pacientiem patstāvīga rīcībspēja par ārstniecības jautājumiem tiek noteikta no 14 gadu vecuma. Pacientu tiesību likuma 13. panta otrā daļa paredz: "Nepilngadīga pacienta no 14 gadu vecuma ārstniecība ir pieļaujama, ja saņemta viņa piekrišana." (Saeima, 2009) Vienlaikus ir noteikts ārsta pienākums izvērtēt nepilngadīgā pacienta briedumu, spēju

9 Raksta autores ieskatā, nav iespējams precīzi norādīt jēdzienu "bērns" un "pusaudzis" saturu saistībā ar cilvēka vecumu. Pacientu tiesību likumā un citos tiesību aktos ir noteikts atšķirīgs tiesību regulējums personām līdz 14 gadu vecumam un 14 gadus sasniegušām un vecākām nepilngadīgām personām. Ne vienmēr cilvēks līdz 14 gadu vecuma sasniegšanai būtu jāsauc par bērnu. Šajā nodaļā par bērniem tiks sauktas personas līdz 14 gadu vecumam, bet par pusaudžiem – personas no 14 gadu vecuma līdz pilngadībai.

10 Šajā rakstā netiek analizēts Ārstniecības likumā ietvertais nepilngadīgo narkoloģiskās piespiedu ārstēšanas regulējums.

sniegt ārstniecībai nepieciešamo informāciju un spēju dot informēto piekrišanu. Tomēr gadījumos, ja pacients atsakās, bet ārstniecība ir nepilngadīgā pacienta labākajās interesēs un neārstēšana var nodarīt būtisku kaitējumu, piekrišanu var dot nepilngadīgā pacienta likumiskais pārstāvis. Par pacientiem līdz 14 gadiem saskaņā ar Pacientu tiesību likuma 13. panta pirmajā daļā noteikto lēmumus par ārstniecību ir jāpieņem pacienta likumīgajam pārstāvim (viens vai abi vecāki vai iecelts aizbildnis). Jāatzīmē, ka piespiest pusaudzi, kas atsakās no ārstēšanas, izmantojot šo likuma normu, būtu pieļaujams tika izņēmuma situācijās, piemēram, ja pastāv tūlītējs apdraudējums personas dzīvībai. Ir nepieciešama plaša un iekļaujoša diskusija par to, kā vērtēt un kā noteikt bērnu un pusaudžu ar garīgiem traucējumiem labākās intereses un kā noteikt būtiska kaitējuma risku. Šajās diskusijās kā līdzvērtīgiem partneriem ir jādarbojas nepilngadīgiem pacientiem ar pieredzi garīgu traucējumu ārstēšanā.

2024. gadā tika izdarīti apjomīgi grozījumi Pacientu tiesību likuma 13. pantā par nepilngadīgu personu tiesībām. Tie paplašināja un nostiprināja nepilngadīgo pacientu tiesību aizsardzību, 13. panta otrajā *prim* daļā paredzot, ka nepilngadīgam pacientam ir tiesības tikt uzklausītam un atbilstoši savam vecumam un briedumam piedalīties ar ārstniecību saistītā lēmuma pieņemšanā un ka nepilngadīgā pacienta viedoklim nozīme tiek piešķirta atbilstoši pacienta briedumam. Bet 13. panta ceturtajā daļā tika noteikts, ka ārstniecības personas atbilstoši savai kompetencei sniedz nepilngadīgam pacientam informāciju viņam saprotamā veidā, īpaši ņemot vērā pacienta veselības stāvokli, vecumu, briedumu un pieredzi. Lai arī varētu būt gadījumi, kad nepilngadīgas personas spējas un briedumu ietekmē garīgi traucējumi, nepamatoti un diskriminējoši būtu uzskatīt un noteikt, ka nepilngadīgai personai piemēroti traucējumi ir tiesību ierobežošanas pamats.

Personu ar GT piekrišana dalībai zinātniskos pētījumos

Cilvēktiesībās balstīta pieeja prasa, lai tiesību aktos būtu noteikts aizliegums bez personas informētās piekrišanas veikt klīniskus vai zinātniskus pētījumus vai eksperimentus ar personām, kam ir garīgi traucējumi. Latvija, ja runājam par tiesisko regulējumu, šo prasību izpilda daļēji. Pacientu tiesību likuma 11. pantā ir noteikta kārtība, kā pacientu var iesaistīt klīniskā pētījumā. Šī panta pirmajā daļā ir norādīts, ka jāsaņem pacienta rakstveida informētā piekrišana un jāizpilda tiesiskajā normā noteiktie nosacījumi. Savukārt 11. panta otrajā daļā ir paredzēts, ka tiesības piekrist pacienta, kurš nespēj paust savu gribu, iesaistīšanai klīniskajā pētījumā ir pacienta pilnvarotajai personai, pacienta laulātajam, partnerim vai tuvākajiem radniekiem. Vienlaikus jākonstatē, ka pētījums var dot reālu un tiešu labumu pacienta veselībai, šādu pētījumu nav iespējams veikt ar pacientiem, kuri spēj paust savu gribu, un pacientiem, kuri iepriekš nav izteikuši iebildumus pret iesaistīšanu klīniskajā pētījumā. Tātad šī norma paredz tiesības iesaistīt pacientu

pētījumā tad, ja tam atļauju ir devusi pacienta pilnvarota persona vai likumā norādītais pārstāvis, vienlaikus apliecinot trīs minētos priekšnosacījumus.

Problemātisks ir Pacientu tiesību likuma 11. panta trešās daļas regulējums, kas paredz, ka gadījumos, ja patients atrodas aizbildnībā vai aizgādībā, rakstveida piekrišanu viņa iesaistīšanai klīniskā pētījumā, vienlaikus pastāvot šā panta pirmās daļas 2. punktā un otrās daļas 1. un 2. punktā minētajiem nosacījumiem, dod pacienta likumiskais pārstāvis, ievērojot pacienta gribu, vai aizgādnie kopā ar pacientu atbilstoši tiesas noteiktajam rīcībspējas ierobežojuma apjomam. Jānorāda, ka personiskajās tiesībās saskaņā ar Civillikuma 365.¹ pantā noteikto, kas ietver arī personas izvēli piedalīties pētījumos, rīcībspējas ierobežojumus nedrīkst noteikt (Ministru kabinets, 1937) un tāpēc nav pieļaujams nodibināt aizgādību un iecelt šajās tiesībās aizgādni. Tāpēc arī nav pieļaujams, ka aizgādnie, kas iecelts materiālo tiesību jomā, varētu pieņemt lēmumu par personas dalību klīniskajos pētījumos. Šī norma ir novecojusi un būtu jāsvīturo.

Vienlaikus ir jāapsver un jāpieņem regulējums par to, kā pacienti ar GT un ierobežotu lemtspēju varētu piedalīties klīniskos pētījumos un tādējādi gūt pozitīvus ieguvumus no pētījumiem kā pacientu grupa. Jāparedz, kā nodrošināt pacientam nepieciešamo atbalstu lēmuma pieņemšanā. Saskaņā ar citās valstīs publicētiem datiem psihiatriskajās iestādēs pacientu ar ierobežotām spējām īpatsvars ir vidēji 45% (Lepping et al., 2015). Būtu jāvērtē arī to pacientu grupa, kuriem ir ierobežotas spējas pieņemt lēmumus saistībā ar pētniecību. Pacientu tiesību likumā būtu jāreglamentē kārtība, kā atbalsta persona var sniegt pacientam atbalstu, pieņemot lēmumu par dalību pētījumā¹¹. Būtu jānosaka, kas un kā kontrolē atbalsta personas darbību gadījumos, kad rodas šaubas par atbalsta personas rīcību.

Ne Pacientu tiesību likumā, ne arī citos normatīvajos aktos netiek regulēta kārtība, kā izvērtēt nepieciešamību iesaistīt pacientus pētījumā, ja viņi nav spējīgi paust savu gribu – piekrist vai atteikties no dalības pētījumā –, un ja nav iespējams saņemt lēmumu par šo jautājumu no Pacientu tiesību likuma 11. panta otrajā daļā norādītā pacienta pārstāvja. Ir iespējamās situācijas, kad personai nav pārstāvja, kad persona ir norādījusi, ka Pacientu tiesību likumā noteiktos tuviniekus tā nevēlas pieļaut kā pārstāvjus, vai arī pastāv objektīvi apstākļi, kuros pacienta pārstāvis nevar pieņemt lēmumu. Vienlaikus ir labi saskatāma nepieciešamība veikt klīnisku pētījumu, kurā piedalās konkrēta pacientu grupa (piemēram, visi pacienti noteiktā laikā noteiktā ārstniecības iestādē), arī tie, kuriem ir ierobežotas spējas pieņemt lēmumus. Tādi ir, piemēram, pētījumi, kuros vērtē pacientu spējas pieņemt lēmumus un rīcību slimnīcā, tie var būt pētījumi, kuros pēta piespiešanas izpausmes un sekas, kā arī neatliekamās palīdzības un krīzes situāciju pētījumi.

11 Atbalsta persona var būt gan paša pacienta izvēlēta persona, gan profesionāla atbalsta persona lēmumu pieņemšanai, kas darbojas saskaņā ar Sociālās palīdzības likumā noteikto.

Lai spējās ierobežotu personu grupu varētu labāk aizsargāt un nodrošināt šai grupai nepieciešamos risinājumus, klīniskie pētījumi nedrīkstētu tikt aizliegti, bet tiem jānotiek ētiski un tiesiski pamatotā kārtībā. Tāpēc ir izmantojami starptautiskajos ētikas dokumentos norādītie principi par personu ar ierobežotām garīgām spējām iesaistīšanu klīniskajos pētījumos bez skaidras šo personu piekrišanas. Norādes uz ētiski pieņemamu rīcību ir ietvertas Pasaules Ārstu asociācijas Helsinku deklarācijas 30. pantā (WMA, 2024), kā arī Starptautisko cilvēku veselības pētījumu ētikas pamatnostādņu 10. vadlīnijās (CIOMS, 2016). Apkopojot šajos dokumentos ietverto, pacientu iesaistīšana pētījumā bez piekrišanas (angļu val. *informed consent waiver*) ir pieļaujama, ja pētnieki pamato, ka pētījums:

- 1) nav un nebūtu iespējams bez konkrētās grupas;
- 2) to nav iespējams veikt ar personām, kas spēj sniegt informēto piekrišanu;
- 3) personu pārstāvju pieejamība ir ierobežota vai arī pastāv neobjektivitāte, pārstāvjiem pieņemot lēmumus;
- 4) tam ir nozīmīga sociālā vērtība, un tas ir paredzēts potenciālā pētāmā subjekta pārstāvētās grupas veselības veicināšanai;
- 5) rada minimālu risku un slogu dalībniekiem;
- 6) to nevar atlikt (lai sagaidītu, kad persona varēs dot piekrišanu).

Secīgi pētījumu ētikas komitejas varētu vērtēt pētnieku priekšlikumu pētījuma veikšanai. Komitejai būtu jāvērtē, vai priekšlikums iekļaut pētījumā personas, kuras nespēj dot piekrišanu, ir pamatots ar iepriekš norādītajiem apsvērumiem. Ja ētikas komiteja atzītu, ka ir pamatoti veikt pētījumu, pētījumā iesaistot personas bez informētās piekrišanas, tā varētu dot atļauju pētījumu veikt, piemērojot speciālo atbrīvojumu iegūt informēto piekrišanu no personām, kuras to nespēj dot vai atteikt.

Lai dotu pētījumu ētikas komitejai tiesības izvērtēt, vai ir atļaujama pētniecība bez pacientu piekrišanas, būtu jāgroza Pacientu tiesību likuma 11. pants. Tajā varētu noteikt, ka komiteja var atbrīvot no informētās piekrišanas, ja pētījums ir svarīgs un atbilst atbrīvojuma piemērošanas kritērijiem, kurus likumā varētu definēt līdzīgi, kā noteikts CIOMS ētikas pamatnostādņēs un Helsinku deklarācijā.

Jāatzīmē, ka Pacientu tiesību likuma 10. panta astotajā daļā ir noteikti gadījumi, kuros ir atļauta pacientu datu izmantošana pētījumos bez pacienta piekrišanas. Tātad

“[m]edicīniskajos dokumentos fiksētos pacienta datus var izmantot pētījumā, arī neievērojot [10.] panta septītajā daļā [noteikto prasību saņemt pacienta rakstveida piekrišanu], ja vienlaikus pastāv šādi nosacījumi:

- 1) pētījums tiek veikts sabiedrības interesēs;
- 2) kompetenta valsts pārvaldes iestāde Ministru kabineta noteiktajā kārtībā ir atļāvuši izmantot pacienta datus konkrētā pētījumā;

- 3) pacients iepriekš rakstveidā nav aizlīdzis viņa datu nodošanu pētniekam;
- 4) ar samērīgiem līdzekļiem nav iespējams iegūt pacienta piekrišanu;
- 5) pētījuma ieguvums sabiedrības veselības labā ir samērojams ar tiesību uz privātās dzīves neaizskaramību ierobežojumu.” (Saeima, 2009)

Kompetenta iestāde, kurai ir tiesības atļaut pacienta datu izmantošanu bez pacienta piekrišanas, ir Slimību profilakses un kontroles centrs. Atļaujas izsniedz Ministru kabineta 2015. gada 4. augusta noteikumos Nr. 446 “Kārtība, kādā atļauj izmantot pacienta datus konkrētā pētījumā” noteiktā kārtībā (Ministru kabinets, 2015).

Diskriminējoša un stigmatizējoša garīgās veselības aprūpes organizācija

Cilvēkiem ar GT nav pieejama šo traucējumu ārstēšana vispārēja profila (daudzprofilu) slimnīcās, jo Latvijā ne tikai vēsturiski ir pastāvējušas, bet arī šobrīd pastāv atsevišķas un specializētas psihiatriskās slimnīcas. Šo slimnīcu darbība ar dažādiem līdzekļiem, piemēram, pēdējo 20 gadu laikā ieguldot ievērojamu valsts un ES fondu finansējumu vēsturisko ēku rekonstrukcijā, tiek nostiprināta un paredzēta arī nākotnē. Finanšu ieguldījums veco psihiatrisko slimnīcu ēku renovācijā mazina valsts iespēju tuvākā vai tālākā nākotnē nodrošināt pāreju uz pacientu ar GT ārstēšanu vispārēja tipa slimnīcās, kas dotu iespēju pacientiem saņemt kvalitatīvāku un piemērotāku veselības aprūpi. Pastāvošā kārtība uztur diskriminējošu pieeju garīgās veselības aizsardzības organizēšanā un veicina stigmatizāciju. Ja valsts orientētos uz cilvēktiesībās balstītu GT ārstēšanu, tai būtu jāplāno psihiatrijas nodaļu izveidošana vispārējā tipa slimnīcās. Ir izšķērdīgi ieguldīt jau tā ierobežotos veselības aprūpes līdzekļus novecojušā psihiatrijas modeļa uzturēšanā. Šos līdzekļus varētu izmantot kvalitatīvai aprūpei vai novirzīt sabiedrībā balstītu pakalpojumu attīstībai, kas pacientiem Latvijā ir ļoti nepieciešams.

Droši un labvēlīgi veselības aprūpes pakalpojumi kopumā un garīgās veselības nozarē ir svarīgi personas atveseļošanās un labklājības nodrošināšanai. Saņemot aprūpi un atbalstu, neviena persona nedrīkst atrasties jebkādā veidā nedrošos vai antisanitāros apstākļos. Neatbilstoši apstākļi, jo īpaši stacionāros, var būt uzskatāmi par spīdzināšanu un sliktu izturēšanos. Garīgās veselības aprūpes iestādēs jābūt tikpat labiem apstākļiem kā jebkurā citā veselības aprūpes iestādē, kur tiek sniegta stacionāra ārstēšana, aprūpe un atbalsts. Izstrādājot pakalpojumus, būtu jāievēro universālā dizaina principi (WHO, 2023, p. 45). Tāpēc cilvēktiesībās balstīta pieeja paredz, ka tiesiskajam regulējumam ir jāietver tiesības saņemt drošu un kvalitatīvu veselības aprūpi, kas aptvertu visas pacientu vajadzības.

Latvijas tiesību aktos ir paredzētas tikai vispārējās tiesības uz veselības aprūpi, bet nav atsevišķi noteikts, kā tiesības saņemt visus nepieciešamos ārstniecības

pakalpojumus personas var īstenot tad, ja tās ārstējas specializētājās slimnīcās, īpaši tad, ja ārstēšana noteikta kā piespiedu līdzeklis. Zināms¹², ka psihiatriskajās slimnīcās Latvijā pacientiem nav iespējams saņemt plaša profila ārstniecisku palīdzību, kas īpaši svarīga cilvēkiem, kam ir vairākas hroniskas slimības. Izšķirīgi svarīga visaptverošas palīdzības pieejamība ir personām, kurām psihiatriskajās slimnīcā ir ierobežota brīvība. Tāpēc psihiatrijas nodaļu integrēšana vispārējās slimnīcās būtu nozīmīga, lai nodrošinātu kvalitatīvas ārstniecības tiesības. Nav saprātīgi un pamatoti organizēt un finansēt daudzprofilu, proti, dažādu pacientam piemītošu hronisko slimību ārstēšanu psihiatriskajās slimnīcā. Nav saprātīgi organizēt un finansēt pacientu pārvadāšanu no psihiatriskās uz vispārēja tipa slimnīcu. Jāievēro, ka nereti GT var būt somatiskas slimības izpausme vai attīstīties šādas slimības fonā. Ja šādi pacienti nonāk psihiatriskajā, nevis vispārēja tipa slimnīcā, viņu veselība un dzīvība tiek apdraudēta nepieejamas nepieciešamās ārstēšanas dēļ. Ir iespējams, ka ārstēšanas laikā un medikamentu, piemēram, psihotropo līdzekļu, iedarbības rezultātā, pacienta vispārējais veselības stāvoklis var pasliktināties un viņam ir nepieciešama specializēta palīdzība. Pieeja, ka cilvēku, kuram izpaužas garīgi traucējumi, piemēram, somotogēns delīrijs, nogādā psihiatriskajā slimnīcā, bet neizmeklē un neārstē kompleksi, ir diskriminējoša un veselību un dzīvību apdraudoša.

Jāatzīmē, ka Ministru kabineta 2022. gada 13. decembra rīkojumā “Par psihiskās veselības aprūpes organizēšanas uzlabošanas plānu 2023.–2025. gadam” (turpmāk – Psihiskās veselības plāns; Ministru kabinets, 2022) ir paredzēta gultasvietu skaita samazināšana psihiatriskajās slimnīcās, bet netiek plānoti pasākumi, kas ļautu iekļaut psihiatrisko palīdzību vispārējā tipa slimnīcās.

Līdzīgi tiek organizēta garīgās veselības aprūpe bērniem. Pozitīvi vērtējams fakts, ka bērniem Rīgā slimnīcas pakalpojumi ir pieejami vispārējā (universāla) tipa slimnīcā. 2023. gada beigās Bērnu klīniskajā universitātes slimnīcā tika atklāta jauna ēka, kas būvēta tieši Bērnu un jauniešu psihiskās veselības centra ierīkošanai. (Bērnu klīniskā universitātes slimnīca, 2023) Pavisam nesen vēl nepilngadīgus jauniešus, kuriem jāsniedz neatliekamā palīdzība psihomotorā uzbudinājuma gadījumā, bija pieļauts ievietot ne tikai bērnu, bet arī pieaugušo slimnīcā – Nacionālajā psihiskās veselības centrā – kopējā nodaļā, kur uzturas akūtā stāvoklī esoši vai ekspertīzei pakļauti pilngadīgi pacienti (Nacionālais veselības dienests, 2025, 12.1.2. punkts). Tā bija nepieļaujama nepilngadīgos diskriminējoša prakse, kas izraisīja nepilngadīgām personām augstu risku nesaņemt kvalitatīvu palīdzību un pakļāva tās augstam dubulta kaitējuma riskam krīzes situācijā, kuru rada ievietošana nepiemērotā ārstniecības iestādē.

12 Autore izpētītā psihiatrisko slimnīcu tīmekļa vietnēs publicētā informācija neliecina, ka slimnīcās ir pieejama integrēta dažādu ārstniecības speciālistu aprūpe. Netieši uz to ir atrodamas norādes Psihiskās veselības plānā 2023.–2025. gadam.

Citās Latvijas pilsētās bērniem, kuriem ir vajadzīga veselības aprūpe slimnīcas apstākļos, arī psihiatriskā palīdzība, ir iespēja saņemt ārstēšanu atsevišķi iekārtotās bērnu nodaļās specializētās pieaugušiem paredzētās psihiatriskajās slimnīcās Jelgavā, Daugavpili vai Liepājā. Latvijā vēl joprojām atsevišķi darbojas bērnu psihoneiroloģiskā slimnīca "Ainaži". Tajā tiek ārstēti bērni un pusaudži ar "ieilgušiem un ilgstošiem" psihiskiem traucējumiem un slimībām no visas Latvijas. (VSIA "Bērnu psihoneiroloģiskā slimnīca "Ainaži"", 2025) Šāda pieeja, bērnus ar garīgiem traucējumiem, kuriem nepieciešama ilgstoša ārstniecība (vienu mēnesi vai ilgāk)¹³, ievietojot slimnīcā, kas nereti ir tālu no mājām un ierastās vides, nav piemērotas psihiskās palīdzības bērniem piemērs.

Vērtējot slimnīcu publicēto informāciju par pacientu tiesībām garīgās veselības aprūpes jomā, tajā konstatējami neskaitāmi diskriminējošas un stigmatizējošas pacientu aprūpes prakses piemēri. Viens no tādiem ir Bērnu klīniskās universitātes slimnīcas prasība bērnam trīs dienas valkāt tikai slimnīcas apģērbu, ja viņš ir veicis paškaitējumu vai kāda ar varu apveltīta persona (vecāks, ārsts) uzskata, ka paškaitējuma risks ir augsts (Bērnu klīniskā universitātes slimnīca, 2024).

Ir jānodrošina bērniem kā īpaši aizsargājamai pacientu grupai visas šai grupai specifiskās vajadzības, tostarp tiesības uz vecāku (vai ieceltu aizbildņu) klātbūtni un atbalstu visā ārstniecības procesā, tiesības sazināties un tikties ar tuviniekiem un draugiem bez nepamatotiem ierobežojumiem. Visām ārstniecības iestādēm, kuras piedāvā pakalpojumus nepilngadīgajiem, ir pienākums nodrošināt vismaz viena no bērna vecākiem klātbūtni ārstniecības procesā visu laiku, arī slimnīcā. Pusaudžu ārstēšanā nozīmīgs ir nepilngadīgās personas viedoklis par šo jautājumu. No publiski pieejamās informācijas par bērnu un vecāku tiesībām slimnīcās, kurās ārstē nepilngadīgos¹⁴, secināms, ka vecāku klātbūtni bērniem, kam ir garīgi traucējumi, slimnīcas nodrošina ierobežoti. Nepilngadīga pacienta tiesības bez pamata ierobežo ar slimnīcu izdotiem iekšējās kārtības noteikumiem, piemēram, nosakot, ka "mobilos telefonus saziņai pacienti var lietot vienu stundu dienā – laikā no 16.00 [līdz] 17.00. Pārējā laikā telefoni atrodas pie nodaļas aprūpes personāla", vai aizliedzot "aicināt ciemos nepilngadīgus apmeklētājus" (Bērnu klīniskā universitātes slimnīca, 2024). Šāda rīcība nav tiesiski pamatota un attaisnojama attiecībā uz visiem tiem nepilngadīgajiem, kuriem ārstniecības iestādes patvaļīga rīcība rada bērna tiesību aizskārumu vai tā risku.

Psihiskās veselības plānā kā problēma ir norādīts multidisciplināras ārstniecības komandas pieejamības trūkums psihiatrijā: "Gan stacionārā, gan ambulatorā ārstēšanas procesā šobrīd nav pietiekami iesaistīta multidisciplinārā komanda, nav pietiekama sadarbība starp psihiatriem, citām ārstniecības procesā iesaistītajām ārstniecības personām un pašvaldību sociālajiem

13 Šādu informāciju slimnīca norādījusi savā tīmekļa vietnē.

14 Bērnu klīniskā universitātes slimnīca, psihoneiroloģiskā slimnīca "Ainaži".

dienestiem.” (Ministru kabinets, 2022) Plānā paredzēts noteikt optimālu speciālistu un posteņu skaitu psihiatriskā profila nodaļās, kā arī skaidrāk noteikt rehabilitācijas pasākumus stacionārās ārstēšanas posmos.

Cilvēktiesībās balstītas pieejas īstenošanai ārstniecības procesa realitātē izšķirīga nozīme ir ārstniecības iestāžu amatpersonu un visu ārstniecības procesā iesaistīto personu zināšanām, prasmēm un kompetencēm par cilvēktiesību jautājumiem. Tam nepieciešama gan veselības aprūpes darbinieku un citu iesaistīto personu apmācība, gan plaša sabiedrības izglītošana par garīgās veselības jautājumiem. (WHO, 2023, p. 37) Latvijas Plānā personu ar invaliditāti vienlīdzīgu iespēju veicināšanai ir paredzēts, ka ārstniecības iestādēm un ārstniecības personām tiks organizēti informatīvie pasākumi par personu ar funkcionāliem traucējumiem vajadzībām. Tiek plānots apzināt pacientu pieredzi, saņemot veselības aprūpes pakalpojumus. (Ministru kabinets, 2024b) Pasākumi, kas būtu vērsti uz cilvēktiesībās balstītas pieejas ieviešanu garīgās veselības aprūpē, ir jāplāno, gan ietverot tos izstrādājamajos veselības aprūpes politikas dokumentos, gan organizējot ārstniecības personu izglītību un tālākizglītību.

Tiesību aktos būtu jānosaka un praksē jānodrošina, ka cilvēkiem ar GT, ja tie ārstējas specializētās garīgās veselības aprūpes iestādēs, ir jābūt tiesībām un reālai iespējai saņemt visus nepieciešamos veselības aprūpes pakalpojumus bez kavēšanās un bez dažādu veidu organizatoriskajām darbībām (piemēram, pārvešanas uz citu ārstniecības iestādi). Īpaša vērība jāvelta pacientiem, kuri ārstniecības iestādēs ir ievietoti piespiedu kārtā, nepilngadīgiem pacientiem, kā arī pacientiem, kuri ir ierobežoti savās spējās rūpēties par nepieciešamajiem veselības aprūpes pakalpojumiem paši vai ar tuvinieku vai atbalsta personu palīdzību.

Pienākums nodrošināt un tiesības saņemt kvalitatīvu garīgās veselības aprūpi

Kvalitatīva veselības aprūpe ir priekšnoteikums iespējamu un sagaidāmu ārstēšanas rezultātu sasniegšanai. Latvijas Nacionālajā attīstības plānā 2021.–2027. gadam rīcības virzienā “Uz cilvēku centrēta veselības aprūpe” ir noteikts vispārējs uzdevums attīstīt multidisciplinārus un starpnozaru sadarbībā balstītus pakalpojumus ambulatorajā, stacionārajā un ilgtermiņa aprūpē pacientiem ar hroniskām slimībām, it īpaši pacientiem ar psihiskās veselības un uzvedības traucējumiem. (Saeima, 2020) Ar atsauci uz Nacionālo attīstības plānu viens no Psihiskās veselības plānā noteiktajiem rīcības virzieniem ir kvalitātes noteikšana un izlīdzināšana valsts psihiskās veselības aprūpes pakalpojumos.

Ārstniecības likuma 66. pants noteic, ka psihiski slimajiem (likumā lietots novecojis termins – autores piezīme) ir tiesības saņemt medicīnisko palīdzību un aprūpi tādā kvalitātē, kāda atbilst pieņemtajiem vispārējās medicīnas

standartiem.¹⁵ Kvalitātes noteikšanai un kontrolei ir piemērojama Ārstniecības likuma 9.¹ panta pirmās daļas norma, kas paredz, ka ārstniecību veic atbilstoši klīniskajām vadlīnijām, klīniskajiem algoritmiem un klīniskajiem ceļiem vai ārstniecībā izmantojamo metožu un zāļu lietošanas drošības un ārstēšanas efektivitātes novērtējumam. Pacientu tiesību likuma 5. panta pirmajā daļā noteikts, ka katrai personai ir tiesības Ārstniecības likumā noteiktajā kārtībā saņemt veselības stāvoklim atbilstošu ārstniecību. Bet šīs pašas normas otrajā daļā noteikts, ka pacientam ir tiesības uz kvalitatīvu ārstniecību. Garīgās veselības aprūpei kopumā un tajā izmantojamiem ārstniecības līdzekļiem ir jābūt pamatotiem ne tikai Latvijā izstrādātās klīniskajās vadlīnijās un algoritmos, kā to nosaka likums, bet primāri tiem ir jābūt zinātniski pamatotiem. Zinātniskais pamatojums izšķirīgi svarīgs jebkurai darbībai garīgās veselības jomā, ne tikai ārstēšanai ar medikamentiem, bet arī pacientu tiesību noteikšanai un īstenošanai, aprūpes procesu organizēšanai un psihiatrisko ekspertīžu veikšanai. Ikvienu ārstēšanas veida piemērotību, drošību un klīnisko efektivitāti apliecina pētījumos iegūti dati. Tāpēc ir pētījumi, kuros tiek iegūti dati par procesu organizāciju, par pacientu pieredzi un vajadzībām. Lai nodrošinātu cilvēktiesībās balstītas pieejas ieviešanu, ir nepieciešami arī mērķēti pētījumi par cilvēktiesību ievērošanu ārstniecības iestādē un pētījumi par veselības aprūpes kvalitāti.

Slimību profilakses un kontroles centra uzturētajā klīnisko vadlīniju datu bāzē (Slimību profilakses un kontroles centrs, 2020a) šī raksta autore neatrada¹⁶ nevienas klīniskās vadlīnijas par garīgās veselības aizsardzību. Savukārt klīnisko algoritmu sadaļā (Slimību profilakses un kontroles centrs, 2020b) atrodami vairāki 2019. gadā publicēti klīniskie algoritmi garīgās veselības jomā. Nav atrodami dati par to, vai un kādā mērā ir apkopota ārstniecības iestāžu prakse šo algoritmu izmantošanā un vai to izmantošana ir veicinājusi kvalitatīvas palīdzības saņemšanu.

Latvijā regulāri tiek apzināts tikai viens specifisks kvalitātes kritērijs psihiskās veselības jomā: pacientu ar šizofrēniju, šizotipiskiem traucējumiem vai murgiem neatliekama stacionēšana 30 dienu laikā tajā pašā stacionārajā ārstniecības iestādē. Latvijā trūkst specifisku kvalitātes kritēriju, tāpēc trūkst datu, kuri atainotu situāciju valstī kopumā un sniegtu informāciju par psihiskās veselības aprūpes kvalitāti. (Ministru kabinets, 2022) Psihiskās veselības plānā norādītais par faktiski nepastāvošu kvalitātes vērtēšanas un uzraudzības sistēmu psihiatrijā parāda būtisku sistēmisku trūkumu. Kvalitātes mērījumu un uzraudzības trūkums pakļauj augstam riskam ikvienu pacientu, kas saņem psihiskās veselības aprūpi.

Psihiskās veselības plānā (5. punktā) ir paredzēts, ka tiks izveidoti divi metodiskie centri, kas izstrādās un ieviesīs kvalitātes kritērijus psihiatriskajās

¹⁵ Nav gan zināms, vai ir vispārējās medicīnas standarti.

¹⁶ Raksta sagatavošanas laikā 2024. gadā.

slimnīcās, kā arī paredzēts, ka tiks veikts stacionāro psihiskās veselības aprūpes pakalpojumu kvalitātes monitorings. Jācer, ka metodiskās vadības centru darbība būs efektīva un radīs pamatu cilvēktiesībās balstītai un kvalitatīvai garīgās veselības aprūpei nākotnē. VSIA “Nacionālais psihiskās veselības centrs” ir piešķirtas metodiskās vadības centra tiesības, un šī iestāde publicē metodiskās vadības materiālus¹⁷. Būtu svarīgi panākt, ka metodiskās vadības procesā tiek ievēroti cilvēktiesībās balstītas pieejas principi, tiek piedāvāti risinājumi pārejai no biomedicīniskā modeļa uz cilvēktiesībās balstītu garīgās veselības aprūpi. Piemēram, tiek sagatavotas un praksē ieviestas vadlīnijas, kā izskaust piespiešanu, īstenot personu autonomiju, pašnoteikšanās tiesības un nodrošināt personu kvalitatīvu informēšanu.

Pāreja uz sabiedrībā/kopienā balstītu garīgās veselības aprūpi un atbalstu

Sistēmiska un ilgstoša problēma garīgās veselības aprūpē ir tā, ka tiesību akti un veselības aprūpes organizācijas politikas dokumenti, piemēram, Psihiskās veselības plāns, paredz cilvēku ar garīgiem traucējumiem institucionālo aprūpi, izolāciju, kā arī piespiedu un kaitīgu ārstēšanas praksi. (Ministru kabinets, 2022) Lai to mainītu, ir jāizveido un jānodrošina sabiedrībā un kopienā organizēti garīgās veselības aprūpes pakalpojumi. Nepieciešamība un valsts pienākums būtiski mainīt pieeju garīgās veselības aprūpes organizācijā izriet no Konvencijā par personu ar invaliditāti tiesībām noteiktajiem cilvēktiesību principiem, tostarp pamattiesībām uz vienlīdzību, nediskrimināciju, pilnvērtīgu un efektīvu līdzdalību un iekļaušanu sabiedrībā, kā arī cieņu pret cilvēka cieņu un individuālo autonomiju. (WHO, 2021a) Paradigmas maiņa no biomedicīniskā modeļa uz cilvēktiesību modeli prasa pārveidot pakalpojumu sniegšanas organizāciju, lai varētu attīstīt virkni holistisku, uz personu un atveseļošanos orientētu iespēju pieejamību vietējā kopienā. Pretstatā uz slimnīcu orientētiem modeļiem sabiedrībā/kopienā balstīti aprūpes pakalpojumi ir pieejamāki, efektīvāki un iedarbīgāki. (WHO, 2023)

Latvija jau ilgāku laiku plāno ieviest sabiedrībā balstītus pakalpojumus garīgās veselības aprūpē. Vēlme ir sen izteikta, tikai ar darbiem nesokas. Psihiskās veselības plānā (Ministru kabinets, 2022) parādīta šīs pieejas nepieciešamība, ir paredzēts veidot mobilās psihiatriskās komandas un veikt vēl dažus pasākumus. Diemžēl nav tāda veselības aprūpes organizācijas reformu plāna, kas tiešām ļautu cerēt, ka pārskatāmā nākotnē būtu iespējama un sagaidāma virzība. Netiek

17 VSIA “Nacionālais psihiskās veselības centrs” materiāli publicēti šeit: <https://npvc.lv/metodiskie-standarti-un-materiali/>

arī paredzēti tādi likumdošanas pasākumi, kas būtu nepieciešami virzībai uz sabiedrībā balstītu pakalpojumu ieviešanu un nodrošināšanu.

Ministru kabineta 2018. gada 28. augusta noteikumi Nr. 555 “Veselības aprūpes pakalpojumu organizēšanas un samaksas kārtība” paredz, ka cilvēks ar GT var saņemt ģimenes ārsta konsultācijas, psihiatrijas speciālista un psihologa ambulatorās konsultācijas ārstniecības iestādēs un ārstēšanu psihiatriskajās slimnīcās. Pakalpojumi, kas būtu balstīti sabiedrībā/kopienā, nav paredzēti un netiek arī finansēti. Ģimenes ārsta pakalpojumi ir plaši pieejami un tādi paši kā citiem pacientiem, turpretim ambulatorie psihiatrijas speciālistu pakalpojumi pieejami ierobežoti to izvietojuma un ilgo gaidīšanas rindu dēļ. Ambulatorie pakalpojumi ir daļēji nošķirti, proti, tos lielā apjomā nodrošina psihiatriskās slimnīcas, bet ambulatorajās nodaļās. Lai mazinātu novecojošo pieeju, ir jāattīsta jaunas pakalpojumu sniegšanas vietas un veidi, pēc iespējas ievērojot kopienā balstītu pakalpojumu sniegšanas principus.

Latvijai nav jāizdomā, kā tas būtu darāms un kādas pieejas ir zinātniski pamatotas. Šo darbu nesen ir izdarījuši PVO un tās pieaicināta ekspertu komanda. PVO 2021. gadā ir publicējusi “Vadlīnijas par kopienas garīgās veselības aprūpes pakalpojumiem: uz personu vērsti un tiesībās balstīti risinājumi” (*Guidance on community mental health services: Promoting person-centred and rights-based approaches*; WHO, 2021a). Tās ietver gan vispārīgus sabiedrībā/kopienā balstītu garīgās veselības aprūpes pakalpojumu attīstības ieteikumus, gan septiņus atsevišķu vadlīniju dokumentus, kuros parādītas iespējas attīstīt uz personu vērstus un tiesībās balstītus pakalpojumus dažādās situācijās un apstākļos, tostarp krīzes pakalpojumu sniegšanu, slimnīcu pakalpojumus un garīgās veselības aprūpes tīklu veidošanu. Šajās vadlīnijās ir izklāstītas dažādas uz tiesībām un inovācijām balstītas iespējas, parādīti labas prakses piemēri un konkrētas darbības to ieviešanai. PVO un citu organizāciju dokumentos raksturotie kopienā balstītie veselības aprūpes pakalpojumu piemēri konkrēti parāda, ka paradigmas maiņa ir iespējama un, to panākot, būtisku ieguvumu gūst gan atsevišķi cilvēki, gan sabiedrība kopumā.

Lai sabiedrībā/kopienā balstīti pakalpojumi būtu iespējami, lai varētu izveidot uz personu vērstu un uz tiesībām balstītu sistēmu, Latvijā ir jāveic tiesību reforma un secīgi organizatoriski pasākumi. Lai reformu sagatavotu, ir sistēmiski jāizvērtē esošais tiesiskais regulējums un jāizvērtē nepieciešamie tiesību normu grozījumi, kas ierobežo vai traucē kopienā attīstītu pakalpojumu sasniegšanu. Piemēram, ir noteikts, ka veselības aprūpes pakalpojumus sniedz ārstniecības iestādēs, kuras ir reģistrētas reģistrā. Kopienā balstītu pakalpojumu gadījumos ir jāreglamentē iespēja sniegt ārstniecības pakalpojumus ārpus iestādēm, vietās, kurās cilvēkiem ar garīgiem traucējumiem tos ir piemēroti saņemt. Tiesību aktos ir jāparedz tiesības saņemt sabiedrībā/kopienā balstītus

multidisciplināru komandu sniegtus pakalpojumus, lai varētu holistiski nodrošināt un atbalstīt cilvēka pamatvajadzības.

Psihiatrijas pakalpojumi slimnīcās nav piemērots risinājums bērniem un pusaudžiem ar garīgiem traucējumiem, izņemot atsevišķas neatliekamas un sarežģītas situācijas. Bērniem un pusaudžiem veselības aprūpi var organizēt un nodrošināt sabiedrībā/kopienā organizētu pakalpojumu veidā. Bērnu un jauniešu psihiskās veselības centriem būtu jāatrodas ārpus slimnīcām. Valsts apmaksātas konsultācijas bērniem un jauniešiem, kuri saskaras ar dažādām mentālās veselības grūtībām, kā arī atbalstu viņu tuviniekiem piedāvā sociālā bezpeļņas organizācija "Pusaudžu resursu centrs". Šīs organizācijas pakalpojumi ir pieejami deviņās Latvijas pilsētās – gan konsultācijas klātienē, gan attālināti. Būtu nepieciešams stiprināt šo pozitīvo praksi, kā arī paplašināt un dažādot iespējas nepilngadīgām personām saņemt palīdzību un atbalstu pēc iespējas tuvāk dzīves vietai nepilngadīgām personām piemērotā un pieņemamā formā.

Sociālās aprūpes jomā, pamatojoties uz ANO Konvencijas par personu ar invaliditāti tiesībām prasībām, Latvija attīsta deinstitucionalizācijas politiku, bet veselības aprūpē par tās ieviešanu runā, pat norāda plānos¹⁸, bet realitātē netiek ieviesti pakalpojumi, kas deinstitucionalizācijai ir vajadzīgi.

Nākamajā plānošanas periodā, pēc 2025. gada, garīgās veselības aprūpes plānā un veselības aprūpi reglamentējošos tiesību aktos ir jāietver tādi pasākumi, kas uzlabo garīgās veselības aprūpes pakalpojumu pieejamību tieši kopienu līmenī gan bērniem, gan pieaugušiem. Ir jāatsakās no Latvijas līdzšinējās politiskās un administratīvās izvēles, proti, jāpārtrauc ieguldīt finanšu un citus resursus psihiatrisko slimnīcu ēku un centralizētu garīgās veselības aprūpes organizāciju un vadības uzturēšanai. Tas Latvijas sabiedrību attālina no iespējas veidot un attīstīt kopienā balstītas pieejas. Sašaurinot un reformējot psihiatrisko slimnīcu darbību, būtu iespējams pārdalīt ierobežotos resursus, lai tos efektīvāk un mērķtiecīgāk izmantotu tādu aprūpes pakalpojumu attīstībā, kas balstīti uz pacientu centrētā sabiedrībā. Tāpēc nākotnes tiesību aktos un plānos ir jāparedz konkrēti risinājumi, kas nepieciešami ne tikai deinstitucionalizācijai sociālās aprūpes jomā, bet arī veselības aprūpes jomā. Tiesību aktos ir jāparedz finanšu un cilvēkresursu pārdale no specializētām veselības aprūpes iestādēm uz sabiedrībā balstītiem pakalpojumu risinājumiem.

Vienlaikus ir jāpapildina tiesību akti tā, lai tiktu nodrošināta sabiedrībā balstītu pakalpojumu attīstība cilvēkiem ar GT, paredzot iespēju saņemt palīdzību ne tikai veselības aprūpes iestādēs, bet arī krīzes centros, sociālās palīdzības dienestos un citur, pēc iespējas pielāgojot to personas vajadzībām un nodrošinot tuvāk dzīvesvietai. Tāpēc tiesību aktos ir jāparedz veidi un procesi, kas nodrošina veselības aprūpes un sociālās aprūpes pakalpojumu integrāciju un apvienošanu.

¹⁸ Psihiskās veselības plānā ir paredzēts deinstitucionalizācijas risinājums – samazināt gultu skaitu slimnīcās.

Likumdošanas process garīgās veselības jomā: likumprojektu sagatavošana, apspriešana un pieņemšana, izpilde un kontrole

Kvalitatīvs likumdošanas un politikas plānošanas process ir priekšnoteikums, lai tiesību aktu normas varētu nodrošināt pietiekamu un efektīvu cilvēktiesību īstenošanu. Tāpēc ir jāizvērtē, vai likumdošanas procesā tiek izmantoti tie risinājumi, kas nepieciešami kvalitatīva rezultāta sasniegšanai. Pirmkārt, ikviena likumdošanas procesa pirmajā posmā ir rūpīgi un visaptveroši jāpārskata nacionālie tiesību akti un jāizanalizē tajos noteikto tiesību ietvars, esošo tiesību atbilstība un trūkumi saskaņā ar valsts starptautiskajām saistībām cilvēktiesību jomā. Saeimā iesniegto likumprojektu anotācijas, īpaši veselības aprūpes jomā, nereti liecina, ka nav ievērotas ANO konvenciju un citas starptautisko cilvēktiesību normas, ka likumdošanas priekšlikumi neatbilst cilvēktiesību principiem un cilvēktiesībās balstītas pieejas standartiem. Autores pieredze liecina, ka cilvēktiesību principu nepārziņāšana un neievērošana ir bieža parādība veselības aprūpes likumdošanas procesos Latvijā. Šo trūkumu ir iespējams novērst, piesaistot cilvēktiesību speciālistus un ekspertus, kā arī ievērojot starptautisku institūciju izdotas rekomendācijas par garīgās veselības aprūpes tiesisko regulējumu. PVO 2023. gadā izdotās vadlīnijas ir izcils materiāls, kura izmantošana Latvijā ļautu panākt kvalitatīvāku likumdošanas priekšlikumu sagatavošanu.

Otrkārt, likumdošanas procesā, arī likumprojektu izstrādes posmā, ir aktīvi jāiesaista visas galveno ieinteresēto personu grupas, arī personas ar garīgās veselības un psihosociāliem traucējumiem un viņu pārstāvības organizācijas. Likumprojektu sagatavošanā iesaistītajām personām būtu jābūt labi informētām un zinošām par cilvēktiesību jautājumiem, ar izpratni par starptautiskajos tiesību aktos noteiktajiem valsts pienākumiem un saistībām cilvēktiesību jomā, tostarp par tiesībām, kas nostiprinātas ANO Konvencijā par personu ar invaliditāti tiesībām. (WHO, 2023) Arī Satversmes tiesa vairākās lietās ir norādījusi, ka

“labas likumdošanas princips negarantē konkrētu vienai personai vai personu grupai vēlamu rezultātu, tomēr tā ievērošana ikvienam dod pārlicību par to, ka attiecīgais jautājums ir demokrātiski apspriests, proti, dažādi viedokļi ir pausti un analizēti, un labākais iespējamais līdzsvars starp dažādām konfliktējošām tiesībām un interesēm ir ticis meklēts, ievērojot Satversmē ietvertās vērtības un vispārējos tiesību principus”. (Satversmes tiesa, 2019; Satversmes tiesa, 2022)

Gatavojot likumprojektus un likumdošanas priekšlikumus, procesā iesaistītajiem cilvēkiem būtu jābūt labi informētiem par situāciju valstī un jāpārzina tie šķēršļi, kas esošās sistēmas ietvaros kavē īstenot cilvēktiesībās balstītu pasākumu ieviešanu garīgās veselības jomā. Tāpēc šajā procesā ir jāizmanto ar zinātniskām metodēm apkopotī dati par notiekošo, nevis kādas personas “anekdotiskā gadījumā” pamatots ieskaits. Ja dati nav pieejami, ir jānodrošina datu iegūšana un apkopošana.

Likumdošanas procesā ir jāietver un jāprezentē visu iesaistīto pušu priekšlikumi, viedokļi un komentāri, tostarp arī personu ar GT viedokļi. Diskusiju ceļā ir jācenšas saskaņot viedokļus. Diskusijām ir jābūt pietiekami plašām, iekļaujošām un piemērotām, īpaši personu ar GT līdzdalībai. Latvijā pastāv vairāki mehānismi sabiedrības līdzdalībai likumdošanas procesā. Piemēram, Veselības ministrijas vai citas iestādes sagatavotos likumdošanas priekšlikumus publicē Tiesību aktu portālā un tā izsludina sabiedriskai apspriedei. Šajā portālā personas (gan ne visos gadījumos) un organizācijas, oficiāli autorizējoties, var iesniegt priekšlikumus un iebildumus. Tomēr šāds sabiedrības līdzdalības mehānisms nav pietiekams, lai nodrošinātu personu ar GT līdzdalību visā tiesību aktu izstrādes procesā. Personu ar GT tiesības piedalīties un izvērtēt priekšlikumu atbilstību šīs personu grupas interesēm ir ierobežotas, ja projekts tiek tikai publicēts Tiesību aktu portālā, bet procesā netiek mērķtiecīgi iesaistīti pacientu pārstāvji, kā arī noteiktas organizācijas un to pārstāvji netiek informēti par to, kur un kādi priekšlikumi tiek izstrādāti vai ir izteikti.

Treškārt, lai vērtētu, kā atbildīgās iestādes (gan valsts un pašvaldības iestādes, gan ārstniecības iestādes, kas ir privāto tiesību subjekti) izpilda saistības cilvēktiesību jomā, tiesību aktos ir jānosaka garīgās veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju pārskatatbildības pienākums. Proti, veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējam ir jānodrošina cilvēktiesībās balstītu pakalpojumu sniegšana un jāpieņēma, kā tiek izpildīts cilvēktiesību ievērošanas pienākums. Regulējumu varētu veidot līdzīgi tam, kā datu pārziņa pārskatatbildības pienākumu nosaka personas datu aizsardzības jomā. (Eiropas Parlaments un Padome, 2016, 5. panta otrā daļa).

Daži soļi šajā virzienā jau ir sperti. Piemēram, Pacientu tiesību likuma 3. panta septītā daļa (spēkā kopš 2025. gada 1. jūlija), nosaka:

“Ārstniecības iestādei ir pienākums sistēmiski un sistemātiski veicināt pacientu tiesību ievērošanu, rūpēties par pacientu tiesību aizsardzību un īstenošanu ikvienā veselības aprūpes situācijā. Stacionārā ārstniecības iestāde un daudzprofila ambulatorā iestāde izstrādā pacientu tiesību īstenošanas plānu un nodrošina tā izpildi.” (Saeima, 2009)

Ārstniecības iestāžu atbildība cilvēktiesību ievērošanā ir ne tikai jānosaka tiesību aktos, bet arī jāparedz tiesības gan pacientiem, gan pacientus pārstāvošām organizācijām, pētniecības organizācijām un citām sabiedrības grupām pieprasīt informāciju no ārstniecības iestādēm un tiesības iepazīties ar dokumentiem, kas nosaka garīgās veselības aprūpes iestāžu, to struktūru vai dienestu darbību, tostarp tiesības saņemt šo iestāžu dokumentu kopijas.

Lai tiesības kļūtu par realitāti, ir nepieciešams ne tikai atbilstošs regulējums, zinoši un prasmīgi tiesībās noteiktu risinājumu ieviesēji un īstenotāji, bet arī valsts līmeņa publiskās varas pārraudzības institucionāla sistēma, kuras uzdevums ir pārraudzīt tiesību aktu īstenošanas procesus un atbilstoši reaģēt, ja

praksē tiek novērota tiesību normās noteiktu tiesību ierobežošana vai citāda negatīva ietekme uz personām. Tiesībsarga birojs kā iestāde Latvijā uzrauga ANO Konvencijas par personu ar invaliditāti tiesībām 33. panta 2. punktā noteikto pienākumu veicināt, aizsargāt un pārraudzīt šajā konvencijā noteikto tiesību īstenošanu. Tiesībsargs pilda konvencijā noteikto neatkarīgā monitoringa mehānisma mandātu. Tiesībsargs izskata gan pārbaudes lietas jautājumos, kas skar cilvēkus ar invaliditāti, gan veic pētījumus un monitoringus par cilvēku ar invaliditāti tiesību īstenošanu praksē, gan īsteno informatīvās kampaņas un citas aktivitātes. (Tiesībsargs, b. d.)

Lai aizsargātu cilvēktiesības, ir svarīgi, ka tiesību aktos precīzi nosaka personu, kuras izmanto garīgās veselības aprūpes pakalpojumus, tiesības iesniegt sūdzības un lūgt tiesas aizsardzību par jebkuru garīgās veselības aprūpes aspektu. Latvijā pacienta tiesības iesniegt sūdzības ir noteiktas Pacientu tiesību likumā. Veselības aprūpes kvalitāti ir tiesīga kontrolēt Veselības inspekcija. Latvijas tiesu praksē ir noteikti ierobežojumi, kas neļauj efektīvi īstenot pacienta tiesības sūdzēties. Proti, Augstākā tiesa ir atzinusi, ka sūdzību, kuru pacients iesniedz Veselības inspekcijai par ārstniecības procesā, iespējams, pieļautajiem tiesību pārkāpumiem, ir jāizskata Iesnieguma likumā noteiktā kārtībā (Olsena, 2022b). Šāds pacienta sūdzību izskatīšanas process nenodrošina efektīvas pacienta sūdzības tiesības. Tāpēc jāaicina Augstākā tiesa mainīt šo kļūdaino praksi.

Ārstniecības likuma 68. panta piecpadsmitajā daļā un 69.¹ panta desmitajā daļā ir noteiktas pacienta tiesības iesniegt sūdzības ārstniecības iestādes vadītājam vai, ja tiesa ir piemērojusi piespiedu ārstēšanu, augstākas instances tiesai. Iepriekš sūdzības izskatīja tās tiesas priekšsēdētājs, kura lēmumu ir pieņēmusi. Šāda sūdzību kārtība nebija efektīva. Pacientam ir jābūt tiesībām iesniegt sūdzību tādai institūcijai, kas ir neatkarīga no iestādes, par kuras darbību ir sūdzība. Jācer, ka nesen mainītā kārtība¹⁹ pārsūdzēt tiesas nolēmumu dos iespēju pacienta tiesības aizstāvēt pilnvērtīgāk.

Tiesību aizsardzībai svarīgi ir arī līdzekļi, kuri efektīvi atlīdzina personai nodarītās ciešanas un zaudējumus, ja tiesību aizskārums ir konstatēts un sūdzība atzīta par pamatotu. Pacientu tiesību likuma 16. pantā ir noteikts, ka par ārstniecības procesā veselībai nodarītu kaitējumu atlīdzību var saņemt no Ārstniecības riska fonda. Visos citos gadījumos personai ar GT ir jāvēršas vispārējā kārtībā tiesā. Šī raksta autore uzskata, ka Latvijā pastāvošā tiesību aizsardzības sistēma nav pilnvērtīga, jo ne visos gadījumos, kad tiek aizskartas personas ar GT tiesības, ir paredzēti un pieejami efektīvi līdzekļi nodarīto zaudējumu atlīdzināšanai.

Lai tiesību īstenošana kļūtu par realitāti, ir jāveic pacientu, pacientu tuvinieku un sabiedrības informēšanas veicināšanas pasākumi, lai panāktu, ka visām iesaistītajām personām ir zināšanas par tiesību aktos noteiktajām tiesībām un to

¹⁹ Ārstniecības likuma grozījumi stājās spēkā 2025. gada 16. jūlijā.

īstenošanas iespējām. Lai tas būtu iespējams, ārstniecības personām, sociālo un tiesībaizsardzības iestāžu darbiniekiem ir jānodrošina apmācība par personu ar GT tiesību aizsardzības ietvaru un tā īstenošana praksē.

Nobeigums

Šajā rakstā ir analizēts Latvijas tiesību aktos ietvertais regulējums par personu, kam ir garīgi traucējumi, tiesībām un interesēm, īpaši vērtējot tiesisko regulējumu no cilvēktiesību aizsardzības skatpunkta.

Pēdējos gados starptautiskās cilvēktiesību institūcijas, tostarp PVO, Eiropas Padome, personas ar invaliditāti pārstāvošās organizācijas gan Eiropā, gan Latvijā, akadēmiskās organizācijas, garīgās veselības aprūpes profesionāļu organizācijas, ir izstrādājušas un publicējušas virkni dokumentu, kuros ir izteikti ētiski, tiesiski un medicīnas zinātnē pamatoti priekšlikumi garīgās veselības aprūpes sistēmas nacionālajām reformām. Rakstā ir apkopoti jaunākie PVO, ANO Personu ar invaliditāti tiesību aizsardzības komitejas un citu institūciju un personu atzinumi par cilvēktiesībās balstītas pieejas nepieciešamību un ieguvumiem kā individuāli, tā sabiedrībai kopumā. Rakstā ir parādīti galvenie cilvēktiesībās balstītas pieejas garīgās veselības aprūpē elementi tieši Latvijas tiesību sistēmas kontekstā. Autore izsaka priekšlikumus tiesību aktu un veselības aprūpes reformām, kas ļautu panākt Latvijas cilvēkiem, kam ir garīgi traucējumi, tik ļoti nepieciešamo transformāciju no novecojušās, stigmatizējošās un nereti arī uz piespiešanu balstītās garīgu traucējumu ārstēšanas sistēmas uz cilvēktiesībās balstītu garīgās veselības aizsardzību un veselības aprūpi. Rakstā ir parādītas iespējas, kā panākt paradigmas maiņu attieksmē un pakalpojumu sniegšanā, izdodot vai grozot tiesību aktus un iekļaujot cilvēktiesību aizsardzības risinājumus veselības aprūpes politikas plānos un to īstenošanas kārtībā.

Svarīgi ir norādīt, ka par tiesību reformas un pilnveides iespējām primāri ir jāspriež personām ar GT un ārstēšanas pieredzi psihiatriskajās iestādēs un šīs personas pārstāvošajām organizācijām – gan nacionālā, gan starptautiskā līmenī. Nebūtu pieļaujams, ka tiek turpināta novecojusī pieeja, kur reformu un jaunu plānu izstrādē dominē psihiatrijas nozares ārstniecības speciālistu vai valsts iestāžu darbinieku uzskati par personu ar GT tiesībām un iespējām. Plānojot, izstrādājot un pieņemot tiesību normas un citus personu ar GT tiesības nosakošus priekšrakstus, obligāti ir aktīvi un visās procesa stadijās jāiesaista pēc iespējas plašāks dažādu ieinteresēto personu loks.

Pēdējos gadu desmitos starptautiskajos tiesību aktos, īpaši ANO Konvencijā par personu ar invaliditāti tiesībām, ir pietiekami nostiprināti personu ar garīgiem traucējumiem cilvēktiesību aizsardzības principi. Visas Eiropas Savienības valstis, arī Latvija, ir ratificējušas šo konvenciju un tās protokolu. Satversmes tiesa ir skaidri norādījusi uz šīs konvencijas nozīmīgumu kontekstā ar Satversmē

nostiprināto pamattiesību aizsardzības pienākumu. Latvija jau ir veikusi virkni tiesību reformu, ieviešot konvencijā noteiktos principus Latvijas tiesību sistēmā un cilvēku ar GT dzīvē. Gan Latvijas valsts institūcijām, gan privātajām ārstniecības iestādēm ir ne tikai pienākums, bet arī pietiekamas iespējas veikt nepieciešamās veselības aprūpes reformas, lai panāktu, ka cilvēktiesības, tostarp tiesības uz cilvēka cieņu, brīvību, autonomiju un privāto dzīvi, no Satversmes tekstā noteiktām tiesībām kļūst par cilvēku ar garīgiem traucējumiem un invaliditāti dzīvē klātesošām tiesībām. Lai izdodas!

IZMANTOTĀ LITERATŪRA

TIESĪBU AKTI

Starptautiskie tiesību akti

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

Eiropas Padome (1950) *Eiropas Cilvēktiesību konvencija*. https://www.echr.coe.int/documents/d/echr/convention_lav

Eiropas Padome (1997) *Konvencija par cilvēktiesību un cieņas aizsardzību bioloģijā un medicīnā – Konvencija par cilvēktiesībām un biomedicīnu*. <https://likumi.lv/ta/lv/starptautiskie-ligumi/id/1410>

Eiropas Parlaments un Padome (2016) *Regula (ES) 2016/679 (2016. gada 27. aprīlis) par fizisku personu aizsardzību attiecībā uz personas datu apstrādi un šādu datu brīvu apriti un ar ko atceļ Direktīvu 95/46/EK (Vispārīgā datu aizsardzības regula)*. <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/LV/TXT/?uri=celex%3A32016R0679>

Latvijas Republikas tiesību akti

Ministru kabinets (1937) *Civillikums*. <https://m.likumi.lv/ta/id/225418-civillikums>

Ministru kabinets (2015) *2015. gada 4. augusta noteikumi Nr. 446 “Kārtība, kādā atļauj izmantot pacienta datus konkrētā pētījumā”*. <https://likumi.lv/ta/id/275747-kartiba-kada-atlaj-izmantot-pacienta-datus-konkrete-petijuma>

Ministru kabinets (2018) *2018. gada 28. augusta noteikumi Nr. 555 “Veselības aprūpes pakalpojumu organizēšanas un samaksas kārtība”*. <https://likumi.lv/ta/id/301399-veselibas-aprupes-pakalpojumu-organizesanas-un-samaksas-kartiba>

Ministru kabinets (2022) *2022. gada 13. decembra rīkojums Nr. 939 “Par psihiskās veselības aprūpes organizēšanas uzlabošanas plānu 2023.–2025. gadam”*. <https://likumi.lv/ta/id/338032-par-psihiskas-veselibas-aprupes-organizesanas-uzlabosanas-planu-2023-2025-gadam>

Ministru kabinets (2023a) *2023. gada 31. oktobra noteikumi Nr. 625 “Noteikumi par atbalsta personu lēmumu pieņemšanā pakalpojumu”*. <https://likumi.lv/ta/id/346948-noteikumi-par-atbalsta-personu-lemumu-pienemsana-pakalpojumu>

SOLVITA OLSENA. Cilvēktiesībās balstīta cilvēku ar garīgiem traucējumiem veselības aprūpe

Ministru kabinets (2023b) *Likumprojekts "Grozījumi Ārstniecības likumā"*. <https://titania.saeima.lv/LIVS14/SaeimaLIVS14.nsf/0/FF4509E169ECA9BFC22589B400465203?OpenDocument>

Ministru kabinets (2024a) *2024. gada 4. jūnija noteikumi Nr. 331 "Vienotie iekšējās kārtības noteikumi pacientu ierobežošanai stacionārā psihiatriskās ārstniecības iestādē"*. <https://likumi.lv/ta/id/352516-vienotie-ieksejas-kartibas-noteikumi-pacientu-ierobezosana-stacionara-psihiatriskas-arstniecibas-iestade>

Ministru kabinets (2024b) *2024. gada 21. maija rīkojums Nr. 396 "Plāns personu ar invaliditāti vienlīdzīgu iespēju veicināšanai 2024.–2027. gadam"*. <https://likumi.lv/ta/id/352154>

Saeima (1997) *Ārstniecības likums*. <https://likumi.lv/ta/id/44108-arstniecibas-likums>

Saeima (1998) *Krimināllikums*. <https://likumi.lv/ta/id/88966-kriminallikums>

Saeima (2002) *Sociālo pakalpojumu un sociālās palīdzības likums*. <https://likumi.lv/ta/id/68488>

Saeima (2009) *Pacientu tiesību likums*. <https://likumi.lv/ta/id/203008-pacientu-tiesibu-likums>

Saeima (2010). *Invaliditātes likums*. <https://likumi.lv/ta/id/211494-invaliditates-likums>

Saeima (2018) *Apdrošināšanas līguma likums*. <https://likumi.lv/ta/id/299053-apdrosinanas-liguma-likums>

Saeima (2020) *Par Latvijas Nacionālo attīstības plānu 2021.–2027. gadam*. <https://likumi.lv/ta/id/315879-par-latvijas-nacionalo-attistibas-planu-20212027-gadam-nap2027>

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

TIESU PRAKSE

Latvijas Republikas Satversmes tiesa

Satversmes tiesa (2010) 2010. gada 27. decembra spriedums lietā Nr. 2010-38-01. <https://likumi.lv/ta/id/223658-par-civillikuma-358panta-un-364panta-atbilstibu-latvijas-republikas-satversmes-96pantam>

Satversmes tiesa (2019) 2019. gada 23. aprīļa spriedums lietā Nr. 2018-12-01. <https://likumi.lv/ta/id/306393-par-2018-gada-22-marta-likuma-grozijumi-izglitibas-likuma-1-panta-pirmas-dalas-otras-dalas-vardu-pirmsskolas-izglitibas-un-pama>

Satversmes tiesa (2020a) 2020. gada 25. jūnija spriedums lietā Nr. 2019-24-03. <https://likumi.lv/ta/id/315688-par-ministru-kabineta-2012-gada-18-decembra-noteikumu-nr-913-noteikumi-par-garanteto-minimalo-ienakumu-limeni-2-punkta-atbilsti>

Satversmes tiesa (2020b) 2020. gada 9. jūlija spriedums lietā Nr. 2019-27-03. <https://likumi.lv/ta/id/315986-par-ministru-kabineta-2009-gada-22-decembra-noteikumu-nr-1605-noteikumi-par-valsts-sociala-nodrosinajuma-pabalsta-un-apbedisana>

Satversmes tiesa (2020c) 2020. gada 10. decembra spriedums lietā Nr. 2020-07-03. <https://likumi.lv/ta/id/319375-par-ministru-kabineta-2011-gada-5-decembra-noteikumu-nr-924-noteikumi-par-vecuma-pensijas-minimalo-apmeru-22-apakspunkta-ministru-kabineta-2009-gada-22-decembra-noteikumu-nr-1605-noteikumi-par-valsts-sociala-nodrosinajuma-pabalsta-un-apbedisanas-pabalsta-apmeru-ta-parskatisanas-kartibu-un-pabalstu-pieskirsanas-un>

SOLVITA OLSENA. Cilvēktiesībās balstīta cilvēku ar garīgiem traucējumiem veselības aprūpe

izmaksas-kartibu-21-apakspunkta-redakcija-kas-bija-speka-lidz-2019-gada-31-decembrim-kari-ministru-kabineta-2019-gada-3-decembra-noteikumu-nr-579-noteikumi-par-minimalas-valsts-vecuma-pensijas-apmeru-2-punkta-un-32-apakspunkta-atbilstibu-latvijas-republikas-satversmes-109-pantam

Satversmes tiesa (2022) 2022. gada 26. maija spriedums lietā Nr. 2021-33-0103. <https://likumi.lv/ta/id/332774-par-covid-19-infekcijas-izplatibas-parvaldibas-likuma-4-panta-pirmas-dalas-8-punkta-izglitiba-likuma-1-panta-1-1-un-12-4-punkt>

Latvijas Republikas Augstākā tiesa

Augstākā tiesa (2022) Administratīvo lietu departamenta 2022. gada 31. marta lēmums lietā Nr. 680084521 (SKA-683/2022). <https://at.gov.lv/lv/tiesu-prakse/judikaturas-nolemumu-arhivs/administrativo-lietu-departaments/hronologiska-seciba?lawfilter=0&year=2022>

LITERATŪRA UN CITI AVOTI

Bērnu klīniskā universitātes slimnīca (2023) Atklāta Bērnu un jauniešu psihiskās veselības centra jaunā ēka: [preses relīze]. <https://www.bkus.lv/jaunums/atklata-bernu-un-jauniesu-psihiskas-veselibas-centra-jauna-eka>

Bērnu klīniskā universitātes slimnīca (2024) *Noteikumi pacientiem un viņus pārstāvošām personām un apmeklētājiem psihiatrijas nodaļā*. <https://www.bkus.lv/lv/noteikumi-pacientiem-vinus-parstavosam-personam> [skatīts 22.08.2025.].

CIOMS – Council for International Organizations of Medical Sciences; WHO – World Health Organization (2016) *International Ethical Guidelines for health-related research involving humans*. <https://cioms.ch/wp-content/uploads/2017/01/WEB-CIOMS-EthicalGuidelines.pdf>

CPT – Eiropas Komiteja spīdzināšanas un necilvēcīgas vai pazemojošas rīcības vai soda novēršanai (2023) *Ziņojums Latvijas valdībai par CPT vizīti Latvijā no 2022. gada 10. līdz 20. maijam*. <https://www.coe.int/en/web/cpt/-/council-of-europe-anti-torture-committee-cpt-publishes-report-on-its-2022-visit-to-latvia>

Eiropas Komisija (2018) *Iekļaujoša komunikācijas Padome ģenerālsekretarītātā*. https://www.consilium.europa.eu/media/35433/lv_brochure-inclusive-communication-in-the-gsc.pdf

Lepping, P., Stanly, T., Turner, J. (2015) Systematic review on the prevalence of lack of capacity in medical and psychiatric settings. *Clinical Medicine*, 15 (4), 337–343. <https://doi.org/10.7861/clinmedicine.15-4-337>

Nacionālais psihiskās veselības centrs (2024) *Mobilās psihiatriskās komandas izveide psihiatrisko pacientu aprūpei mājās*. <https://npvc.lv/wp-content/uploads/2025/01/Mobilas-psihiatriskas-komandas-izveide-psihiatrisko-pacientu-aprupei-majas.pdf>

Nacionālais veselības dienests (2025) *Hospitalizācijas plāns*. <https://www.vmnvd.gov.lv/lv/hospitalizacijas-plans> [skatīts 15.03.2025. un 26.05.2026.].

Olsena, S. (2022a) Cilvēks un valsts. Veselība un tiesības. No: *Medicīnas tiesības*. Otrais papildinātais izdevums. Sagatavojis autoru kolektīvs S. Slokenbergas un S. Olsenas zin. red. Rīga: Tiesu namu aģentūra, 29.–68. lpp.

Olsena S. (2022b) Pacientu tiesību aizsardzības līdzekļi. No: *Medicīnas tiesības*. Otrais papildinātais izdevums. Sagatavojis autoru kolektīvs S. Slokenbergas un S. Olsenas zin. red. Rīga: Tiesu namu aģentūra, 503.–546. lpp.

Olsena, S., Kadīle, 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.

Pusaudžu resursu centrs (b. d.) Kas ir Pusaudžu resursu centrs? <https://pusaudzucentrs.lv/pusaudzu-resursu-centrs/> [skatīts 15.03.2025.].

Slimību profilakses un kontroles centrs (2020a) *Klīnisko vadlīniju datu bāze*. <https://www.spkc.gov.lv/lv/klinisko-vadliniju-datu-baze> [skatīts 15.03.2025.].

Slimību profilakses un kontroles centrs (2020b) *Klīniskie algoritmi, pacientu ceļi, indikatori* (ESF projekts). <https://www.spkc.gov.lv/lv/kliniskie-algoritmi-pacientu-celi-indikatoriem-esf-projekts> [skatīts 15.03.2025.].

Strenču psihoneiroloģiskā slimnīca (b. d.) Par slimnīcu. <https://www.strencupns.lv/par-mums/> [skatīts 25.03.2025.].

Strenču psihoneiroloģiskā slimnīca (2025) *Pacientu iekšējās kārtības noteikumi*. https://www.strencupns.lv/wp-content/uploads/2025/03/Pacientu_ieksejas_kartibas_noteikumi_12.03.2025.pdf [skatīts 25.03.2025.].

Tiesībsargs (b. d.) *Cilvēku ar invaliditāti tiesības*. <https://www.tiesibsargs.lv/theme/cilveku-ar-invaliditati-tiesibas/> [skatīts 15.03.2025.].

UN CRPD – United Nations, Committee on the Rights of Persons with Disabilities (2017) *Concluding observations on the initial report of Latvia, 2017: Committee on the Rights of Persons with Disabilities*. <https://digitallibrary.un.org/record/1310664?ln=en&v=pdf>

United Nations Sustainable Development Group (n.d.) *Human Rights-Based Approach*. <https://unsdg.un.org/2030-agenda/universal-values/human-rights-based-approach> [skatīts 15.03.2025.].

VSIA “Bērnu psihoneiroloģiskā slimnīca “Ainaži”” (2025) Par slimnīcu. <https://ainazuslimnica.lv/par-slimnicu/> [skatīts 15.02.2025.].

WHO – World Health Organization (2021a) *Guidance and technical packages on community mental health services*. May 26. <https://www.who.int/publications/i/item/guidance-and-technical-packages-on-community-mental-health-services>

WHO (2021b) *Comprehensive Mental Health Action Plan 2013–2030*. September 21. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240031029>

WHO (2023) *Mental health, human rights and legislation: guidance and practice*. October 9. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240080737>

WHO (2024) *One-third of people in prison in Europe suffer from mental health disorders*. December 19. <https://www.who.int/europe/news-room/15-02-2023-one-third-of-people-in-prison-in-europe-suffer-from-mental-health-disorders>

WMA – World Medical Association (2024) *WMA Declaration of Helsinki – Ethical Principles for Medical research involving Human participants*. <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki/> [skatīts 10.01.2025.].

Cilvēktiesībās balstītas garīgās veselības aizsardzības attīstības iespējas Latvijā

Opportunities for a human rights-based approach to mental health protection in Latvia

Solvita Olsena

 0000-0003-4540-3711

KOPSAVILKUMS

Demokrātiskas valsts pienākums ir aizsargāt un nodrošināt ikviena cilvēka pamattiesības, īpaši aizsargājot tās sabiedrības grupas, kurām ir ierobežotas spējas par savu tiesību aizsardzību parūpēties pašiem. Viena no lielām un maz aizsargātām sabiedrības grupām ir cilvēki ar garīgiem traucējumiem, arī bērni, kuri nereti piedzīvo diskriminējošu un stigmatizējošu attieksmi un dažādus tiesību ierobežojumus. Raksta uzdevums ir gan parādīt cilvēktiesību aizsardzības nozīmību garīgās veselības kā būtiskas vērtības aizsardzībā, gan stiprināt izpratni par cilvēku ar garīgiem traucējumiem cilvēktiesību aizsardzību dažādās dzīves jomās. Latvijā pastāvošais garīgās veselības aizsardzības tiesiskais regulējums, īpaši attiecībā uz cilvēkiem ar garīgiem traucējumiem, nav pietiekami atbilstošs mūsdienām un Latvijai saistošajā ANO Konvencijā par personu ar invaliditāti tiesībām noteiktajiem principiem. Šajā rakstā parādīts, kādi risinājumi pastāv un kādi ir nepieciešami Latvijā, lai ieviestu un nostiprinātu cilvēktiesību principos un normās balstītu garīgās veselības aizsardzību. Rakstā ir izteikti priekšlikumi tiesību aktu reformām Latvijā, kas ļautu uzlabot garīgās veselības aizsardzību un sniegt ieguvumus kā indivīdiem, tā sabiedrībai kopumā.

Atslēgvārdi: garīgā veselība, garīgi traucējumi, cilvēktiesībās balstīta pieeja, cilvēka cieņa, diskriminācija, stigmatizācija, tiesību reforma.

SUMMARY

A democratic state has to safeguard and ensure the fundamental rights of all, especially the society groups with limited abilities to protect their rights. One of the largest and most vulnerable groups in society is people with mental disabilities, including children, who often

experience discriminatory and stigmatising attitudes, as well as restrictions on their rights. This article aims to demonstrate the importance of human rights protection in the protection of mental health as an essential value and to raise awareness of the protection of human rights of people with mental disabilities in different areas of their lives. The existing legal framework in Latvia for the protection of mental health and concerning people with mental disabilities is not sufficiently in line with the modern legal framework and the principles set out in the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities, which is binding on Latvia. This article offers an insight into the existing, as well as required solutions in Latvia for introducing and strengthening mental health protection based on human rights principles and standards. The author proposes legislative reforms in Latvia that would improve mental health protection, benefiting both individuals and society as a whole.

Keywords: mental health, mental disorders, human rights-based approach, human dignity, discrimination, stigmatisation, legal reform.

Ievads

“Visi esam dzirdējuši teicienu *Mens sana in corpore sano* jeb “Veselā miesā vesels gars”. Diemžēl “veselā gara” daļa pārāk bieži tiek atstāta novārtā. Mūsu spēkos ir to mainīt!”

Stella Kirjakidu,

Eiropas Savienības veselības un pārtikas drošuma komisāre
(Eiropas Komisija, 2021)

Veselība kopumā, tostarp garīgā veselība, ir izšķirīgs priekšnoteikums cilvēka pilnvērtīgai dzīvei. Tiesības uz dzīvības un veselības aizsardzību ir cilvēka pamattiesības. “Neskatoties uz zinātnes pētījumiem, kas parāda, ko var darīt, lai novērstu un ārstētu psihiskos traucējumus un veicinātu garīgo veselību, to ieviešana reālajā pasaulē notiek ļoti lēni. Izteikto demogrāfisko, vides un sociālpolitisko pārmaiņu dēļ visās valstīs ir pieaudzis ar garīgiem traucējumiem saistīto slimību slogs.” (Patel, Saxena, Lund, et al., 2018) Lai mazinātu garīgo traucējumu slogu un veicinātu garīgās veselības aizsardzību, ir jāpieņem tiesību normas, jāizveido sistēma un praksē jāievieš tādi tiesību piemērošanas risinājumi, kuri garantē garīgās veselības aizsardzību vispārējā cilvēktiesību ietvarā. Proti, ir jāievieš cilvēktiesībās balstīta pieeja un risinājumi ne tikai veselības aprūpē, bet arī visās citās jomās, kurās tā var nodrošināt cilvēkam tiesību aizsardzību, īpaši tad, ja viņam piemīt garīgi traucējumi. Cilvēktiesībās balstīta pieeja (angļu val. *human rights-based approach*) ir konceptuāls ietvars cilvēku un sabiedrības attīstības procesam, kas normatīvi balstās uz starptautiskajiem cilvēktiesību standartiem un praktiski ir vērsts uz cilvēktiesību veicināšanu un aizsardzību. (United Nations Sustainable Development Group, n.d.)

Īpaša vērība ir jāpievērš cilvēkiem, kuriem veselības traucējumi piemīt ilgstoši, nereti visu dzīvi vai lielu tās daļu. Tās ir personas ar invaliditāti, kuras saskaņā ar Konvencijas par personu ar invaliditāti tiesībām 1. pantā noteikto ir personas, kurām ir ilgstoši fiziski, garīgi, intelektuāli vai maņu traucējumi, kas mijiedarbībā ar dažādiem šķēršļiem var apgrūtināt viņu pilnvērtīgu un efektīvu līdzdalību sabiedrības dzīvē vienlīdzīgi ar citiem. (ANO, 2006) Latvijas nacionālajā sistēmā personas ar invaliditāti gan ir tikai tās, kurām invaliditātes grupa ir oficiāli piešķirta saskaņā ar Invaliditātes likumā (Saeima, 2010) noteikto kārtību. Tas nereti liedz saņemt nepieciešamo palīdzību personām, kurām ir ilgstoši garīgās veselības traucējumi un tāpēc pilnvērtīga dzīve ir apgrūtināta, bet nav noteikta invaliditātes grupa. Šeit ir izmantota minētajā konvencijā ietvertā definīcija.

Šajā rakstā ir izanalizētas tiesiskās normas cilvēku ar garīgiem traucējumiem aizsardzībai Latvijā no skatpunkta, kas balstīts cilvēktiesībās. Rakstā tiek aplūkots, kā piemērojamas Latvijai saistošās starptautisko tiesību normas kontekstā ar nacionālajām normām. Rakstā prezentētajai tiesību analīzei izmantota plaša zinātnisko avotu bāze, tostarp Pasaules Veselības organizācijas 2023. gadā publicētās vadlīnijas “Garīgā veselība, cilvēktiesības un tiesību akti: vadlīnijas un prakse” (WHO, 2023). Šis ir izcils avots, kurā apkopotas jaunākās atziņas par cilvēktiesību aizsardzību garīgās veselības aprūpē. Turpat ir parādīts, kāpēc un kādas tiesību aktu izmaiņas demokrātiskās valstīs ir nepieciešamas, lai varētu ievērot un aizsargāt cilvēku ar garīgiem traucējumiem cilvēktiesības. Tāpēc autore ir izmantojusi Pasaules Veselības organizācijas ekspertu grupas publicētās atziņas ne tikai, lai raksturotu un pamatotu garīgās veselības aizsardzības pastāvošos un nepieciešamos risinājumus, bet arī lai izteiktu priekšlikumus Latvijas nacionālo tiesību aktu reformām un pilnveidei.

“Šodien mēs veidojam nākotnes cilvēkus un sabiedrību Latvijā, mēs liekam pamatus labākai sabiedrībai nākotnē. Tāpēc mums ir jāizmanto tie instrumenti, kas zināmi kā progresu un demokrātisku attīstību veicinoši. Viens no tiem ir tiesiskas valsts koncepta nostiprināšana un iedzīvināšana. Tiesiskā valstī, izmantojot juridiskus instrumentus (nacionālus likumus, starptautiskas konvencijas, nacionālās un pārnacionālās tiesas utt.), ikvienai personai tiek konsekventi garantēts aizvien plašāks pamattiesību loks. Tas noved pie tā, ka ikvienai personai tiek piešķirta valsts juridiski garantēta brīvība izvēlēties būt savādākam, nekā sabiedrībā, kurā persona ir audzināta, tradicionāli ir bijis pieņemts.” (Osipova, 2019)

Šodien mēs veidojam arī nākotnes garīgās veselības aizsardzību un aprūpi Latvijā. Tas ir jādara, lai panāktu labāku sabiedrību nākotnē un respektētu ikviena cilvēka, tostarp cilvēku ar veselības traucējumiem, brīvību. Laba garīgā veselība un labklājība ir būtiska, lai mēs visi varētu dzīvot pilnvērtīgi, pilnībā

realizēt savu potenciālu, produktīvi iesaistīties sabiedrībā un parādīt noturību stresa un nelaimes situācijās. (WHO, 2021)

Cieņpilna un iekļaujoša valoda

Vārdi atspoguļo cilvēku attieksmi un pārliecību, tāpēc pareizai vārdu izvēlei ir liela nozīme. Neviens nevēlas tikt identificēts, pamatojoties uz invaliditāti. ANO Konvencijā par personu ar invaliditāti tiesībām ir pausts aicinājums veikt pasākumus, lai apkarotu ar invaliditāti saistītus stereotipus (Eiropas Savienības Padomes Ģenerālsekretariāts, 2018).

Runājot par cilvēkiem un cilvēku garīgo veselību, svarīgi lietot tādu valodas stilu, kas ir cieņpilns un iekļaujošs; noteikti ir jāizvairās no valodas, kas ir aizskaroša vai diskriminējoša. “Valoda attīstās kopā ar sabiedrību. Bez valodas mēs nevarētu iesākt neko, un, ņemot vērā, ka mūsu sabiedrība aizvien vairāk domā par toleranci, par dažādību, par cilvēktiesībām, iekļaujošu un pieejamu vidi visiem, arī valodā šis jautājums ir kļuvis aktuāls. Valodai ir milzīgs spēks. Mēs varam ar vienu vārdu, pat negribot, aizvainot, sāpināt, tāpat ar vienu vārdu varam cilvēku celt, iepriecināt un iedvesmot,” uzsver iekļaujošas valodas eksperte Aiga Veckalne (LSM.lv Ziņu redakcija, 2021).

Iekļaujošo valodu parasti iedala septiņās kategorijās; tās ir pazīmes, pēc kurām valoda var diskriminēt: vecums, invaliditāte, dzimums un dzimumidentitāte, laulība un civilās partnerattiecības, seksuālā orientācija, rase un etniskā piederība, reliģija un ticība. Kā tas izpaužas? Tipisks piemērs: mēs pasakām “garīgi slims cilvēks”. Uzsvars ir nevis uz cilvēku, bet gan uz garīgo slimību, uz diagnozi. Iekļaujošajā valodā pirmajā vietā ir cilvēks, nevis diagnoze, nevis vecums, nevis slimība. Ar vārdiem varam novērst to, ka mēs šos cilvēkus savā veidā diskriminējam, tādēļ mēs sakām nevis “garīgi slims cilvēks”, bet sakām “cilvēks ar garīgiem traucējumiem” vai “cilvēks ar psihiskiem traucējumiem”. Jā, tas padara valodu formālu, nedaudz sarežģītāku, birokrātiskāku, bet tas izceļ cilvēku. Tāpat ir ar vārdu “invalids”. Invaliditāte nedefinē šo cilvēku, viņš ir cilvēks ar invaliditāti. (Veckalne, 2021)

Garīgās veselības nozarē lieto dažādus terminus: garīgi traucējumi, garīgas slimības, psihiskas slimības un garīgas problēmas vai grūtības. Vienmēr ir jāatceras, ka izmantotā valoda var būt cilvēkus diskriminējoša, stigmatizējoša vai saistīta ar traumatizējošu pieredzi. Cilvēkus nedrīkst uzrunāt vai nosaukt viņiem piemētošo diagnožu nosaukumos, piemēram, šizofrēniķis vai depresijas patients. Vispārīgs princips noteic, ka ir jājautā konkrētas grupas cilvēkiem vai katram individuāli par izmantojamo valodu un jēdzieniem, kas viņiem šķiet pieņemami un lietojami. Tā norāda arī Eiropas bijušo un esošo psihiatrijas pakalpojumu lietotāju organizācija *ENUSP* (angļu val. *European Network of (Ex-)Users and Survivors of Psychiatry*) pārstāvji. Šīs organizācijas biedri izvēlas lietot dažādus

jēdzienus: personas ar dzīves pieredzi (garīgās veselības aprūpē vai psihiatrijā), pakalpojumu saņēmēji, psihiatrijā izdzīvojušie (angļu val. *psychiatric survivors*). (ENUSP, n.d.) Tāpēc likumdošanas procesos un veselības aprūpes organizācijā ir jāizvērtē valodas lietošanas aspekts, jāuzklausā pakalpojumu lietotāju ieteikumi un priekšlikumi par piemērotu valodu. Tas pats attiecināms uz valodas lietojumu ikvienā veselības aprūpes situācijā, cilvēkam gan saņemot ambulatoros pakalpojumus, gan ārstējoties stacionārā.

Pasaules Veselības organizācijas likumdošanas vadlīniju dokumentā tiek lietoti šādi iekļaujoši jēdzieni: personas jeb cilvēki ar psihosociālu invaliditāti; personas jeb cilvēki ar garīgiem traucējumiem (angļu val. *persons with mental health conditions*); cilvēki, kuri izmanto garīgās veselības aprūpes pakalpojumus (angļu val. *persons using mental health services*); cilvēki ar savu personisko pieredzi (angļu val. *persons with lived experience*). (WHO, 2023, p. 7).

Ārstniecībā – ne tikai Latvijā – visbiežāk lieto kopēju terminu “pacients” vai “pacienti”. Termins “pacients” ir definēts Ārstniecības likuma 1. pantā, proti, tā ir persona, kas saņem veselības aprūpes pakalpojumus vai vēršas pēc tiem. (Saeima, 1997) Termina “pacients” lietošana saistīta ar nepieciešamību norādīt, ka persona atrodas speciāli aizsargājamā situācijā, tiesiskajās attiecībās ar ārstniecības iestādi un ārstniecības personām. Šīm attiecībām ir raksturīga nevienlīdzība – cilvēks slimības dēļ var nebūt spējīgs par savām tiesībām pastāvēt, bet ārstniecības iestādes un ārstniecības personas ir zinošas un tehniski aprīkotas visdažādāko iekļaušanās risinājumu veikšanai un tāpēc var izmantot “varas pozīciju” savu interešu īstenošanai. Lai mazinātu cilvēku neaizsargātību veselības aprūpē, lai nodrošinātu cilvēka tiesības un brīvības, kopš pagājušā gadsimta 90. gadiem ir attīstījusies pacientu tiesību nozare. Pacientu tiesību likumos un normās tiek noteiktas cilvēku tiesības veselības aprūpē kā pacientu tiesības. Ne vienmēr termina “pacients” lietošana attiecībās ar cilvēku garīgās veselības aprūpē būs šim cilvēkam pieņemama. Piemēram, ENUSP biedri personīgā sarunā norādīja, ka viņi uzskata, ka veselības aprūpē, bet īpaši ārpus tās, cilvēka nodēvēšana par “pacientu” var būt diskriminējoša vai stigmatizējoša, jo tieši norāda uz cilvēka saistību ar slimību.

Tiesību aktos nedrīkst lietot neatbilstošu, stigmatizējošu un novecojušu terminoloģiju par cilvēkiem ar garīgiem traucējumiem vai marginalizētām sabiedrības grupām. Diemžēl Latvijas tiesību aktos ir normas, kurās lietota aizskaroša terminoloģija. Piemēram, Ārstniecības likuma 66. panta normā lietots jēdziens “psihiski slimajiem”, 69. pantā ir norāde uz “slimnieku”. (Saeima, 1997) Likumā “Par policiju” ir norāde uz personām, kas ir “sociāli bīstami psihiski slimas”. (Augstākā Padome, 1991, 11. panta trešā daļa) Šāda terminoloģija ir lietota gan Ārstniecības likuma normās, piemēram, 1. panta 22. daļā, kurā norādīts uz personu ar garīgās veselības traucējumiem (Saeima, 1997), gan citos tiesību aktos. Termina “slimnieks” lietošana ir plaši izplatīta arī ārpus tiesību aktiem,

arī ārstniecības iestāžu publicētos materiālos. Nereti tur lietots arī jēdziens “psihiski slims”.

2022. gadā publicētā pētījumā par personu ar invaliditāti nodarbinātību pamatoti ir norādīts, ka Latvijā izglītības, labklājības un veselības nozarē tiek lietota atšķirīga terminoloģija. Tiek norādīts: “Sociālajā jomā tiek lietots termins “psihiskas saslimšanas”, izglītībā – “garīgās veselības traucējumi”. Sociālajā jomā personu ar psihiskām slimībām un personu ar garīgās attīstības traucējumiem aptverošs termins ir “personas ar garīga rakstura traucējumiem”, veselības nozarē – “personas ar psihiskiem un uzvedības traucējumiem”, savukārt izglītībā nav specifiska termina, kas ietvertu tikai abas šīs personu kategorijas. Izglītības nozarē tiek lietots visus traucējumu veidus aptverošs termins “izglītojamie/cilvēki ar speciālām vajadzībām”. (Krūmiņa, 2022, 7. lpp.) Šajā rakstā tiek lietots termins “garīgi traucējumi” un tā saīsinājums GT. Šis termins iekļauj personas, kuru veselības traucējumus apzīmē ar jēdzieniem “intelektuālās attīstības traucējumi”, “psihosociālie traucējumi” un “psihosociāla invaliditāte”.

Jāatzīmē, ka diskriminējoši un nievājoši termini var aizskart ne tikai personas ar GT, bet arī viņu ģimenes locekļus un citus tuviniekus, atbalsta un aprūpes personas. Tāpēc iekļaujošas valodas lietojums ir svarīgs ne tikai no personas ar traucējumiem tiesību aizsardzības, bet arī no daudzu apkārtējo personu tiesību aizsardzības skatpunkta.

Valodniece Aiga Veckalne 2024. gadā ir izdevusi “Vienkāršās valodas ceļvedi” (Veckalne, 2024). Šo vai citus materiālus ieteicams izmantot, lai veidotu valodu brīvu no diskriminējošiem, aizspriedumainiem un pazemojošiem izteikumiem. Iekļaujoša valoda ir jālieto gan tiesību aktos, gan to projektos un pavadošajos dokumentos, gan sabiedrībā un iestādēs, spriežot par garīgās veselības aizsardzības jautājumiem, un sarunās ar cilvēkiem ikvienā situācijā.

Tāpēc šajā rakstā tiks raksturotas cilvēku ar GT vispārīgās tiesības, tostarp veselības aprūpē, lietojot vispārīgu jēdzienu “cilvēks” vai “persona”. Jēdziens “pacients” tiks lietots tikai tad, ja tam būs izšķirīga nozīme.

Ietveroša un holistiska pieeja cilvēku ar GT tiesību ievērošanai un aizsardzībai

Nākotnes sabiedrībai un ikvienam cilvēkam Latvijā ir nepieciešama tāda garīgās veselības aizsardzības sistēma, kas ir balstīta uz tiesiskas valsts un cilvēktiesību pēc būtības aizsardzības ideju. Latvijas likumdevēja jeb Saeimas, izpildvaras jeb Ministru kabineta un Veselības un citu ministriju, kā arī valsts, pašvaldības un ārstniecības iestāžu pienākumu ievērot un aizsargāt cilvēktiesības nosaka Latvijas Republikas Satversmes 89. pants: “Valsts atzīst un aizsargā cilvēka pamattiesības saskaņā ar Satversmi, likumiem un Latvijai saistošiem starptautiskiem līgumiem.” (Satversmes Sapulce, 1922) Satversmes normās

noteiktās tiesības ļauj ikvienai personai ar GT konsekventi sagaidīt, ka viņai tiek garantēts aizvien plašāks pamattiesību loks. Satversmes tiesa, interpretējot gan Satversmes, gan starptautisko tiesību normas, ir nostiprinājusi cilvēka cieņu kā konstitucionālu vērtību, kura raksturo cilvēku kā augstāko demokrātiskas tiesiskas valsts vērtību. Satversmes tiesa ir atzinusi, ka cilvēks ir visas valsts vērtība un demokrātiskā, tiesiskā valstī gan likumdevējam, pieņemot tiesību normas, gan tiesību normu piemērotājam ir jārespektē cilvēka cieņa. (Satversmes tiesa, 2019, 11. punkts) Cilvēka cieņas respekts ir obligāta prasība ikvienā dzīves jomā, tostarp garīgās veselības aizsardzībā un garīgās veselības aprūpē.

Latvija ar Konvenciju par personu ar invaliditāti tiesībām ir uzņēmusies pienākumu nodrošināt un veicināt, lai visas personas ar invaliditāti varētu pilnībā īstenot visas cilvēktiesības un pamatbrīvības bez jebkādas diskriminācijas invaliditātes dēļ. Lai šo uzdevumu pildītu, nepieciešams:

- 1) pieņemt visus atbilstošos likumdošanas, administratīvos un citus pasākumus šajā konvencijā atzīto tiesību īstenošanai;
- 2) veikt visus nepieciešamos, tostarp likumdošanas, pasākumus, lai grozītu vai atceltu pastāvošos likumus, noteikumus, paražas un praksi, kas rada personu ar invaliditāti diskrimināciju;
- 3) ņemt vērā personu ar invaliditāti cilvēktiesību aizsardzību un veicināšanu visās stratēģijās un programmās;
- 4) atturēties no jebkādam darbībām vai prakses, kas neatbilst šai konvencijai, un nodrošināt, lai valsts iestādes un institūcijas rīkotos saskaņā ar šo konvenciju;
- 5) veikt visus atbilstošos pasākumus, lai novērstu diskrimināciju invaliditātes dēļ, ko piekopj jebkura persona, organizācija vai privāts komersants;
- 6) kā arī izpildīt citus pienākumus, kas noteikti konvencijā. (ANO, 2006, 4. pants)

Cilvēktiesību aizsardzību paredz ne tikai ANO, bet arī Eiropas Padomes cilvēktiesību līgumu normas. Garīgās veselības un cilvēktiesību aizsardzības pienākums garīgās veselības aprūpē ir noteikts gan Eiropas Cilvēka tiesību un pamatbrīvību aizsardzības konvencijā (Eiropas Padome, 1950), gan Konvencijā par cilvēktiesību un cieņas aizsardzību bioloģijā un medicīnā (Eiropas Padome, 1997). Jāatzīmē, ka kopš ANO Konvencijas par personu ar invaliditāti tiesībām spēkā stāšanās Eiropas Padomes institūcijas, tostarp Eiropas Cilvēktiesību tiesa un Eiropas Padomes Komiteja spīdzināšanas un necilvēcīgas vai pazemojošas rīcības vai soda novēršanai, ne vienmēr respektē minētajā ANO konvencijā noteiktos principus personu ar GT aizsardzībai.

Latvijas kā valsts un tās institūciju pienākumu nodrošināt cilvēku ar GT vienlīdzību ar citiem cilvēkiem un izskaust diskrimināciju nosaka ne tikai starptautiskās normas, bet arī Satversmes 91. pants: “Visi cilvēki Latvijā ir vienlīdzīgi likuma un tiesas priekšā. Cilvēka tiesības tiek īstenotas bez jebkādas

diskriminācijas.” Valsts pienākumu aizsargāt garīgo veselību nosaka Satversmes 111. pants, kas paredz: “Valsts aizsargā cilvēku veselību un garantē ikvienam medicīniskās palīdzības minimumu.” (Satversmes Sapulce, 1922)

Garīgā veselība ir fiziskās, garīgās, emocionālās un sociālās labklājības stāvoklis, ko nosaka indivīda mijiedarbība ar sabiedrību. (WHO, 2022) To veido apstākļi, kādos cilvēki piedzimst, aug, dzīvo, strādā un noveco, un to nevar aplūkot atrauti no cilvēktiesību un pamatbrīvību īstenošanas. Tāpēc garīgās veselības un labklājības aizsardzība ir jārisina holistiski, piemērojot daudznozaru pieejas, kurās iesaistītas ar veselību nesaistītas nozares, piemēram, izglītības, nodarbinātības, tieslietu vai iekšlietu nozares, tostarp migrācijas, bērnu aizsardzības, tiesībaizsardzības vai humānās palīdzības iestādes un katastrofu reaģēšanas iestādes (WHO, 2023, p. 9).

Nepieciešamība veicināt ciešāku starpnozaru un starpinstitucionālu sadarbību veselības, izglītības un labklājības jomā, kā arī mazināt īstenoto pakalpojumu fragmentāciju norādīta Saeimas 2022. gada pētījumā par personu ar GT nodarbinātību. Tajā pamatoti atzīts:

“GT ir specifisks traucējumu veids, saistībā ar tiem tiek ietekmēta personas psihosociālā attīstība un sociālā integrācija, tādēļ šādu personu atbalstam jāizstrādā sevišķi niansētu pasākumu kopums, sadarbojoties dažādu nozaru institūcijām un speciālistiem. Sevišķi veicināma būtu Nodarbinātības valsts aģentūras un sociālo dienestu savstarpējā sadarbība. Arī [Eiropas Komisijas] lietpratēji akcentē nepieciešamību uzlabot sadarbību starp valsts nodarbinātības dienestiem, sociālajiem dienestiem un izglītības iestādēm. Pašlaik tā nav pietiekama, tādējādi tiek slikti uzraudzīta pāreja no skolas uz darba dzīvi un tiek ierobežota integrācija darba tirgū. Tāpat arī būtu jāveido sadarbības mehānisms starp dažādām iesaistītajām pusēm – valsts institūcijām, pašvaldībām, darba devējiem un [nevalstiskajām organizācijām].” (Krūmiņa, 2022, 48. lpp.)

Tāpēc garīgās veselības aizsardzības nacionālās tiesības ir jāvērtē holistiski un no daudznozaru pieejas skatpunkta. Panākt nepieciešamo progresu, iekļaujot un paredzot garīgās veselības kā vērtības aizsardzību dažādu nozaru attīstības programmās un tiesībspolitikas stratēģijās, nav iespējams bez tiesību aktos noteikta pienākuma, īpaši attiecībā uz valsts iestādēm un iestādēm, piemēram, sociālajā palīdzībā un ārstniecībā, kur valsts nosaka darbības principus un noteikumus.

Latvijas Nacionālajā attīstības plānā 2021.–2027. gadam noteikti stratēģiskie mērķi, prioritātes un uzdevumi valsts attīstībai, un viens no četriem rīcības virzieniem ir sociālā iekļaušana. Plānā ir raksturota Latvijas situācija:

“Latvijā ir salīdzinoši liels to cilvēku īpatsvars, kuri darbnespējas, vecuma vai citu iemeslu dēļ ienākumus gūst ne no algota darba. Starp tiem ir personas ar invaliditāti, cilvēki, kuri fizisku vai psihisku veselības traucējumu dēļ pakļauti

priekšlaicīgam darbspēju zudumam, seniori, kā arī aprūpējamu personu ģimenes locekļi, kuri nereti spiesti pārtraukt aktīvās darba gaitas, lai aprūpētu tuviniekus, ja aprūpes pakalpojumu klāsts un pieejamība nav adekvāta aprūpējamās personas vajadzībām.” (Saeima, 2020)

Turpat ir pamatoti norādīts, ka cilvēku ar invaliditāti sociāla un ekonomiska iekļaušana lielā mērā ir publiskā sektora atbildība (Saeima, 2020, 107. punkts). Lai publiskā sektora atbildību īstenotu, tiesību normās, piemēram, valsts iestāžu nolikumos un citos aktos, ir jāparedz konkrēti valsts un pašvaldību iestāžu pienākumi garīgās veselības aizsardzības un cilvēku ar garīgiem traucējumiem tiesību īstenošanā. Piemēram, tiesību aktos būtu jānorāda personu tiesības piedalīties visos procesos ar atbalsta personu palīdzību, jāparedz iestādes pienākumi sagatavot un lietot nepieciešamos pielāgojumus cilvēkiem ar invaliditāti, tostarp sniegt informāciju vieglajā valodā, veidot procesus, kuros cilvēki ar invaliditāti var jēgpilni piedalīties.

Nozīmīgu pienesumu sociālās aizsardzības tiesību nostiprināšanā, kuras ir tieši saistītas ar cilvēka veselības aizsardzības iespējām, ir devusi Satversmes tiesa. Sociālā aizsardzība cilvēkiem ar GT ir būtiska un nepieciešama. Bez pietiekamas sociālās aizsardzības veselības aizsardzība ir teju neiespējama. Satversmes tiesa vairākās 2020. un 2023. gadā izskatītajās lietās par Satversmes 109. pantā noteikto ir atzinusi: “Ikvienam ir tiesības uz sociālo nodrošinājumu vecuma, darbnespējas, bezdarba un citos likumā noteiktajos gadījumos.” Un norādījusi, ka šīs normas tvērumā ietilpstošās tiesības uz sociālo nodrošinājumu ir viens no sociāli atbildīgas valsts principa satura elementiem. Šo tiesību mērķis ir, cik vien tas iespējams, nodrošināt sociālo taisnīgumu un kalpot tam, lai ikvienam nodrošinātu iespēju dzīvot cilvēka cieņai atbilstošu dzīvi. Satversmes 109. pants ietver tiesības uz stabilu un prognozējamu, kā arī efektīvu, taisnīgu un ilgtspējīgu sociālo nodrošinājumu. (Satversmes tiesa, 2023, 11. punkts) Ar sociālo nodrošinājumu ir saprotami dažādi sociālā nodrošinājuma pasākumi, arī sociālā palīdzība. (Satversmes tiesa, 2004, 7. punkts)

Cilvēki, kam ir ilgstoši veselības traucējumi un tādēļ invaliditāte, ir tā iedzīvotāju grupa, kurai ir grūtības patstāvīgi parūpēties par cilvēka cieņai atbilstošas dzīves apstākļiem, tāpēc valstij ir jārod iespējas nodrošināt šiem cilvēkiem cieņai atbilstošu dzīvi un piemērotu sociālās drošības sistēmu. Satversmes tiesa vairākās lietās ir atzinusi, ka cilvēka cieņas kā valsts konstitucionālas vērtības aizsardzībai ir jāisteno sociāli atbildīgas valsts princips. No tā izriet valsts pienākums rūpēties par taisnīgu sociālo kārtību, mazināt sociālās atšķirības sabiedrībā, sekmēt sociālo iekļaušanu un katrai iedzīvotāju grupai sniegt iespēju dzīvot cilvēka cieņai atbilstošu dzīvi. Sociālekonomiskās nevienlīdzības un nabadzības risku mazināšana ir būtiska arī valsts ilgtspējības aspektā. Likumdevējam ir pienākums izveidot tādu sociālās drošības sistēmu, kas vērsta uz cilvēka cieņas

kā demokrātiskas, tiesiskas valsts augstākās vērtības aizsardzību, sociālās nevienlīdzības izlīdzināšanu un valsts ilgtspējīgu attīstību. (Satversmes tiesa 2020a, 15.1. punkts)

Izvērtējot sociālās palīdzības minimuma apmēru, Satversmes tiesa norādījusi:

“Sociālās palīdzības minimumam vajadzētu būt tādām, ka ikviens var nodrošināt sev pārtiku, apģērbu, mājokli un medicīnisko palīdzību – visu to, kas ir nepieciešams elementārai izdzīvošanai, kā arī nodrošināt ikvienam iespējas izmantot tiesības uz pamatizglītību. Turklāt sociālajai palīdzībai ir jāgarantē iespējas piedalīties sociālajā, politiskajā un kultūras dzīvē, tādējādi ikvienam nodrošinot pilnvērtīga sabiedrības locekļa statusu.” (Satversmes tiesa 2020b, 17.3. punkts; Satversmes tiesa, 2023, 11. punkts)

“Tomēr sociāli atbildīgas valsts princips neizslēdz ikvienas personas pienākumu, cik vien tas ir saprātīgi sagaidāms tās spēju robežās, rūpēties paši par sevi un saviem tuviniekiem un nodrošināt cilvēka cienīgu dzīvi. Ja pati persona to nespēj, tad valstij ir pienākums sniegt sociālo palīdzību uz sabiedrības solidaritātes pamata. [...] Satversmes 1. un 109. pants ietver valsts pienākumu sniegt personai sociālo palīdzību, kas tai rada iespēju veidot cilvēka cieņai atbilstošu dzīvi gadījumā, kad pati persona to nespēj.” (Satversmes tiesa, 2023, 11. punkts)

Satversmes tiesas noteiktais par sociāli atbildīgas valsts principa saturu un par valsts sociālās palīdzības pienākumu tieši norāda, kas ir jādara valsts un pašvaldību institūcijām attiecībā uz personām, kuras garīgu traucējumu dēļ ir ierobežotas spējās rūpēties par sevi un saviem tuviniekiem. Sociālās palīdzības sistēmai, arī kopsakarā ar veselības aprūpes nozari, ir jāgarantē, ka cilvēki var piedalīties sociālajā, politiskajā un kultūras dzīvē, jāveicina cilvēku līdzdalības iespējas un jāņem vērā cilvēka spēju robežas. Ja persona pati nespēj, tad cilvēka cieņai atbilstošu dzīvi palīdz veidot valsts ar noteikumiem un institūciju darbību.

Satversmes tiesas atziņas par Satversmes normās noteiktiem sociāli atbildīgas valsts pienākumiem sociālajā palīdzībā ir izmantojamas, lai veiktu cilvēku ar GT tiesības reglamentējošo tiesību aktu reformu un organizētu mūsdienīgu garīgās veselības aizsardzību. Daudznozaru un sistēmiska pieeja cilvēku ar GT tiesību aizsardzībai prasa, lai tie dažādie tiesiskie un praktiskie risinājumi, kas ir ieviesti un tiek ieviesti, piemēram, digitāla piekļuve valsts pārvaldes pakalpojumiem vai digitāli risinājumi veselības aprūpē, tiek izvērtēti ne tikai no ikviena indivīda skatpunkta, bet arī no to iedzīvotāju grupu skatpunkta, kurām ir kādi ierobežojumi vai objektīvas grūtības, piemēram, veselības traucējumi.

Latvijas nacionālajos tiesību aktos ietvertais cilvēku ar GT tiesību regulējums tikai daļēji ir balstīts holistiskā un daudznozaru pieejā, tas ir fragmentēts un

mērķēts uz kādu konkrētu tiesību jautājuma risināšanu, plašāk neskatot konkrēti risināmos apstākļus un nereti aizmirstot par cilvēktiesību aizsardzības pienākumu. Ir tiesību nozares, piemēram, krimināltiesības, kur ANO Konvencijā par cilvēku tiesību ar invaliditāti tiesībām noteiktie principi un valsts pienākumi netiek pildīti pēc būtības, tāpēc cilvēki ar invaliditāti ir pakļauti cilvēktiesību aizskāruma riskam, piemēram, nosakot piespiedu ārstēšanu kā medicīnisku piespiedu līdzekli. Vienlaikus pozitīvi ir vērtējami tie pēdējos gados īstenotie likumdošanas pasākumi, piemēram, profesionālas atbalsta personas lēmumu pieņemšanai pakalpojuma ieviešana 2023. gadā, kuros izmantota holistiska pieeja, tādējādi panākot nepieciešamo tiesību reformu, kas dos būtisku ieguldījumu konkrētās cilvēku grupas tiesību aizsardzībai.

Tiesību aktos ir ne tikai jāatzīst personu ar garīgās veselības traucējumiem un psihosociālu invaliditāti tiesības dzīvot sabiedrībā patstāvīgi, bet arī jānosaka tādi risinājumi, kas šīs tiesības ļautu īstenot. Nepieciešamība pilnveidot un attīstīt atbalsta pakalpojumus invaliditātes seku mazināšanai, lai sekmētu personu ar invaliditāti (gan bērnu, gan pilngadīgo) iekļaušanos sabiedrībā, pamatojoties uz starpnozaru pieeju, ir norādīta jaunajā, 2024. gada maijā Ministru kabineta pieņemtajā rīkojumā “Plāns personu ar invaliditāti vienlīdzīgu iespēju veicināšanai 2024.–2027. gadam” (Ministru kabinets, 2024a). Šis nacionālais plāns paredz uz individuālām vajadzībām vērstu sociālo pakalpojumu pieejamības un sociālās inovācijas pakalpojumu nodrošināšanu prioritārām grupām, īpaši personām ar invaliditāti, sekmējot neatkarīgas dzīves iespējas un dzīves kvalitātes saglabāšanu vai uzlabošanu. Ja tiks pildīts plānā norādītais, tiks uzlabotas cilvēku ar garīgiem traucējumiem cieņpilnas un neatkarīgas dzīves iespējas.

Latvija salīdzinoši nesen sākusi veidot un atvērt pakalpojumus, kas sniedz sociālo palīdzību un atbalstu cilvēkiem ar GT ne tikai ilgstošas aprūpes centros. Pēdējos gados tiek attīstīti arī vairāki piemēroti pakalpojumi: sociālā aprūpe mājās, dienas aprūpes centri, grupu mājas un pusceļa mājas. Īslaicīgu problēmsituāciju risināšanai ir izveidoti krīzes centri, bez mājokļa palikušiem cilvēkiem noteiktu laiku ir iespēja uzturēties pašvaldību izveidotās patversmēs un nakts patversmēs. Latvijas tiesību aktos tieši nav noteikts ierobežojums kādai personai dzīvot patstāvīgi, bet tie tiesību aktos noteiktie un realitātē pieejamie sociālā atbalsta pasākumi, kas mērķēti patstāvīgai dzīvei sabiedrībā, nav pieejami pietiekamā apmērā tām personām, kurām veselības traucējumi ir izteikti.

Personām, kurām noteikta I vai II grupas invaliditāte, ir tiesības saņemt asistenta pakalpojumu, pamatojoties uz pašvaldības sociālā dienesta veikto asistenta pakalpojuma nepieciešamības un atbalsta intensitātes novērtējumu (Saeima, 2010, 11. panta otrā daļa). Atbalsta personas lēmumu pieņemšanā pakalpojumu var saņemt personas ar I un II grupas invaliditāti garīgu traucējumu dēļ, bet no 2026. gada šāds pakalpojums būs pieejams arī personām ar III invaliditātes

grupu (Saeima, 2002, 13. panta otrās daļas 14. punkts; Ministru kabinets, 2023, 23. punkts).

Zināms, ka Latvijā personu ar GT nodarbinātības rādītāji ir zemāki nekā personām ar citiem funkcionāliem traucējumiem. Iemesls ir gan šo personu nereti nepietiekamās darba prasmes un spējas, gan joprojām sabiedrībā valdošie stereotipi par personu ar invaliditāti lomu un vietu darba tirgū kopumā (Ministru kabinets, 2024b, 2. punkts). Lai veicinātu personu ar garīgiem traucējumiem iekļaušanu un nodarbinātību, tiesību aktos ir noteikti vairāki pasākumi (sk., piemēram, Ministru kabineta 2022. gada 2. novembra noteikums Nr. 682 “Kārtība, kādā persona saņem valsts finansētus profesionālās rehabilitācijas pakalpojumus un profesionālās piemērotības noteikšanas pakalpojumu” (Ministru kabinets, 2022a)). Apzinoties, ka personas ar GT ir viena no nelabvēlīgā situācijā esošām bezdarbnieku grupām, kuru iekļaušanai darba tirgū ir nepieciešams īpašs papildu atbalsts, Labklājības ministrija plāno un ievieš pasākumus, kas palīdz veicināt personu ar GT nodarbinātību.

2022. gadā publicētā pētījumā “Personu ar garīga rakstura traucējumiem nodarbinātība Latvijā” (Krūmiņa, 2022) izteikti labi pamatoti secinājumi un priekšlikumi, kas izmantojami tālākai personu ar invaliditāti nodarbinātības tiesību attīstībai. Šis Saeimas pasūtītais pētījums par personu ar GT nodarbinātību ir labs piemērs, kā būtu jāveic tiesiskās situācijas izpēte dažādos personu ar GT tiesību aizsardzības jautājumos. Šādi pētījumi dotu labu pamatu plānot un veikt tiesību aktu grozījumus, kas nepieciešami, lai stimulētu cilvēkus saņemt garīgās veselības aprūpes un atbilstoša atbalsta pakalpojumus, tā nodrošinot cilvēku tiesības dzīvot, strādāt un aktīvi piedalīties sabiedrībā.

Lai veicinātu cilvēku ar GT kā grupas integrāciju sabiedrībā, ir jāveido sistēma, kurā nepieciešamo informāciju un atbalstu var saņemt gan personas ar GT, gan šo personu ģimenes. Tiesības ģimenēm saņemt informāciju un pakalpojumus Latvijā ir noteiktas par dažiem pakalpojumiem. Piemēram, bērnu ar invaliditāti vecāki var saņemt desmit valsts apmaksātas psihologa konsultācijas pēc pirmreizēji noteiktas invaliditātes (Saeima, 2010, 12. panta pirmās daļas 8. punkts; Ministru kabinets, 2010, 3. punkts), bet ne katru reizi, kas tas būtu izšķirīgi svarīgi. Sociālais atbalsts un pakalpojumi ir nepieciešami visu cilvēku ar GT ģimenēm un pietiekami regulāri, tāpēc ir jāpaplašina ģimenēm pieejamās sociālās palīdzības iespējas.

Tiesību ievērošana saskarē ar tiesību aizsardzības iestādēm

Tiesību īstenošanas iespējamība un pieejamība ir izšķirīgs priekšnoteikums, lai persona varētu baudīt tiesības un tādējādi varētu būt tiesiski aizsargāta. Satversmes 92. pants noteic, ka ikviens var aizstāvēt savas tiesības un likumiskās intereses taisnīgā tiesā, bet Satversmes 91. pantā noteikts: “Visi cilvēki

Latvijā ir vienlīdzīgi likuma un tiesas priekšā. Cilvēka tiesības tiek īstenotas bez jebkādas diskriminācijas.” (Satversmes Sapulce, 1922) Cilvēkiem ar garīgiem traucējumiem ir jāgarantē tiesības uz taisnīgu tiesu gan materiālo, gan procesuālo tiesību ietvarā. Garīgās veselības aizsardzība, kas ir veselības neatņemama daļa, ir Satversmes 111. pantā noteiktas pamattiesības. Šīs tiesības aizsargā ne tikai veselības aprūpē. Visu pamattiesību, arī veselības tiesību, aizsardzībā nozīmīga loma ir tiesībaizsardzības iestādēm. Tām ir pienākums, pirmkārt, aizsargāt pamattiesības, ja tās kāds varētu būt vai ir aizskāris; otrkārt, nodrošināt tādas tiesību aizsardzības procesus, kas nerada negatīvas sekas veselībai kā pamattiesībās aizsargātai vērtībai vai cilvēkam tāpēc, ka viņam piemīt garīgi traucējumi. Tāpēc šajā rakstā ir iekļauta nodaļa par personu ar GT tiesību ievērošanu saskarē ar tiesībaizsardzības iestādēm un procesos, kurus veic tiesībaizsardzības iestādes.

ANO Konvencijas par personu ar invaliditāti tiesībām 13. pants nosaka valsts pienākumus tiesību īstenošanas pieejamībai:

- “1. Dalībvalstis nodrošina efektīvu tiesas pieejamību personām ar invaliditāti vienlīdzīgi ar citiem, tostarp nodrošinot procesuālus un vecumam atbilstošus pielāgojumus, lai atvieglotu viņu kā tiešu un netiešu procesa dalībnieku, tostarp kā liecinieku, lomu visās tiesvedības stadijās, tostarp izmeklēšanas un citās pirmstiesas stadijās.
2. Lai sekmētu efektīvu tiesas pieejamību personām ar invaliditāti, dalībvalstis veicina atbilstošas mācības darbiniekiem, kas strādā tieslietu jomā, tostarp policijas un ieslodzījuma vietu personālam.” (ANO, 2006)

Lai izvērtētu, vai un kā nacionālajā tiesību sistēmā tiek nodrošinātas personu ar GT tiesību īstenošanas iespējas, ir jāizvērtē:

- 1) vai tiesību aktos ir paredzēta personu ar GT pilnvērtīga iespēja piedalīties visos tiesas procesos;
- 2) vai tiesību aktos ir noteiktas personu ar GT tiesības saņemt individuāli noteiktus procesuālos pielāgojumus visos tiesas procesos;
- 3) vai tiesību akti paredz, ka personām ar GT tiek nodrošinātas visas materiālās un procesuālās garantijas vienlīdzīgi ar citām personām.

Pēdējos gados Latvijā ir publicēti vairāki pētījumi par cilvēku ar GT tiesību uz taisnīgu tiesu saturu un ierobežojumiem. Tie parāda, ka cilvēki ar GT bieži un dažādos veidos saskaras ar ierobežojumiem tiesu pieejamībā, tostarp personām ir grūtības sagatavot dokumentus tiesām, tiesvedības procesos netiek nodrošināta informācija vieglajā valodā, ne visām personām ar GT ir pieejama valsts apmaksāta juridiska palīdzība, ir apgrūtināta saskarsme ar tiesu darbiniekiem un tiesu darbiniekiem trūkst izpratnes par cilvēku ar GT vajadzībām (Nodibinājums “Baltic Institute of Social Sciences”, 2020).

Resursu centrs cilvēkiem ar garīgiem traucējumiem “Zelda” 2024. gada pētījumā ir identificējis būtiskākos izaicinājumus, ar ko saskaras gan personas ar GT, gan tiesībsargājošo iestāžu darbinieki, un tie ir:

- 1) saprast veidu, kā ar cilvēku komunicēt un kā veidot saskarsmi, lai tiesībsargājošo iestāžu darbinieki iegūtu to informāciju, kas konkrētajā lietā un procesā nepieciešama;
- 2) tiesu psihiatrisko ekspertīžu veikšana un kvalitāte;
- 3) medicīniska piespiedu līdzekļa noteikšana un personas dalība tiesas procesā;
- 4) personas ar GT pārstāvība tiesas procesā;
- 5) tiesību un pienākumu skaidrošana vieglajā valodā vai izmantojot alternatīvos komunikācijas līdzekļus;
- 6) apzināties metodes, kas personai ar GT palīdz nomierināties situācijās, kad persona ir nogurusi, nespēj uztvert sacīto vai notiekošais rada pārlietu lielu trauksmi;
- 7) tehniskais nodrošinājums un telpu iekārtojums darbā ar personām, kam ir garīgi traucējumi;
- 8) tiesībsargājošo iestāžu darbinieku apmācības. (Leimane-Veldmeijere & Pavlovskā, 2024)

Šī raksta autore ir pētījusi personu ar ierobežotām spējām tiesību aizsardzību administratīvajā procesā. Izpētītais ļauj secināt, ka

“Administratīvā procesa likums neparedz kārtību, kādā tiek nodrošināta to cilvēku aizsardzība, kuriem ir lemtspējas trūkums vai ierobežojums, bet kuru rīcībspēja nav ierobežota un nevar tikt ierobežota. Tāpēc pastāv risks, ka cilvēki ar invaliditāti, kuriem ir ierobežota lemtspēja, patstāvīgi nespēj īstenot materiālās un procesuālās tiesības administratīvajā procesā. Tas rada šo cilvēku dažāda rakstura diskriminēšanas risku un tiesību uz taisnīgu tiesu ierobežojumu risku. Lai rastu piemērotus risinājumus cilvēku ar invaliditāti, kas izpaužas kā lemtspējas ierobežojums, aizsardzībai, ir jāizstrādā Konvencijas par personu ar invaliditāti tiesībām 12. un 13. panta normu izpildei atbilstoši administratīvi procesuālo tiesību risinājumi. To ieteicams darīt ciešā sadarbībā ar cilvēkus ar invaliditāti pārstāvošām organizācijām, tā nodrošinot līdzdalības principa ievērošanu.” (Olsena, 2022b)

Lai mazinātu ierobežojumus, ar kuriem cilvēki ar invaliditāti garīgu traucējumu dēļ sastopas tiesību aizsardzības procesos, resursu centrs cilvēkiem ar garīgiem traucējumiem “Zelda” 2024. gadā ir izdevis “Rokasgrāmatu tiesību aizsardzības sistēmas darbiniekiem “Saprātīgi pielāgojumi tiesību aizsardzības sistēmas ietvaros”” (autore Ieva Leimane-Veldmeijere un Aleksandra Pavlovskā). Tiesību aizsardzības iestādēm būtu jāievieš šajā rokasgrāmatā izteiktās rekomendācijas un jānodrošina savu darbinieku apmācība darbam. Pirmie pozitīvie soļi

jau ir sperti – 2024. gadā piecās grupās mācījušies 109 tiesībaizsardzības iestāžu darbinieki (Resursu centrs cilvēkiem ar garīgiem traucējumiem “Zelda”, 2024).

Šī raksta autore kopā ar Latvijas Universitātes pētniecēm L. Kadili, M. Loseviču un K. Konstantinovu Latvijas Zinātnes padomes finansētā pētniecības projektā ir pētījusi vispārīgās jurisdikcijas tiesu praksi no 2018. līdz 2023. gadam lietās par piespiedu ārstēšanas piemērošanu personām ar GT Ārstniecības likuma 68. pantā noteiktā kārtībā (Olsena u. c., 2024). Šajā lietās konstatēta vairāku tiesību uz taisnīgu tiesu ierobežošana. Tās ir:

- 1) ierobežotas tiesības iepazīties ar konsilija lēmumu, kuru apstiprināt tiesai prasa ārstniecības iestāde;
- 2) nav noteiktas un tāpēc ir ierobežotas tiesības personai iepazīties ar lietas materiāliem;
- 3) ārstniecības iestādei ir tiesības pieņemt lēmumu par to, vai persona, kuras brīvību ierobežo, var vai nevar piedalīties tiesas sēdē;
- 4) personām ir ierobežotas juridiskās palīdzības saņemšanas iespējas un, iespējams, arī nepietiekama tās kvalitāte;
- 5) tiesību un pienākumu izskaidrošana nesteidzīgi, vieglā valodā vai citā personai pieejamā veidā;
- 6) atbalsta trūkums tiesvedības procesā personai, kuras tiesības tiek ierobežotas;
- 7) tiesībaizsardzības iestāžu darbinieku nepietiekamas zināšanas par ANO Konvencijā par personu ar invaliditāti tiesībām noteiktajiem valsts pienākumiem un nepamatota šīs konvencijas normu nepiemērošana personas tiesību ierobežojumu noteikšanā.

Svarīgs priekšnoteikums tiesību aizsardzībai gadījumos, ja tiesības ir aizskartas vai var tikt aizskartas, ir personas iespēja prasīt un panākt tiesību aizsardzību. Garīgi traucējumi nereti var ierobežot personas spējas patstāvīgi rīkoties un ierosināt tiesību aizsardzības procesus, tāpēc izšķirīgi svarīga ir ne tikai juridiskās palīdzības pieejamība formāli, bet juridiskās palīdzības piemērotība personai un tās kvalitāte. Kā jau minēts, dati liecina, ka ne visām personām ar garīgiem traucējumiem Latvijā ir pieejama valsts apmaksāta juridiska palīdzība visās juridiskajās procedūrās, kad tas nepieciešams. Tāpēc tiesību akti ir jāpārskata un ir jāparedz bezmaksas vai pieejama juridiskā palīdzība personām ar GT visos ar pamattiesību aizsardzību saistītajos juridiskajos procesos gan iestādēs, arī ārstniecības iestādēs, gan tiesās.

Svarīgi ir izvērtēt, vai juridiskā palīdzība, kuru persona saņem, ir kvalitatīva un mērķēta uz personas tiesību aizsardzību. Lietās par piespiedu ārstēšanas piemērošanu, kā noteikts Ārstniecības likuma 68. panta septītajā daļā, personai jānodrošina tās interešu pārstāvība, bet, ja personai nav pārstāvja, tad to norīko Latvijas Zvērinātu advokātu padome. Savukārt Ārstniecības likuma 68.¹ pantā norādīts, ka padomes norīkotais advokāts sniedz juridisku palīdzību,

kas iekļauj: iepazīšanos ar lietas materiāliem, juridisko konsultāciju, pārstāvību tiesas sēdē psihiatriskajā ārstniecības iestādē, kā arī sūdzības sagatavošanu tiesas priekšsēdētājam. (Saeima, 1997) Zvērinātu advokātu un viņu klientu tiesības un darbības ietvaru reglamentē Advokatūras likums (Saeima, 1993). Redzams, ka Ārstniecības likumā ir noteiktas divas atšķirīgas zvērināta advokāta lomas: pirmā – pārstāvēt pacientu; otrā – sniegt pacientam juridisku palīdzību.

Tiesu prakses par piespiedu ārstēšanas piemērošanu laikā no 2018. līdz 2023. gadam izpēte (Olsena u. c., 2024), proti, tieslietās esošie dokumenti par advokātu darbību, lika uzdot jautājumu: “Vai vienmēr juridiskā palīdzība, kuru saņem cilvēki ar garīgiem traucējumiem piespiedu ārstēšanas piemērošanas procesā tiesā, ir kvalitatīva, vai tā nodrošina advokāta klienta, kas vienlaikus ir arī aizsargājama persona garīgu traucējumu dēļ, tiesības un intereses?”

Tiesu prakses materiālos, kontekstā ar tiesību normās noteikto, bija konstatējami vairāki apstākļi, kas ierobežo pietiekamu un pilnvērtīgu pārstāvību un juridiskās palīdzības sniegšanu un saņemšanu. Pirmkārt, lietas tiesai ir jāizskata ātri. Tāpēc juridiskās palīdzības sniedzējam varētu būt maz laika, lai tiktos ar klientu psihiatriskajā slimnīcā, lai iepazītos ar lietas materiāliem un citiem apstākļiem. Iespējamība vākt un iesniegt citus pierādījumus ir ļoti ierobežota laikā. Tāpēc salīdzinoši daudz bija lietu, kurās nebija pierādījumu tam, ka juridiskās palīdzības sniedzējs – zvērināts advokāts – pirms tiesas sēdes ir ticis ar klientu un iepazīsies ar lietas materiāliem. No tiesas sēžu protokolos fiksētā bija secināms, ka ne vienā vien lietā juridiskās palīdzības sniedzējs nav izteicis argumentus par klienta interesēm un tiesībām konkrētajā situācijā. Nereti protokolā vai tiesas lēmumā bija norādīts, ka advokāts izsaka piekrišanu ārstniecības iestādes izteiktajam priekšlikumam piemērot brīvības ierobežošanu un piespiešanu.

Tiesu lietās bija atrodamas norādes uz to, ka advokāts nevarot spriest par slimnīcas pieprasījumu piemērot piespiedu ārstēšanu, jo advokātam neesot zināšanu medicīnā. Nav šaubu, ka juridiskās palīdzības sniedzējam nav speciālo zināšanu medicīnā tādā pašā mērā kā ārstniecības personām. Tomēr tas nav pamatots attaisnojums nepārstāvēt klientu vai nesniegt kvalitatīvu juridisko palīdzību. Advokātam būtu jāpārziņina brīvības atņemšanas pieļaujamības tiesību jautājumi personām ar invaliditāti un jāizmanto visi tie tiesību aizsardzības risinājumi, kuri ļautu mazināt iespējamu brīvības atņemšanu, kā arī piespiešanu, kas izpaužas kā piespiedu ārstēšana. Advokātam būtu jāpārlicinās, vai lietā ir pietiekami pierādījumi slimnīcu izteiktajiem apgalvojumiem un norādītajiem faktiem. Ja tādu nav, tad advokātam ir tiesības tos pieprasīt. Īpaši būtu jāpievērš uzmanība uz visu to pazīmju, kas tiesību normās ir nepieciešamas, pierādījumiem, proti, vai un kā tieši izpaudusies personas rīcība vai bezdarbība. Nepietiek, ka iestāde par šo izsaka apgalvojumus, tie ir jāpierāda. Advokātam būtu jāpārlicinās, ka lietā ir pierādījumi tam, ka visi mazāk ierobežojoši līdzekļi

ir piemēroti un nav devuši rezultātu. Advokātam būtu jāprasa pierādījumi tam, kādu konkrētu ierobežošanas līdzekli slimnīca prasa piemērot un kas var apliecināt tā nepieciešamību un iespēju sasniegt ierobežošanas mērķi. Piemēram, ja slimnīca apgalvo, ka ir tiesiski attaisnojama piespiedu ārstēšana, jāprasa pierādījumi tam, kāda tieši ārstēšana slimnīcas ieskatā kā piespiedu līdzeklis varētu būt attaisnojama un ar kādiem konkrētu zinātnisku pētījumu datiem pamatota ir iespēja prognozēt pozitīvu ieguvumu cilvēkam. Advokātam būtu jāpieprasa pierādījumi un paskaidrojumi par riskiem, kurus radīs cilvēka ar GT piespiešana un brīvības ierobežošana, un tie jāvērtē pašam, un jāaicina tiesa vērtēt piespiešanas negatīvo ietekmi.

Aktīvāka un klienta tiesībās orientēta pārstāvība un juridiskā palīdzība šajās lietās dotu iespēju panākt, ka advokāts nodrošina personas tiesību aizstāvību pēc būtības, tā samazinot ar piespiešanu saistītos cilvēciskos un tiesiskos riskus. Ne tik daudz, bet ir lietas, kurās advokāts ir iepazinies un iedziļinājies lietas būtībā un materiālos, lietas materiālos ir redzami argumenti un rīcība klienta tiesību aizsardzībai, piemēram, apstrīdot tiesas nolēmumu par piespiešanas piemērošanu.

Tiesībaizsardzības kontekstā ir jāvērtē, kā mazināt riskus, kurus cilvēkiem ar GT var radīt policija, rīkojoties kā valsts varas institūcija. Tiesību aktos Latvijā ir paredzēts, ka policijai ir tiesības iejaukties krīzes situācijās, kuras var būt saistītas ar cilvēkam piemītošiem garīgiem traucējumiem. Šis policijas tiesības ir jāpārskata un jāierobežo, lai mazinātu riskus cilvēkiem ar GT. Policijas uzdevums nav risināt krīzes situācijas un sniegt cilvēkiem piemērotu palīdzību, tas jā dara prasmīgiem sociālajiem darbiniekiem. Policijas iejaukšanās ir pieļaujama tikai bīstamās un citādi nenovēršamās riska situācijās. Ja policija iejaucas, tās darbība nedrīkst būt diskriminējoša. Latvijas tiesību aktos, konkrēti, Ārstniecības likuma 69. pantā, ir noteikts, ka policija var aizturēt personas ar GT, var tās nogādāt un uzraudzīt pie psihiatra, ja persona pārkāpj sabiedrisko kārtību. Bet šīs normas otrajā daļā paredzēts, ka policijai ir jāiesniedz psihiatram ziņojums par slimnieka uzvedības pretsabiedrisko raksturu. (Saeima, 1997) Tātad Latvijas tiesību akti atļauj policijai lietot spēku vai piespiešanu pret cilvēkiem ar GT visos gadījumos, kad policija personas rīcību var raksturot ar jēdziena “pārkāpj sabiedrisko kārtību” plašo un brīvi piemērojamo saturu, tātad policijai ir tiesības ne tikai aizturēt cilvēku, bet arī piespiest šo cilvēku ierasties pie psihiatra vai nogādāt psihiatriskās palīdzības iestādē. Izpētot Latvijas tiesu prakses materiālus, konstatēts, ka policija piedalās personu ar GT aizturēšanā un nogādāšanā psihiatriskās slimnīcās ne tikai gadījumos, kad lietas materiālos ir ziņas par notikušu apdraudējumu citiem vai personai pašai, bet arī gadījumos, kad lietā esošās ziņas par apdraudējumu neliecina, bet persona ir bezpalīdzīgā stāvoklī. Ir izšķirīgi svarīgi vispirms noskaidrot, vai tiešām persona, kurai kādā veidā izpaužas garīgi traucējumi, pārkāpj sabiedrisko kārtību un tāpēc ir tiesiski

pieļaujami un attaisnojami lietot policijas spēku viņas ierobežošanai. Piemēram, ir gadījumi, kad policija izmanto spēku, lai ierobežotu personas brīvību tāpēc, ka persona skaļi runā vai personas teiktais kādam, arī policistam, šķiet nesaprotams vai “dīvains”.

Lai mazinātu tos riskus, kurus personām ar GT var nodarīt policijas iejaukšanās un spēka izmantošana, ir jāpārskata tiesību aktos noteiktās policijas pilnvaras attiecībā uz šiem cilvēkiem. Nav pamatoti tiesību aktos noteikt, ka policija var lietot spēku pret cilvēkiem ar GT. Sabiedrības drošības un kārtības nodrošināšanai ir pietiekami, ka tiesību akti reglamentē policijas tiesības visos gadījumos, kad kāda persona rada apdraudējumu citiem vai sev. Policistiem ir jābūt prasmīgiem nošķirt situācijas, kad pastāv būtisks apdraudējums un tāpēc spēka lietošana pret personu ir pieļaujama. Policistiem ir jābūt apmācītiem piemērotā veidā un saudzīgi risināt dažādas apdraudējuma situācijas, arī tādas, kurās ir iesaistīti cilvēki ar GT.

Garīgie traucējumi bieži piemīt personām, kuras atrodas ieslodzījumā. (WHO, 2024) Tiesību aktos būtu jābūt noteiktam pienākumam iestādēm, kuras ir atbildīgas par ieslodzījumā esošu personu tiesību ievērošanu un aizsardzību, piemēram, Valsts policijai un Ieslodzījumu vietu pārvaldei, nodrošināt atbilstošus pielāgojumus un nepieciešamo atbalstu personu ar GT tiesību ievērošanai un aizsardzībai. Viens no nepieciešamajiem risinājumiem pielāgojumu izmantošanā un atbalsta nodrošināšanā ir tiesībaizsardzības iestāžu darbinieku zināšanas un prasmes cilvēktiesībās balstītu risinājumu lietošanā attiecībā uz dažādām ieslodzījumā esošu personu grupām ar garīgās veselības traucējumu izpausmēm.

Lai panāktu pozitīvas pārmaiņas, ir nepieciešams tiesiski nostiprināt tiesībaizsardzības iestāžu darbinieku pienākumu iegūt zināšanas un prasmes cilvēktiesībās balstītā pieejā attiecībā uz garīgās veselības dažādiem aspektiem un to izpausmēm. Prasība iegūt zināšanas par cilvēku ar invaliditāti tiesību aizsardzību ir jāiekļauj gan tiesību zinātņu izglītības programmās, kurās tiek apmācīti tiesībaizsardzības iestāžu darbinieki, gan normās, kas reglamentē tiesībaizsardzības iestāžu darbību, līdzīgi kā tas ir noteikts par bērnu tiesību aizsardzību (Saeima, 1998). Efektīva un mūsdienīga apmācību pieeja cilvēku ar invaliditāti tiesību aizsardzībai paredz par lektoriem aicināt personas, kam ir saskarsme ar personām, kurām ir GT, un šo traucējumu ārstēšanas pieredze. Šāda prakse būtu jāievieš arī Latvijā.

Tiesības saņemt palīdzību krīzes situācijās

Lai palīdzētu cilvēkiem ar garīgiem traucējumiem krīzes situācijās, ir jāizveido sistēma, to regulējot ar tiesību aktiem, kas ļautu laikus un mērķtiecīgi sniegt un saņemt nepieciešamo atbalstu. Tāpēc jāvērtē, kādi krīzes atbalsta pakalpojumi ir

pieejami personām ar GT, vai tiesību akti nosaka ar ārstniecību nesaistītu krīzes atbalsta pakalpojumu saņemšanas iespējas. Atbalstu un palīdzību krīzes situācijās var sniegt gan pieredzējušas atbalsta personas krīzes centros vai mājās, gan mobilas krīzes brigādes personai piemērotā vietā (arī patversmēs un īslaicīgas uzturēšanās vietās). Svarīgi, lai šādi pakalpojumi pastāvētu un būtu sistēmiski organizēti, lai to sniegšanai būtu apmācīti darbinieki un piešķirts nepieciešamais finansējums (WHO, 2023).

Vispārīgi Latvijas Nacionālajā attīstības plānā 2021.–2027. gadam rīcības virzienā “Psiholoģiskā un emocionālā labklājība” ir iekļauts mērķis – psiholoģiskās un emocionālās labklājības veicināšana cilvēku atbalstam krīzes situācijās, individuālā potenciāla attīstībai un deviantas uzvedības veidošanās risku mazināšanai, nostiprinot veselību kā vērtību. Tajā kā uzdevumi ir ietverti risinājumi atkarību izraisīto vielu un procesu ierobežošanai, vardarbības profilaksei un citi. Savukārt rīcības virzienā “Sociālā iekļaušana” ir paredzēti uzdevumi, kas uzlabotu sociālo aizsardzību cilvēkiem ar invaliditāti. (Saeima, 2020)

Ministru kabineta 2022. gada 13. decembra rīkojuma Nr. 939 “Par psihiskās veselības aprūpes organizēšanas uzlabošanas plānu 2023.–2025. gadam” 4.2. punktā ir paredzēts, ka Latvijā tiks attīstīts mobilo psihiatrisko komandu pakalpojums pacienta dzīvesvietā. Plāns gan neparedz palīdzību krīzes situācijās, bet tikai tajos gadījumos, kad pacients objektīvu iemeslu dēļ nevar ierasties uz plānoto ambulatoro pakalpojumu un stacionārā ārstēšana viņam nav indicēta, – tad psihiatrs kopā ar komandu nodrošinās pakalpojuma saņemšanu pacienta dzīvesvietā. Plānā norādīts, ka komandu sniegtie pakalpojumi nodrošinās savlaicīgu veselības aprūpes pakalpojuma saņemšanu, uzlabos pacienta līdzestību, būtiski samazinās rehospitalizāciju skaitu un hronisku slimību attīstību. (Ministru kabinets, 2022b)

Nacionālais psihiskās veselības centrs 2024. gadā ir publicējis metodisko materiālu “Mobilās psihiatriskās komandas izveide psihiatrisko pacientu aprūpei mājās”. Šajā materiālā ietvertā informācija neliecina, ka centrs plāno nodrošināt mobilās psihiatriskās komandas palīdzību krīzes situācijās nonākušiem cilvēkiem. Tajā līdzīgi kā psihiskās veselības aprūpes organizēšanas uzlabošanas plānā norādīts, ka

“mobilās komandas piedāvā sabiedrībā balstītu palīdzību pacientiem, kuri veselības vai sociālo apstākļu dēļ nespēj regulāri apmeklēt ambulatorās vizītes. Šie pakalpojumi ir īpaši nozīmīgi tiem, kuri cieš no hroniskiem psihiskiem traucējumiem, piemēram, šizofrēnijas, bipolārajiem traucējumiem vai smagas depresijas.” (Nacionālais psihiskās veselības centrs, 2024)

Metodiskais materiāls liecina, ka mobilās psihiatriskās komandas pakalpojuma pilotprojekts ir paredzēts, lai nodrošinātu mobilo psihiatriskās palīdzības

komandu došanos pie personām, kurām ir piemēroti medicīniski piespiedu līdzekļi saskaņā ar Krimināllikumā noteikto. No metodiskā materiāla secināms, ka mobilā psihiatriskā komanda tiek veidota tikai no psihiatra, māsas vai māsas palīga un šofera. Tajā nav paredzēta sociālās palīdzības un citu speciālistu iesaiste, kuri nepieciešami, lai cilvēks varētu saņemt ne tikai ārstniecības pakalpojumus, bet visus nepieciešamos atbalsta pakalpojumus.

Kopumā secināms, ka Latvijā izdotajos nacionālajos plānos un citos dokumentos ir paredzēts attīstīt palīdzību cilvēkiem krīzes situācijās, bet šie plāni ir vispārīgi un fragmentēti. Plānos nav paredzēti konkrēti un multidisciplināri risinājumi un palīdzības saņemšanas iespējas cilvēkiem, kas nonāk krīzes situācijās garīgu traucējumu dēļ. Lai situāciju uzlabotu, ir jāizstrādā piemērotas rīcības modeļi, tie jāievieš praksē un tad secīgi jāvērtē, vai un kā esošie plāni tiek pildīti, vai tiek sasniegti noteiktie uzdevumi. Proti, plāni par palīdzību cilvēkiem krīzes situācijā no “papīra” jāpārceļ reālajā dzīvē. Tāpēc ir jāizveido multidisciplināras un mobilas atbalsta komandas pakalpojumi personām krīzes situācijās garīgu traucējumu dēļ.

Tiesībspējas un rīcībspējas ievērošana un nodrošināšana

ANO Konvencijas par personu ar invaliditāti tiesībām 12. pants nosaka vienlīdzīgu tiesībspējas atzīšanu. Tajā paredzēts, ka dalībvalstīm, arī Latvijai, ir jānodrošina, ka personām ar invaliditāti tiek garantēta tiesībspēja, ka viņu rīcībspēja tiek atzīta līdzvērtīgi ar citiem cilvēkiem visās dzīves jomās. Normas 3. punkts noteic, ka dalībvalstīm ir jāveic nepieciešamie pasākumi, lai personām ar invaliditāti nodrošinātu tā atbalsta pieejamību, kas tām varētu būt nepieciešams, īstenojot savu rīcībspēju. (ANO, 2006)

Cilvēktiesībās balstīta pieeja personu ar GT aizsardzībai prasa, lai valsts tiesību aktos būtu noteikts, ka ir jāievēro un jāaizsargā personu tiesībspējas un rīcībspējas tiesības visām personām. Secīgi ir jāpārbauda, vai tiesību aktos pastāv tādas tiesību normas, kas atļauj tiesībspējas un rīcībspējas ierobežojumus un paredz aizvietojošu lēmumu pieņemšanu, tostarp garīgās veselības aprūpē. Civillikuma 219. pantā noteikts, ka tiesībspēja piemīt visiem cilvēkiem, bet rīcībspēja ne. Pilna rīcībspēja saskaņā ar Civillikuma 220. pantā noteikto ir personām, kas sasniegušas pilngadību, t. i., 18 gadu vecumu. Dažos gadījumos pilngadību var atzīt agrāk. (Ministru kabinets, 1937)

Lai arī Latvija 2012. gadā ir veikusi civiltiesību reformu, kas nepieciešama ANO Konvencijā par personu ar invaliditāti tiesībām noteiktās pilnas tiesībspējas un rīcībspējas tiesību ievērošanai, Civillikuma 358.¹ panta norma pieļauj rīcībspējas ierobežošanu personai ar garīgiem vai citiem veselības traucējumiem tādā apjomā, kādā tā nespēj saprast savas darbības nozīmi vai nespēj savu darbību vadīt. Civillikuma 356.¹ pantā noteikts, ka persona nav ierobežojama

personiskajās nemantiskajās tiesībās, kā arī aizstāvēt savas tiesības un likumiskās intereses iestādēs un tiesā saistībā ar tās rīcībspējas un brīvības ierobežojumiem, domstarpībām, strīdiem ar aizgādni un aizgādņa iecelšanu un atcelšanu. (Ministru kabinets, 1937) Veselības aprūpe ir viena no tām dzīves jomām, kurā galvenokārt tiek īstenotas personas nemantiskās personiskās tiesības, tāpēc pacientu tiesību jomā rīcībspējas ierobežojumu tiesa noteikt nedrīkst. Jaunākajā Latvijas tiesu praksē arī ir nostiprināta šāda pieeja. Lietās, kurās tiek prasīta rīcībspējas ierobežošana un aizgādņa iecelšana veselības aprūpes jomā, tiesas šādu prasījumu noraida, pamatojoties uz likumā noteikto ierobežojošo tvērumu.

Civillikuma 364.² pantā noteiktā kārtībā var nodibināt pagaidu aizgādību pār personām ar garīga rakstura vai citiem veselības traucējumiem steidzamos gadījumos, ja tas ir vienīgais veids, kā aizsargāt personas intereses, bet bez rīcībspējas ierobežošanas. Pagaidu aizgādību var noteikt arī personisko tiesību jomā, tostarp veselības aprūpē; to ir tiesīga noteikt tiesa uz laiku līdz diviem gadiem. Šādos gadījumos personas tiesības ir tiesīga īstenot gan persona pati, gan bāriņtiesas iecelts pagaidu aizgādnis. (Ministru kabinets, 1937)

ANO Personu ar invaliditāti tiesību komitejas ieskatā Latvijas tiesiskais regulējums, kas paredz rīcībspējas ierobežošanas iespēju un pagaidu aizgādības noteikšanu, nav atbilstošs Konvencijai par personu ar invaliditāti tiesībām. (UN CRPD, 2017)

Saskaņā ar Konvencijas par personu ar invaliditāti tiesībām 12. panta trešo daļu tiesību aktos jānoteic, ka personām ar invaliditāti ir jānodrošina atbalsta pieejamība, kas tām varētu būt nepieciešama rīcībspējas īstenošanai. Profesionālu atbalsta personas pakalpojumu Latvija ir ieviesusi 2023. gadā, kad Sociālo pakalpojumu un sociālās palīdzības likumā tika ietverta atbalsta personas lēmumu pieņemšanā personas definīcija un noteikts jauns sociālais pakalpojums – atbalsta personas lēmumu pieņemšanā pakalpojums (Saeima, 2002, 1. panta 42. un 43. daļa). Atbalsta personas lēmumu pieņemšanā pakalpojuma mērķis saskaņā ar minētā likuma 26.¹ panta pirmajā daļā noteikto ir sniegt atbalstu lēmumu pieņemšanā pilngadīgai personai ar garīgiem traucējumiem, neiespaidojot šīs personas gribu, izvēles un lēmumus, lai atbalstāmā persona pati spētu neatkarīgi pieņemt lēmumus. Valsts nodrošina atbalsta personas lēmumu pieņemšanā pakalpojumu pilngadīgām personām ar garīgiem traucējumiem, kurām noteikta invaliditāte (Saeima, 2002, 13. panta otrās daļas 14. punkts). Sīkāk atbalsta personas pakalpojumu reglamentē Ministru kabineta 2023. gada 31. oktobra noteikumi Nr. 625 “Noteikumi par atbalsta personu lēmumu pieņemšanā pakalpojumu” (Ministru kabinets, 2023). Tātad tiesību aktos ir paredzēts, ka, pirmkārt, personas, kurām ir oficiāli piešķirts invaliditātes statuss, var saņemt atbalsta personas pakalpojumu un, otrkārt, tā sniegšanā jāievēro atbalstāmās personas tiesības, griba un vēlmes par tās tiesībspējas un rīcībspējas īstenošanu.

Garīgās veselības aprūpes pakalpojumu lietotāju iekļaušana sabiedrībā un līdzdalība lēmumu pieņemšanā

ANO Konvencijas par personu ar invaliditāti tiesībām 4. panta trešajā daļā ir noteikts:

“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, tostarp bērnus ar invaliditāti, ar šo personu pārstāvošo organizāciju starpniecību.” (ANO, 2006)

Lai pakalpojumu lietotāju iekļaušana notiktu, tiesību aktos, piemēram, par veselības aprūpes vai sociālās palīdzības organizāciju, ir jānosaka valsts iestāžu pienākums un procedūra, kas veicina un nodrošina pakalpojumu lietotāju iekļaušanu un līdzdalības tiesības jebkādu lēmumu pieņemšanā par šo personu tiesību jautājumiem. Līdzdalības risinājumi var būt dažādi, bet tiem ir jānodrošina personu ar GT pilnīga un vienlīdzīga iesaistišana gan individuāli, gan ar šo personu pārstāvības organizāciju starpniecību visos sabiedrības procesos. Īpaši jāpievērš uzmanība un praksē jāpanāk, ka personas ar GT un viņu pārstāvji, un to izteiktie priekšlikumi tiek respektēti un ņemti vērā gan tiesību aktu, gan garīgās veselības politikas izstrādē.

Tāpat pakalpojumu lietotāji tieši ir jāiesaista tiesību aktos noteikto personu ar GT tiesību īstenošanas un uzraudzības procesos. Tāpēc tiesību aktos būtu jānosaka, ka personām ar pakalpojumu lietotāju pieredzi, personām ar GT un šīs personas pārstāvošām organizācijām ir jābūt pilntiesīgiem dalībniekiem visās institūcijās. Tās ir komitejas, padomes, valdes, uzraudzības institūcijas un darba grupas, kas vērtē garīgās veselības aprūpes pakalpojumus, izstrādā tiesību aktu projektus, politikas dokumentus vai ārstniecības un aprūpes vadlīnijas. No autores zinātniskā un praktiskā darba pieredzē apkopotajiem datiem secināms, ka Latvijas iestādes nepievērš uzmanību personu ar GT iesaistišanas pienākumam.

Lai nodrošinātu cilvēku ar GT kā grupas pilsoniskās un līdzdalības tiesības pilnā apmērā, tiesību aktos ir jāparedz piemērots un labvēlīgs tiesiskais regulējums šo grupu pārstāvošo nevalstisko organizāciju izveidei un darbībai. Latvijā personu ar GT tiesības aizstāv vairākas nevalstiskas organizācijas: Resursu centrs cilvēkiem ar garīgiem traucējumiem “Zelda”; apvienība “Apeirons”, kas ir cilvēku ar invaliditāti interešu aizsardzības organizācija; Latvijas Cilvēku ar īpašām vajadzībām sadarbības organizācija “Sustento”; Latvijas Autisma apvienība; biedrība “Latvijas Kustība par neatkarīgu dzīvi” un citas. Lai panāktu personu ar GT tiesību pārstāvību tieši veselības aprūpes jomā, jāstiprina šo organizāciju kapacitāte tiesību, tostarp pacientu tiesību, aizstāvības jautājumos.

Latvijā nepastāv sistēma, kas nodrošina, ka personas ar GT kā pakalpojuma lietotāji vai viņus pārstāvošas organizācijas, ja tās piedalās tiesību aktu vai politikas dokumentu izstrādes pasākumos, piemēram, darba grupās, apspriedēs un viedokļu sagatavošanā par tiesību aktu, politikas vai organizācijas priekšlikumiem, var saņemt atbildību par ieguldīto darbu un izdevumiem, kas šai darbībai nepieciešami. Tas ierobežo šo personu un organizāciju iespēju pārstāvēt pakalpojumu lietotāju tiesības un intereses pilnvērtīgi un nepieciešamajā apmērā. Lai pārstāvība būtu iespējama, ir nepieciešams piešķirt finansējumu pārstāvības darba nodrošināšanai. Pakalpojumu lietotāju organizāciju pārstāvjiem būtu jāsaņem atbildība par ieguldīto darbu, tāpat kā to saņem valsts un citu iestāžu darbinieki. Pakalpojumu lietotāju organizācijām būtu jāsaņem arī izdevumu atbildība, piemēram, transporta un komandējumu izdevumi, ja tādi ir nepieciešami dalībai valstiski organizētos pasākumos. Izstrādājot tiesību normu projektus un jaunus plānus veselības aprūpes jomā, ir jānodrošina, ka personas ar GT un šīs personas pārstāvošas organizācijas tiek uzaicinātas līdzdarboties. Izšķirīgi svarīgi respektēt un ievērot šo cilvēku un organizāciju izteiktos priekšlikumus.

Kā negatīvs likumdošanas piemērs, kurā pakalpojumu lietotāju ar GT pārstāvjiem un organizācijām netika tiesību aktā noteiktas līdzvērtīgas tiesības piedalīties, bet ārstniecības speciālistiem tādas tika paredzētas, jāmin 2024. gada 13. augustā izdoto Ministru kabineta noteikumu Nr. 543 "Metodiskās vadības institūcijas noteikumi" (Ministru kabinets, 2024b) izstrāde un pieņemšana. Vairākas organizācijas un arī šī raksta autore aicināja Veselības ministriju iekļaut noteikumos normu par pacientu pārstāvju obligātu līdzdalību, bet šis priekšlikums netika atbalstīts. Iespējamība, ka bez pacientu vai to pārstāvju pilnvērtīgas līdzdalības būs iespējams izstrādāt kvalitatīvas vadlīnijas psihiatrijas vai citām veselības aprūpes nozarēm, ir maza. Pacientu pārstāvju līdzdalības tiesību nenoteikšana tiesību aktā arī pēc tam, kad uz šo svarīgo apstākli tika vairākkārt norādīts, parāda Ministru kabineta noteikumu sagatavotāju un pieņēmēju nevēlēšanos un nespēju izprast pacientu līdzdalības vērtību.

Nobeigums

Šajā rakstā ir analizēts Latvijas tiesību aktos ietvertais regulējums par personu ar garīgiem traucējumiem tiesībām un interesēm, īpaši vērtējot, vai un kā šobrīd tiesību aktos noteiktais regulējumu atbilst cilvēktiesībās balstītai pieejai nodrošināt šīs cilvēku grupas cienpilnas dzīves iespēju.

Latvija ir spērusi vairākus soļus uz priekšu kopš 2010. gada, kad tā ratificēja Konvenciju par personu ar invaliditāti tiesību aizsardzību un uzņēmas valsts pienākumus ievērot šajā konvencijā noteiktās tiesības un realizēt pasākumus, kas nepieciešami praksē un cilvēku dzīvē. Tas ir vērtējams pozitīvi. Secīgi arī Latvijas politikas plānošanas dokumentos ir norādīti mērķi, kas jāsasniedz, lai

nodrošinātu cilvēkiem ar garīgiem traucējumiem vienlīdzīgas iespējas, iekļaušanu sabiedrībā un darba tirgū. Tiek plānoti daži risinājumi, lai palīdzētu cilvēkiem, kuriem piemīt garīgi traucējumi un kuri ir nonākuši krīzes situācijās.

Lai arī daudz ir izdarīts, vēl vairāk ir jāizdara. Latvijai ir jāveic tādas tiesību aktu reformas, kas cilvēkiem ar garīgiem traucējumiem nodrošina vienlīdzīgas tiesību iespējas ikvienā dzīves situācijā, kā arī palīdz mazināt un izskaust diskrimināciju un stigmatizāciju. Tiesību reformu sagatavošanā jāievēro mūsdienās atzītās cilvēktiesības personu ar invaliditāti tiesību jomā un jāņem vērā labas prakses piemēri, kuri parāda, kā šos principus īsteno. Daļa no nepieciešamajām reformām ir izklāstītas šajā rakstā.

Visuzmanīgāk ir jāieklausās cilvēkos ar garīgo traucējumu pieredzi un šos cilvēkus pārstāvošajās organizācijās. Proti, ir jāievēro un praksē jāīsteno princips “Neko par mums bez mums” (angļu val. *Nothing about us without us*; latīņu val. *Nihil de nobis, sine nobis*). Ir jānodrošina cilvēkiem ar garīgu traucējumu pieredzi ne tikai formāla dalība likumdošanas un politikas izstrādes procesos, bet jāgarantē, ka šai dalībai ir piešķirti vajadzīgie resursi un šo personu izteiktie priekšlikumi tiek respektēti un veido reformu saturu. Ir jābeidz kultivēt novecojušo pieeju, kurā nozīmīga vara par cilvēku ar garīgiem traucējumiem tiesību un iespēju noteikšanā tiek dota psihiatrijas speciālistiem.

Lai panāktu virzību, Latvijā nav “jāizgudro savs divritenis”. Ir vērts iepazīties gan ar Pasaules Veselības organizācijas, gan ANO augstā komisāra cilvēktiesību jautājumos, ANO Cilvēku ar invaliditāti tiesību komitejas un citu profesionālu un akadēmisku organizāciju apkopotajām atziņām un izteiktajiem priekšlikumiem. Ir pietiekami daudz dokumentu un prakses piemēru, kuri parāda iespējas un to risinājumus, tostarp informējot par šķēršļiem risinājumu ieviešanas procesā.

Šī raksta autore sagaida, ka Latvijā visai drīz tiks grozīti tiesību akti, kuri paredz personu ar garīgiem traucējumiem tiesību diskriminējošu ierobežošanu, kultivē novecojušo biomedicīnisko pieeju, neveicina cieņpilnu un respektējošu šo cilvēku iespēju un vajadzību nodrošināšanu. Cerams, ka Latvija turpinās attīstīt tādu tiesisko regulējumu, kas respektē personu tiesības un brīvības un nodrošina atbalstu tajos gadījumos, kad personai tāds ir nepieciešams vai palīdzošs.

IZMANTOTĀ LITERATŪRA

TIESĪBU AKTI

Starptautiskie tiesību akti

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

Eiropas Padome (1950) *Eiropas Cilvēka tiesību un pamatbrīvību aizsardzības konvencija*. https://www.echr.coe.int/documents/d/echr/convention_lv

Eiropas Padome (1997) *Konvencija par cilvēktiesību un cieņas aizsardzību bioloģijā un medicīnā – Konvencija par cilvēktiesībām un biomedicīnu*. <https://likumi.lv/ta/lv/starptautiskie-likumi/id/1410>

Latvijas Republikas tiesību akti

Augstākā Padome (1991) *Likums “Par policiju”*. <https://likumi.lv/doc.php?id=67957>

Ministru kabinets (1937) *Civillikums*. <https://m.likumi.lv/ta/id/225418-civillikums>

Ministru kabinets (2010) *2010. gada 28. decembra noteikumi Nr. 1208 “Noteikumi par psihologa pakalpojuma apjomu personai līdz 18 gadiem, kurai pirmreizeji noteikta invaliditāte un kura dzīvo ģimenē, kā arī tās likumiskajam pārstāvim, un pakalpojuma saņemšanas kārtību”*. <https://likumi.lv/ta/id/223858-noteikumi-par-psihologa-pakalpojuma-apjomu-personai-lidz-18-gadiem-kurai-pirmreizeji-noteikta-invaliditate-un-kura-dzivo-ģimene...>

Ministru kabinets (2022a) *2022. gada 2. novembra noteikumi Nr. 682 “Kārtība, kādā persona saņem valsts finansētus profesionālās rehabilitācijas pakalpojumus un profesionālās piemērotības noteikšanas pakalpojumu”*. <https://likumi.lv/ta/id/336971-kartiba-kada-persona-sanem-valsts-finansetus-profesionalas-rehabilitacijas-pakalpojumas-un-profesionalas-piemerotibas-noteikšanas-pakalpojumu>

Ministru kabinets (2022b) *2022. gada 13. decembra rīkojums Nr. 939 “Par psihiskās veselības aprūpes organizēšanas uzlabošanas plānu 2023.–2025. gadam”*. <https://likumi.lv/ta/id/338032-par-psihiskas-veselibas-aprupes-organizesanas-uzlabosanas-planu-2023-2025-gadam>

Ministru kabinets (2023) *2023. gada 31. oktobra noteikumi Nr. 625 “Noteikumi par atbalsta personu lēmumu pieņemšanā pakalpojumu”*. <https://likumi.lv/ta/id/346948-noteikumi-par-atbalsta-personu-lemumu-pienemsana-pakalpojumu>

Ministru kabinets (2024a) *2024. gada 21. maija rīkojums Nr. 396 “Plāns personu ar invaliditāti vienlīdzīgu iespēju veicināšanai 2024.–2027. gadam”*. <https://likumi.lv/ta/id/352154>

Ministru kabinets (2024b) *2024. gada 13. augusta noteikumi Nr. 543 “Metodiskās vadības institūcijas noteikumi”*. <https://likumi.lv/ta/id/354310-metodiskas-vadibas-institucijas-noteikumi>

Saeima (1993) *Advokatūras likums*. <https://likumi.lv/ta/id/59283-latvijas-republikas-advokaturas-likums>

Saeima (1997) *Ārstniecības likums*. <https://likumi.lv/ta/id/44108-arstniecibas-likums>

Saeima (1998) *Bērnu tiesību aizsardzības likums*. <https://likumi.lv/ta/id/49096-bernu-tiesibu-aizsardzibas-likums>

Saeima (2002) *Sociālo pakalpojumu un sociālās palīdzības likums*. <https://likumi.lv/ta/id/68488>

Saeima (2010) *Invaliditātes likums*. <https://likumi.lv/ta/id/211494-invaliditates-likums>

Saeima (2020) *Par Latvijas Nacionālo attīstības plānu 2021.–2027. gadam*. <https://likumi.lv/ta/id/315879-par-latvijas-nacionalo-attistibas-planu-20212027-gadam-nap2027>

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

TIESU PRAKSE

Latvijas Republikas Satversmes tiesas nolēmumi

Satversmes tiesa (2004) 2004. gada 26. marta spriedums lietā Nr. 2003-22-01. <https://likumi.lv/ta/id/86224-par-likuma-par-obligato-socialo-apdrosinasanu-pret-nelaiemes-gadījumiem-darba-un-arodslimibam-17panta-piektas-dalas-atbilstibu-latvijas-republikas-satversmes-91-un-109pantam>

Satversmes tiesa (2019) 2019. gada 5. marta spriedums lietā Nr. 2018-08-03. <https://likumi.lv/ta/id/305362-par-jurmalas-pilsetas-domes-2014-gada-4-septembra-saistoso-noteikumu-nr-27-jurmalas-pilsetas-pasvaldibas-kapsetu-darbības-un-uztūresanas-noteikumi-18-un-20-punkta-atbilstibu-latvijas-republikas-satversmes-1-pantam>

Satversmes tiesa (2020a) 2020. gada 9. jūlija spriedums lietā Nr. 2019-27-03. <https://likumi.lv/ta/id/315986-par-ministru-kabineta-2009-gada-22-decembra-noteikumu-nr-1605-noteikumi-par-valsts-sociala-nodrosinājuma-pabalsta-un-apbedisanas>

Satversmes tiesa (2020b) 2020. gada 25. jūnija spriedums lietā Nr. 2019-24-03. <https://likumi.lv/ta/id/315688-par-ministru-kabineta-2012-gada-18-decembra-noteikumu-nr-913-noteikumi-par-garanteto-minimalo-ienakumu-limeni-2-punkta-atbilstibu>

Satversmes tiesa (2023) 2023. gada 5. oktobra spriedums lietā Nr. 2022-34-01. <https://likumi.lv/ta/id/346210-par-socialo-pakalpojumu-un-socialas-palīdzības-likuma-33-panta-pirmas-dalas-un-likuma-par-socialo-drosību-2-2-panta-otras-un-tr...>

Literatūra un citi avoti

Eiropas Komisija (21.05.2021.) *Veselā miesā vesels gars: garīgās veselības veicināšana pandēmijas laikā un pēc tās*. <https://ec.europa.eu/newsroom/sante/items/711784/lv> [skatīts 25.05.2025.].

Eiropas Savienības Padomes Ģenerālsēkretariāts (2018) *Iekļaujoša komunikācija Padomes ģenerālsēkretariātā*. https://www.consilium.europa.eu/media/35433/lv_brochure-inclusive-communication-in-the-gsc.pdf

ENUSP – European Network of (Ex-)Users and Survivors of Psychiatry (n.d.) *Who we are*. <https://enusp.org/who-we-are/> [skatīts 09.01.2025.].

Invalīdu un viņu draugu apvienība Apeirons. <https://www.apeirons.lv/>

Krūmiņa, I. (2022) *Personu ar garīga rakstura traucējumiem nodarbinātība Latvijā: pētījuma galaziņojums*, 2022. gada marts. https://www.saeima.lv/petijumi/Personu_ar_gariga_rakstura_traucejumiem_nodarbinatiba_petijuma_galaziņojums.pdf [skatīts 15.03.2025.].

Latvijas Cilvēku ar īpašām vajadzībām sadarbības organizācija “Sustento”. <https://www.sustento.lv/>

Leimane-Veldmeijere, I., Pavlovska, A. (2024) *Rokasgrāmata tiesību aizsardzības sistēmas darbiniekiem “Saprātīgi pielāgojumi tiesību aizsardzības sistēmas ietvaros”*. Rīga: Resursu centrs cilvēkiem ar garīgiem traucējumiem “Zelda”. https://zelda-cms.b-cdn.net/AIF_Rokas_Gramata_final_pdf_compressed_1_af5999f8e9.pdf

LSM.lv Ziņu redakcija (2021) Valodai ir milzīgs spēks. “Dod pieci!” saruna ar iekļaujošas valodas ekspertiem. *LSM.lv*, 18. decembris. <https://www.lsm.lv/raksts/zinas/latvija/valodai-ir-milzigs-speks-dod-pieci-saruna-ar-iekļaujamos-valodas-eksperti.a435129/>

Nacionālais psihiskās veselības centrs (2024) *Mobilās psihiatriskās komandas izveide psihiatrisko pacientu aprūpei mājās*. <https://npvc.lv/wp-content/uploads/2025/01/Mobilas-psihiatriskas-komandas-izveide-psihiatrisko-pacientu-aprupei-majas.pdf>. <https://npvc.lv/wp-content/uploads/2025/01/Mobilas-psihiatriskas-komandas-izveide-psihiatrisko-pacientu-aprupei-majas.pdf> [skatīts 25.03.2025.].

Nodibinājums “Baltic Institute of Social Sciences” (2020) Apvienoto Nāciju Organizācijas Konvencijas par personu ar invaliditāti tiesībām ieviešanas izvērtējums: gala ziņojums. https://petijumi.mk.gov.lv/sites/default/files/title_file/BISS_Gala_zinojums_LM_ANO_konv_30062020red_13072020%20%281%29.pdf

Olsena, S. (2022a) *Pacientu tiesību aizsardzības līdzekļi. Medicīnas tiesības*. Otrais papildinātais izdevums. Rīga: Tiesu namu aģentūra, 503–546.

Olsena, S. (2022b) Pieaugušu cilvēku ar lemtspējas ierobežojumiem tiesības administratīvajā procesā. *Latvijas Universitātes 80. starptautiskās zinātniskās konferences rakstu krājums*. Rīga: LU Akadēmiskais apgāds, 400–408. <https://doi.org/10.22364/juzk.80.43>

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.

Osipova, S. (2019) Satversmes tiesas priekšsēdētājas vietnieces Sanitas Osipovas uzruna studentu korporācijas “Dzintra” jubilejas pasākumā. <https://www.satv.tiesa.gov.lv/runas-un-raksti/satversmes-tiesas-priekssedetajas-vietnieces-sanitas-osipovas-uzruna-studentu-korporacijas-dzintra-jubilejas-pasakuma/>

Patel, V., Saxena, S., Lund, C., et al. (2018) The Lancet Commission on global mental health and sustainable development. *Lancet*, 392, 1553–1598.

Resursu centrs cilvēkiem ar garīgiem traucējumiem “Zelda” (2024) Notikuši pieci mācību semināri tiesību aizsardzības sistēmas darbiniekiem: [preses relīze, 30. oktobris]. <https://zelda.org.lv/aktualitates/notikusi-pieci-macibu-seminari-tiesibu-aizsardzibas-sistemas-darbiniekiem> [skatīts 15.05.2025.].

Resursu centrs cilvēkiem ar garīgiem traucējumiem “Zelda” (b. d.) <https://zelda.org.lv/>

UN CRPD – United Nations, Committee on the Rights of Persons with Disabilities (2017) *Committee on the Rights of Persons with Disabilities Concluding observations on the initial report of Latvia, 2017*. <https://digitallibrary.un.org/record/1310664?ln=en&v=pdf>

United Nations Sustainable Development Group (n.d.) *Human Rights-Based Approach*. <https://unsdg.un.org/2030-agenda/universal-values/human-rights-based-approach> [skatīts 15.03.2025.].

Veckalne, A. (2021) Tas, kā runājam, veido mūsu sabiedrību. *LV portāls*, 6. aprīlis. <https://lvportals.lv/viedokli/326622-tas-ka-runajam-veido-musu-sabiedribu-2021>

Veckalne, A. (2024) *Vienkāršās valodas ceļvedis*. <https://www.pieturzimes.lv/bezmaksas-vertigie-resursi/vienkarsas-valodas-celvedis/>

WHO (2021) *Comprehensive Mental Health Action Plan 2013–2030*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240031029>

WHO (2022) *World mental health report: Transforming mental health for all*. <https://iris.who.int/handle/10665/356119>

WHO (2023) *Mental health, human rights and legislation: Guidance and practice*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240080737>

WHO (2024) *One-third of people in prison in Europe suffer from mental health disorders*. <https://www.who.int/europe/news-room/15-02-2023-one-third-of-people-in-prison-in-europe-suffer-from-mental-health-disorders>

Pacienta lemtspējas tiesiskais regulējums Latvijā un tā attīstības iespējas

Legal framework of the patient's decision-making capacity in Latvia and possibilities of its development

Laura Kadile

 0000-0002-9371-3194

Solvita Olsena

 0000-0003-4540-3711

KOPSAVILKUMS

Lemtspēja ir fundamentāls elements ikviena indivīda privātautonomijas un brīvības īstenošanā, kā arī būtisks pacienta tiesību un tiesisko interešu aizsardzības priekšnoteikums informētās piekrišanas saņemšanai ārstniecībā. Ikviena lēmuma pieņemšana, arī indivīda ikdienas izvēles, ietekmē viņa dzīvi un tās kvalitāti. Ja pacienta, lēmuma pieņēmēja, spējas ir ierobežotas, viņa spējas pieņemt lēmumus nepieciešams vērtēt, balstoties uz četriem pamatelementiem, kas rakstā izklāstīti. Turklāt spēju novērtējums jābalsta vienotā kārtībā, nodrošinot individuālu pieeju katram pacientam un garantējot viņa interešu ievērošanu. Autore secinājušas: kaut arī nacionālā līmeņa tiesību regulējums šobrīd neparedz lemtspējas jēdziena tiesisko ietvaru, šī tiesību institūta atzari ietverti citu tiesību nozaru regulējumā. Tomēr, lai garantētu pacientu tiesisko aizsardzību Latvijā, tiesību sistēmā ir nepieciešams nostiprināt jaunu lemtspējas jēdzienu, noteikt spēju novērtēšanas kārtību un garantēt tiesisko aizsardzību apstākļos, kad spēju ierobežojums liedz pacientam pieņemt patstāvīgu lēmumu.

Atslēgvārdi: pacients, pacienta tiesības, lemtspēja, rīcībspēja, garīgās veselības traucējumi, cilvēktiesībās balstīta pieeja.

SUMMARY

Decision-making capacity is a fundamental element in the exercise of individual autonomy and freedom, and an essential prerequisite for the protection of patients' rights and legal interests in obtaining informed consent to medical treatment. Every decision and choice that individuals make in their daily lives affects their lives and quality of life. In cases where the decision-maker has limited capacity, it is necessary to assess the patient's decision-making capacity on the basis of the four key elements described in the article. Furthermore, capacity assessment must be grounded in a uniform procedure, accompanied by a tailored approach to each patient, ensuring that their interests are duly considered. The authors' conclusions indicate that, although the national legal framework does not currently provide a legal framework for the concept of decision-making capacity, branches of this legal institute are covered by other fields of law. Nevertheless, in order to ensure legal protection for patients in Latvia, it is necessary to establish a new legal institution: the concept of decision-making capacity, the procedure for assessing capacity and guaranteed legal protection in circumstances where the limitation of capacity deprives the patient from taking the decision.

Keywords: patient, patient rights, decision making capacity, capacity to act, mental disorders, human rights-based approach.

Ievads

Katram indivīdam, kurš ir lemtspējīgs, ir fundamentālas tiesības pieņemt lēmumus, kas ietekmē viņa dzīvi. Šīs tiesības pastāv neatkarīgi no tā, vai lēmumu pieņemšanas motīvi ir saprātīgi, nesaprātīgi, nezināmi vai nemotivēti (Lamont et al., 2016).

Cilvēks ik dienas pieņem dažādus lēmumus, tie var būt gan vienkārši lēmumi, piemēram, pārtikas produktu vai operas apmeklējuma izvēle, gan sarežģīti lēmumi, piemēram, par nekustamā īpašuma iegādi vai testamenta sastādīšanu. Cilvēkam ir arī jāpieņem lēmumi par savu veselību un ārstniecību. Tie nereti būs faktiski un juridiski sarežģītāki nekā ikdienas lēmumi citās dzīves jomās.

Cilvēka spēja pieņemt lēmumus parasti ir proporcionāla lēmuma sarežģītībai. Piemēram, piekrītot medicīniskām manipulācijām un ārstniecībai kopumā, ir nepieciešama lielāka spēju daudzveidība nekā vienkāršu uzdevumu gadījumā. Dažādās situācijās lemtspēja var būt atšķirīga. Līdz ar to lēmumu pieņemšana ir atzīstama par īpaši sarežģītu procesu, kas aptver alternatīvu izvērtēšanu un attiecīgas izvēles izdarīšanu (Fellows, 2004).

Kā noteikt personas spēju pašai pieņemt lēmumus? Kādi ir priekšnoteikumi, lai izlemtu, vai personas spējas ir atbilstošas savu tiesību – informētās piekrišanas ārstniecībai – īstenošanai patstāvīgi vai personai ir nepieciešams atbalsts un palīdzība? Kā garantēt personas tiesību aizsardzību gadījumā, ja persona, pieņemot lēmumu, nav vai nav bijusi spējīga vai ir ierobežoti spējīga pieņemt konkrētu lēmumu? Atbildes uz šiem jautājumiem ir jārod, ikdienā sniedzot

veselības aprūpes pakalpojumus, iegūstot pacienta informēto piekrišanu. Tātad – meklējot risinājumus ārstniecības iestāžu un ārstniecības personu ikdienas profesionālās darbības reglamentēšanai, kā arī pacientu tiesību un tiesisko interešu realizēšanai un aizsardzībai. Tāpēc tiesību normām un tiesiskajam regulējumam kopumā būtu jāparedz tāda prakses kārtība, lai pacients spētu izmantot no autonomijas izrietošās tiesības, kā arī aizsardzību apstākļos, ja ierobežotās lemtspējas dēļ viņš pats var ierobežoti pieņemt lēmumus ārstniecībā vai nav spējīgs tos pieņemt vispār, tādējādi pakļaujot sevi iespējamam apdraudējumam.

Šajā rakstā raksturots pacienta lemtspējas tiesiskais regulējums Latvijā, parādīta lemtspējas institūta loma privātautonomijas garantēšanai plašākā lemtspējas jēdziena izpratnē, konkrēti – informētās piekrišanas saņemšanai ārstniecībā, kā arī aplūkoti nepieciešamie soļi lemtspējas novērtēšanai ārstniecībā.

Lemtspējas institūts kā privātautonomijas principa īstenošanas garants

Lai persona varētu īstenot normatīvajos tiesību aktos garantētās tiesības uz autonomiju un informēto piekrišanu ārstniecībā, viņai ir jāspēj pieņemt nepieciešamos lēmumus par ārstēšanu, proti, jāspēj dot savu piekrišanu veselības aprūpes pakalpojumu saņemšanai vai atteikties no tiem – daļā vai pavisam. Piekrišanas jēdziens medicīnā pastāv jau kopš Senās Ēģiptes laika (Mallardi, 2005), un to bieži izmantoja arī sengrieķu medicīnā (Dalla-Vorgia et al., 2001). Tomēr kā vispārēju juridisku priekšnoteikumu pirms ikvienas medicīniskas iejaukšanās to ieviesa tikai 19. gadsimtā.

Fiziskas personas spēja sniegt piekrišanu un lemt par sevi vienmēr ir bijis aktuāls un ilgstoši apspriests tiesību jautājums, kas īpaši būtisks ir tieši medicīnas tiesībās. No vienas puses, ārstniecības personām ir grūti noteikt pacienta spēju līmeni; no otras puses, arī tiesību normas piemērotājam ne vienmēr ir juridiski vienkārši novērtēt lēmumu pieņemšanas spējas tiesiskos un praktiskos aspektus.

Tieši pacients – nevis ārstniecības persona – ir persona, kas piekriņ ārstēšanai vai atsakās no tās. Juridiskā ziņā piekrišana ārstniecībā būtu atzīstama par priekšnoteikumu un vienlaikus arī tiesisku atļauju ārstniecības personai uzsākt un turpināt veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu. Savukārt atteikšanās no šiem pakalpojumiem ir veids, kādā izpaužas pacienta veto tiesības. No ētikas viedokļa piekrišana ārstniecībai ir fundamentāla. Tā nodrošina ārstniecības personu un pacientu savstarpējās attiecības, kā arī ir galvenais elements ceļā uz pacienta autonomijas ievērošanu (Wilkinson et al., 2020).

Daudzās Eiropas valstīs¹ tiesību regulējums noteic, ka pilngadīgas un arī nepilngadīgas personas, kas atbilst noteiktiem kritērijiem, var būt spējīgas pašas

1 Piemēram, Vācijā lemtspējas regulējums ietverts Vācijas Civillikuma (Reichstag, 1896) 630.d paragrāfā. Savukārt Francijā lemtspēju regulē Francijas Publiskās veselības kodeksa (Parlement français, 2000) L1111-4. pants.

pieņemt lēmumus par savu ārstēšanu, piemēram, izsakot piekrišanu konkrētai ārstniecības metodei vai piedaloties pētījumā. Tomēr jautājums par to, vai persona ir vai nav spējīga pieņemt lēmumus, ir sarežģīts un prasa konkrētību par “lēmumu pieņemšanas spējām” kopumā. Šis jautājums ir būtisks medicīnas tiesībās un medicīnas ētikā, un lemtspējas institūts arvien lielākā mērā ieņem nozīmīgu vietu arī filozofijas zinātnē (Hawkins & Charland, n.d.).

Lēmuma pieņemšanas spēja jeb ikvienas personas spēja pieņemt lēmumus tiek pētīta, apvienojot bioētikas, medicīnas un tiesību zinātnes ietvaru. Šajā kontekstā lēmuma pieņemšanas spēju noteikšanā savstarpēji mijiedarbojas virkne pamatprincipu, piemēram, autonomijas jeb pašnoteikšanās un personas tiesību aizsardzības princips (Lamont et al., 2016).

Cilvēka pamattiesības ir tiesības uz brīvību, kas izpaužas kā cilvēka patstāvība lēmumu pieņemšanā un rīcībā. Professore Sanita Osipova kodolīgi raksturo cilvēka brīvību kā pašnoteikšanos:

“Cilvēkam pienākas brīvība kā pašnoteikšanās. Tas nozīmē, ka es pats varu lemt par to, kas es būšu. Es pats varu lemt par to, ko es teikšu, ko es neteikšu. Es pats varu lemt par to, kur es dzīvošu. [...] Cilvēkam ir tiesības kļūdīties. Tas izriet no cilvēka brīvās gribas, no privātautonomijas. Es varu izvēlēties izdarīt kļūdas. Turklāt tas, ka citi to uzskata par kļūdu, ne vienmēr nozīmē, ka arī es to uzskatu par kļūdu. [...] Tātad brīvība – tāda, kādu mēs to saprotam demokrātijā, – nozīmē rīkoties tiesību ietvarā. Brīvību veido gan tiesības, gan pienākumi, gan atbildība.” (Osipova, 2024)

Privātautonomijas princips Latvijā ir labi nostiprināts civiltiesībās, īpaši līgumtiesībās, kā personiskās brīvības izpausme (Balodis, 2007). Tas paredz ikvienai personai tiesības piedalīties tiesiskajās attiecībās. Pamatojoties uz šo principu, ikvienam cilvēkam ir tiesības izvēlēties tiesiska darījuma (arī līguma) saturu un nodibināt sev tādas tiesības un pienākumus, kādus viņš vai viņa vēlas, ciktāl to neierobežo likumā ietvertās imperatīvās tiesību normas (Kadile, 2021).

Pašnoteikšanās tiesības saskaņā ar starptautiskajām cilvēktiesību normām ir gan kolektīvas, gan individuālas tiesības. Pirmās attiecas uz tautas, nācijas pašnoteikšanās tiesībām, otrās ir individuālu pašnoteikšanās tiesības uz brīvību dzīvot saskaņā ar savu izvēli. Tāpēc, ja nav konkrētu norāžu par sabiedrības veselības aizsardzības nepieciešamību, valstij vajadzētu izvairīties no iejaukšanās indivīda veselības aprūpes izvēles brīvībā, jo šāda iejaukšanās var apdraudēt indivīda dzīvību (ECHR, 2021; ECHR, 2022). Personas, kurām ir lēmumu pieņemšanas traucējumi, nevar pilnībā realizēt savas tiesības uz privātautonomiju, bet tās īsteno no pašnoteikšanās principa izrietošās tiesības uz pienācīgu cilvēka brīvības aizsardzību.

Filozofi Tomā Bošāns (*Thomas Beauchamp*) un Džeims Čaildress (*James Childress*) norāda, ka autonomija ir nevis teorētisks koncepts, bet gan cilvēka

eksistences faktors. Proti, mēs esam atbildīgi par savām darbībām, un katra mūsu rīcība ir mūsu pašu izvēles rezultāts. Lai gan ideja par cilvēka brīvību un spēju sevi kontrolēt ne vienmēr šķiet nozīmīga, it īpaši veselības aprūpes iestādēs, kur pacienti bieži atrodas neaizsargātā situācijā un ekspertu ietekmē, pacienta autonoma lēmumu pieņemšana praksē ne vienmēr tiek ievērota. Abi filozofi aicina mūs apsvērt autonomiju kā “negatīva” un “pozitīva” pienākuma veidošanu. Proti, negatīvais pienākums – tas, ko mēs nedrīkstam darīt, – nodrošina, ka “autonomās darbības nav pakļautas citu kontrolējošiem ierobežojumiem”. (Beauchamp & Childress, 2013) Savukārt pozitīvie pienākumi ietver prasību nodrošināt autonomiju, izrādot cieņu un sniedzot informāciju, lai cilvēki spētu pieņemt savus lēmumus.

Autonomijas princips prasa nodrošināt cieņpilnu attieksmi, sniedzot nepieciešamo informāciju, pārbaudot un veicinot izpratni un brīvprātību, kā arī veicinot autonomu lēmumu pieņemšanu. (Beauchamp & Childress, 2001) Cilvēka cieņas principa mērķis, kā to akcentējusi Satversmes tiesa, ir, lai indivīds (lēmuma pieņēmējs) netiktu uzskatīts par vienkāršu procesa objektu, bet viņam būtu iespēja izteikties pirms lēmuma pieņemšanas, kas ietekmē viņa tiesības. (Satversmes tiesa, 2008) Gan likumdevējam, gan arī tiesību normu piemērotājam cilvēks ir jāciena un jārespektē ikvienā viņa dzīves posmā.

Lēmumu pieņemšanas procesā gan likumdevējam, gan tiesību normu piemērotājam ir pienākums ievērot ne tikai katras personas autonomiju, bet arī citu personu autonomiju, vienlaikus uzņemoties atbildību par sava lēmuma sekām. Līdz ar to cilvēka lemtspēja ir spēja pieņemt ikvienu lēmumu – gan ikdienišķu, gan sarežģītu. Cilvēka lemtspēja ir cieši saistīta ar cilvēka autonomijas īstenošanu un tās aizsardzību. Lemtspēja ir būtisks priekšnoteikums cilvēka iespējai baudīt savas tiesības uz brīvību un autonomiju. Tiesību sistēmā ir nepieciešami atbilstoši aizsardzības pasākumi tiem cilvēkiem, kuriem ir ierobežotas spējas pašiem pieņemt lēmumus un kuri tāpēc var nespēt paši sevi aizsargāt. Šajā rakstā tālāk tiks analizēta lemtspēja kā nepieciešamība un priekšnoteikums lēmumu pieņemšanai ārstniecībā.

Informētā piekrišana kā ārstniecības priekšnoteikums

Ikviena pacienta tiesības sniegt brīvu un informētu piekrišanu, to atsaukt vai atteikties šādu piekrišanu sniegt, saņemot veselības aprūpes pakalpojumus, ir noteiktas nacionālajos un starptautiskajos tiesību aktos. Pacienta piekrišana ārstniecībai ir pacienta brīvas gribas akts – atļauja ārstniecības personai veikt ārstniecisku iejaukšanos. Saskaņā ar Pacientu tiesību likuma 3. panta sesto daļu veselības aprūpe pret pacienta gribu nav pieļaujama, ja likumā nav noteikts citādi (Saeima, 2009a). Tātad, ja normatīvie tiesību akti nenosaka citādu kārtību, paredzot izņēmuma gadījumus, obligāts priekšnoteikums ārstēšanas uzsākšanai

ir pacienta informētā piekrišana. Pacienta informētās piekrišanas kārtību Latvijā regulē vairākas Pacientu tiesību likuma normas. Šī likuma 1. panta otrajā daļā ir definēts, kas ir informētā piekrišana, iekļaujot vairākus nozīmīgus elementus: piekrišanas faktu, piekrišanas izpausmes formu, piekrišanas neatkarību un piekrišanas elementus (Tauriņa u. c., 2019). Likuma 6. pantā ietverti informētās piekrišanas būtiskie aspekti un noteikta kārtība, kā pacientam īstenot atteikšanos no ārstniecības. Šī panta pirmajā daļā vispirms noteikts, ka ārstniecība ir pieļaujama, ja pacients devis tai informēto piekrišanu, turklāt pacientam ir tiesības pirms piekrišanas sniegšanas uzdot jautājumus un saņemt atbildes. Juridiskajā literatūrā ir skaidrots, ka apstākļos, kad ārstniecības persona ir pieņēmusi lēmumu par iespējamo ārstniecību, šāds lēmums vispirms piedāvājams pašam pacientam, ievērojot viņa tiesības izdarīt izvēli un sniegt informēto piekrišanu ārstniecībai vai atteikties no tās (Muciņš u. c., 2015). Pacientu tiesību likuma 6. panta septītajā daļā ir noteikts, kā pacientam jārikojas, ja viņš ir pilnvarojis citu personu viņa vietā pieņemt lēmumu par ārstniecību. Savukārt likuma 7. pantā ir reglamentētas tās situācijas, kad pacients pats nespēj pieņemt lēmumus par ārstniecību. (Saeima, 2009a) Jānorāda, ka Pacientu tiesību likums nosaka rīcību tikai pilnīgas nespējas gadījumā, bet neregulē tās daudzās situācijas, kad pacienta spējas pieņemt lēmumu ir ierobežotas, bet joprojām nav zudušas.

Eiropas Padomes līmenī pacienta piekrišana kā obligāts priekšnoteikums veselības aprūpes sniegšanai ir noteikta Konvencijas par cilvēktiesību un cieņas aizsardzību bioloģijā un medicīnā (Konvencija par cilvēktiesībām un biomedicīnu; dēvēta arī par Oviedo konvenciju) un tās papildprotokolos. Ar šo konvenciju, kas ir viens no Eiropas Padomes cilvēktiesību aizsardzības veselības aprūpē pamatdokumentiem, pacienta informētā piekrišana ir tikusi nostiprināta starptautiskajās tiesībās. Latvija konvenciju ratificēja 2009. gadā, un tā ir spēkā kopš 2010. gada 1. marta. (Saeima, 2009b)

Konvencijas par cilvēktiesību un cieņas aizsardzību bioloģijā un medicīnā 5. panta pirmajā daļā ir noteikts: “Jebkādu ar veselību saistītu darbību drīkst veikt tikai ar attiecīgās personas brīvprātīgu un apzinātu piekrišanu.” (Eiropas Padome, 1997) Tātad valstij ir jānodrošina iespēja ikvienai personai brīvi piekrist vai atteikties no jebkādas ārstniecības. Savukārt šīs konvencijas 5. panta 2. teikumā norādīts: lai persona būtu spējīga paust brīvprātīgu un apzinātu piekrišanu ārstniecībai, viņai “iepriekš jāsaņem adekvāta informācija par šīs darbības mērķi un būtību, kā arī par tās sekām un risku” (Eiropas Padome, 1997). Tātad, lai personas piekrišana ārstniecībā būtu derīga, personai ir jābūt informētai par būtiskiem faktiem saistībā ar plānoto iejaukšanos un ārstniecības procesu kopumā.

Pacienta informētās piekrišanas tiesības var izpausties arī kā pacienta lēmums nepiekrīst ārstniecībai vai piekrist tikai daļēji. Tā Pacientu tiesību likuma 6. panta ceturtajā daļā ir noteikts, ka “[p]acientam ir tiesības atteikties no ārstniecības

pirms tās uzsākšanas, no ārstniecībā izmantojamās metodes, neatsakoties no ārstniecības kopumā, vai atteikties no ārstniecības tās laikā”. (Saeima, 2009a)

Pacients, piekrītot vai atsakoties no ārstēšanas kopumā vai daļā, ir persona, kas ar savu lēmumu dod (vai nedod) ārstniecības personai atļauju viņu ārstēt, veselības aprūpi gan uzsākot, gan turpinot. Ar pacienta lēmumu tieši ir saistīta iespēja saņemt piedāvāto veselības aprūpes pakalpojumu. Savukārt ētiskā izpratnē piekrišana ir pacienta autonomijas ievērošanas pamatā (Wilkinson et al., 2020). Pacienta un ārstniecības personu savstarpējo attiecību informācijas modelis paredz, ka ārstniecības persona ir tā, kura informē pacientu, savukārt pacients, vadoties no paša vērtībām, ir gala lēmuma pieņēmējs (Marckmann, 2011).

Ja ārstniecība tiek veikta bez pacienta piekrišanas, tas tiek uzskatīts par pacienta fiziskās integritātes aizskārumu. Kā norādīts tiesību doktrīnā, šāda iejaukšanās cilvēktiesībās ir pieļaujama vien tad, ja tā ir veikta saskaņā ar likumu un ir nepieciešama demokrātiskā sabiedrībā. (Muciņš u. c., 2015) Tādēļ ir ārkārtīgi svarīgi pienācīgi informēt pacientus, jo gadījumos, kad pacients nav informēts par šādu procedūru, var iestāties ārstniecības personāla atbildība. Tāpēc ir nepieciešams nodrošināt pacientiem viņu tiesības uz cilvēka cieņu un izvēles brīvību, tiesības konsultēties ar ārstniecības personām un, protams, vispārīgas tiesības – tiesības uz informāciju, kā tas ir noteikts gan nacionālā, gan starptautiskā tiesību līmenī. (Monaghan, 2017)

Lai arī informētā piekrišana ir būtiska autonomas lēmumu pieņemšanas īstenošanai, tās pamatā ir ne tikai informācija, kas nepieciešama pacientam konkrēta lēmuma pieņemšanai, bet arī pacienta paša spējas pieņemt lēmumus par ārstniecību. Tādēļ, lai nodrošinātu pacientu tiesības pieņemt autonomus lēmumus par savu medicīnisko aprūpi, indivīdiem ir jābūt apveltītiem ar spēju pieņemt lēmumus. (Derse, 2022)

Spēja pieņemt lēmumus jeb lemtspēja ir nepieciešama, lai būtu iespējams konstatēt pacienta izvēli un lēmumu – informēto piekrišanu ārstniecībai. Lemtspēja ir fundamentāls priekšnoteikums informētās piekrišanas tiesību realizācijai.

Spēja pieņemt lēmumus ārstniecībā

Ar lēmumu pieņemšanu ārstniecībā tiek saprasta pacienta spēja saprast (uztvert) informāciju par piedāvāto ārstēšanu, izprast tās ieguvumus un zaudējumus, tostarp piedāvātās ārstēšanas vai medicīniskās iejaukšanās alternatīvas, kā arī saprast atteikšanās no ārstniecības – daļā vai pavisam – sekas. (Barstow et al., 2018) Atzīstams, ka pacienta piekrišana var būt spēkā tikai tad, ja pacients par plānoto ārstēšanu iepriekš ir pienācīgi informēts, lēmuma pieņemšanas brīdī ir bijis lemtspējīgs un lēmumu ir pieņēmis brīvi. No pacienta, kas nav saņēmis pietiekamu informāciju vai arī saņēmis pretrunīgu informāciju, nevar

tikt sagaidīta spēja pieņemt informēto lēmumu. Tomēr atbilstošas informācijas trūkums nebūt nenozīmē, ka pacientam piemīt lemtspējas traucējumi. (Ganzini et al., 2004)

Latvijas nacionālajos tiesību aktos cilvēka lemtspējas jēdziens līdz šim nav ticis definēts vai skaidrots. Pacientu tiesību likuma 7. panta pirmajā daļā norādīts tikai uz gadījumiem, kad “pacients sava veselības stāvokļa dēļ pats nespēj pieņemt lēmumu par ārstniecību”. (Saeima, 2009a) Tātad norma regulē gadījumus, kad pacients nespēj pieņemt lēmumu, nevis lemtspēju vai tās institūtu. Pacientu tiesību likuma 11. panta otrās un piektās daļas norma norāda uz gadījumiem, kad “pacients nespēj paust savu gribu”, savukārt 11. panta trešās daļas norma paredz citu personu tiesības pieņemt lēmumus par tādu pacientu informēto piekrišanu, kuri ir aizgādībā. (Saeima, 2009a) Saskaņā ar Civillikuma 217. panta otrās daļas 1. punktu aizgādībā ir pilngadīgas personas ar garīgiem vai citiem veselības traucējumiem, kuru rīcībspēju ierobežojusi tiesa. Saskaņā ar Civillikuma 358.¹ pantu tiesa drīkst ierobežot rīcībspēju personai gadījumos, ja tā nespēj saprast savas darbības nozīmi vai nespēj savu darbību vadīt. (Ministru kabinets, 1937) Jēdziens “rīcībspēja” ir Latvijas tiesību sistēmā plaši lietots, bet lemtspējas jēdziens tiesību aktos nav iekļauts un nav arī noteiktas tā pazīmes vai novērtēšanas soļi. Tomēr netieši uz lēmumu pieņemšanas spēju kā nozīmīgu faktoru norāda dažas Civillikuma normas, vairāk gan vērsot uzmanību uz gribas izteikšanas spēju (1427. un 1428. pants) vai personas nesamaņas stāvokli vai nespēju saprast savas darbības nozīmi civiltiesiska darījuma ietvarā (1409. pants)². (Ministru kabinets, 1937)

Lemtspēja kā neatkarīgs tiesību institūts tā mūsdienu izpratnē nav pastāvējis visos laikos. Vēsturiski “slimas personas tiesiskā griba” (Seidel, 2020), kas bija pamats piekrišanas pamatošanai ārstniecībā, tika pielīdzināta pilnībā rīcībspējīgas personas gribas izpaudumam civiltiesību izpratnē. Līdz ar to sākotnēji rīcībspējas un lemtspējas institūti bija identiski (Ohly, 2002). Lemtspējas jēdziens ārvalstu tiesību aktos un doktrīnā tiek raksturots dažādi. Piemēram, Vācijas tiesību regulējumā lemtspējas jēdziens (vācu val. *Einwilligungsfähigkeit*) izriet no Vācijas Civillikuma (vācu val. *Bürgerliches Gesetzbuch*) 630.d paragrāfa komentāra. Proti, tiesību normas komentārā ir atzīts, ka lemtspējas konstatēšanai ir nepieciešamas pacienta spējas saprast un pieņemt lēmumu par medicīnisku pasākumu veidu, nepieciešamību, nozīmi, sekām un riskiem. (Brudermüller & Palandt, 2020) Turklāt, lai spētu šādu lēmumu pieņemt, pacientam ir jābūt garīgi un morāli pietiekami nobriedušam, lai viņš spētu atpazīt un pareizi novērtēt konkrētās medicīniskās iejaukšanās būtību, nozīmi un apjomu. (Bundesgerichtshof, 2018) Savukārt Austrijā tiesību regulējumā galvenais kritērijs, lai piekrišanu

2 Dažas Civillikuma tiesību normas ietver tiesībspējas un rīcībspējas elementus, kas varētu tikt attiecināti arī uz jautājumu par lemtspējas jēdzienu šī termina plašākajā izpratnē.

ārstniecībā atzīstu par spēkā esošu, ir personas lemtspējas konstatēšana (vācu val. *Entscheidungsfähigkeit*). Austrijas tiesību regulējumā lemtspējas jēdziens ir ietverts Vispārējā civillikuma (Parlament Österreich, 2017) 24. paragrāfa otrajā daļā kopš 2018. gada 1. jūlija. Tas ticis aizstāts ar jau iepriekš tiesību regulējumā ietvertu vārdu savienojumu *Einsichts-* un *Urteilsfähigkeit*, kas, tulkojot no vācu valodas, apzīmē spēju izprast (vācu val. *Einsicht* – ieskats, izpratne) un spēju spriest vai lemt (vācu val. *Urteil* – spriedums, lēmums). Salīdzinot lemtspējas jēdziena skaidrojumu Austrijas un Vācijas tiesību regulējumos, Austrijas Civillikuma regulējums (kas bija spēkā līdz 2018. gada 1. jūlijam) paredzēja līdzīgu šī termina skaidrojumu iepretim noteikumiem, kādi šodien joprojām ir spēkā Vācijas tiesībās. Attiecīgi – Vācijā spriestspēja (vācu val. *Urteilsfähigkeit*) atzīta kā priekšnoteikums, lai informētā piekrišana juridiski tiktu atzīta par spēkā esošu. (Bundesärztekammer, 2016) Arī Šveicē pacientam ir jābūt apveltītam ar zināmām spējām, lai pieņemtu lēmumu par ārstniecību. Salīdzinot ar regulējumu Vācijā un Austrijā, Šveices Civillikums (vācu val. *Zivilgesetzbuch*) (Die Bundesversammlung, 1907, Art. 16) paģēr, ka pacientam ir jāpiemīt spriestspējai (vācu val. *Urteilsfähigkeit*), kas atbilstoši šī termina skaidrojumam pēc būtības izvirza līdzvērtīgus priekšnoteikumus kā lemtspēja jeb lēmumu pieņemšanas spēja.³

Līdz ar to vispārīgi ar šo tiesību institūtu tiek saprastas personas faktiskās spējas konkrētā situācijā pieņemt saprātīgu informēto lēmumu un to izpildīt, piemēram, piekrist ārstēšanai, atteikties no tās vai piekrist konkrētam iejaukšanās veidam. (Olsena & Kadile, 2021) Termins “lēmumu pieņemšanas spējas” ārstniecībā aptver spējas pieņemt virkni savā starpā atšķirīgus lēmumus visā ārstēšanas procesā, izsakot savu informēto piekrišanu.

Lēmumu pieņemšanas spējas tiek prezumētas ikvienam pieaugušam (pilngadīgam) pacientam, tātad tiek uzskatīts, ka šīs spējas pacientam piemīt, ja vien netiek pierādīts pretējais (Chatfield & Menon, 2011). Tomēr ir svarīgi ievērot, ka dažādu slimību ietekmē pacienta spējas pieņemt lēmumus var būt mazāk vai vairāk ierobežotas vai pat pilnībā zudušas. Anglijas un Velsas tiesībās šāda prezumpcija ir fundamentāls spēju novērtējuma pamatprincips. Veselības aprūpes speciālistiem ir jāspēj izvērtēt un pēc tam arī reģistrēt medicīniskajā dokumentācijā, kāda ir pacienta lemtspēja, jo tas attiecas uz konkrētiem lēmumiem, kas saistīti ar pacienta ārstēšanu vai veselības aprūpi. (Talukdar, 2021) Ievērojot minēto, ārstniecības persona nedrīkst, tikai un vienīgi pamatojoties uz pacienta invaliditāti vai veselības stāvokli, pieņemt, ka pacienta lemtspēja ir ierobežota. Ja ārstniecības personai ir pamats domāt par lemtspējas ierobežojumu, ir nepieciešams uz personu centrēts un individuāls personas spēju novērtējums.

3 Urteil (vācu val.) – gan “spriedums”, gan “lēmums”.

Kā norādīts tiesību doktrīnā, nav svarīgi, kurš konkrēti iegūst pacienta piekrišanu ārstniecībā, lai veiktu medicīnisku iejaukšanos, piemēram, operāciju. Parasti tas ir ārstniecības personāls, bet no ētikas viedokļa būtiskākais aspekts šajā procesā ir nodrošināt, lai pacients jau sākotnēji saņemtu pilnīgu informāciju sava lēmumu pieņemšanai. (Wilkinson et al., 2020) Ņemot vērā, ka personas aizsardzība pret nevēlamu medicīnisku iejaukšanos ir atkarīga no personas spējas pieņemt lēmumu, būtu saprātīgi, ka tiesību regulējumā tiktu noteikti konkrēti kritēriji, pēc kuriem būtu konstatējama personas lemtspēja. (Exter, 2017)

Anglijas un Velsas tiesību regulējuma pamatā ir pasaulē zināma teorija, kuru izstrādājuši divi ievērojami zinātnieki, kas specializējušies medicīnas un psihiatrijas juridiskos un ētiskos jautājumos, – Pols Apelbaums (*Paul S. Appelbaum*) un Tomass Griso (*Thomas Grisso*). Viņi ir pētījuši informētās piekrišanas un lēmumu pieņemšanas spējas kopš 20. gadsimta 80. gadiem, formulējot četras galvenās lēmumu pieņemšanas spējas. (Grisso & Appelbaum, 1998; Roth et al., 1977)

Četri lemtspējas pamatelementi sākotnēji identificēti, analizējot tiesu praksi un izpētot dažāda juridiskā spēka tiesību normas. Tie ir – spēja saprast, spēja atcerēties, spēja izmantot vai izvērtēt un spēja komunicēt. Tos ietvēra dažādas juridiskās normas, kuras izmantoja dažādu jurisdikciju tiesas, tādējādi nostiprinot praksē cilvēka lēmumu pieņemšanas spēju novērtēšanas sistēmu, tostarp arī veselības aprūpē. (Palmer & Harmell, 2016)

Katram no minētajiem un turpmāk raksturotajiem četriem lemtspējas elementiem Pasaules Veselības organizācija ir norādījusi konkrētus jautājumus, kuri uzdodami pacientam spēju novērtēšanas laikā. (WHO, 2021) Jāuzsver, ka četru pamatelementu lemtspējas novērtēšanas modelis ir ticis kritizēts vairākos pētījumos, argumentējot, ka lemtspējas jēdzienā būtu ietverama arī pietkā spēju novērtēšanas kategorija – personas spēja veidot un izpaust racionālas vai patstāvīgas (dažkārt dēvētas arī par autentiskām) vēlmes un vērtības. (Sjöstrand et al., 2015)

Turpmāk rakstā tiks atsevišķi aplūkoti visi četri lemtspējas pamatelementi.

Lemtspējas pirmais elements – spēja saprast

Pirms tiek pieņemts lēmums, ir nepieciešams noteikt, vai pacients spēj saprast viņam sniegto informāciju. Spēja saprast sniegto informāciju ir fundamentāls priekšnoteikums, lai pacients spētu pieņemt lēmumu. Tomēr ir svarīgi norādīt, ka izpratne par lēmuma būtību un sekām nav nepieciešama tikai kā nosacījums, bet tai ir jābūt arī pietiekami dziļai. Pacientam jābūt spējīgam saprast sava pieņemamā lēmuma būtību un sekas. Personas spējas izprast lēmumu ir īpaši svarīgas, jo pacients jāinformē arī par iespējamiem risinājumiem, kā arī viņam jānorāda, kādas būs sekas, ja viņš atteiksies pieņemt lēmumu. (NHS, 2015)

Papildus tam ir svarīgi garantēt, ka tiek vērtētas pacienta faktiskās izpratnes spējas, ko, piemēram, apliecina viņa spēja sniegt informāciju izklāstīt saviem

vārdiem, ne tikai atdarināt aprakstītos vārdus vai tieši izsecināt tos no informētās piekrišanas veidlapas (Palmer & Harmell, 2016). Vairumā gadījumu pilnībā veseli un pilngadīgi pacienti, kuriem nepiemīt spēju traucējumi, spēj pieņemt lēmumus par ārstniecības jautājumiem, turklāt šiem pacientiem piemīt spējas saprast galveno lēmuma būtību lemtspējas pirmā elementa noteikšanas posmā. (Wilkinson et al., 2020)

Lai pacients izprastu sniegto informāciju, ir arī jānodrošina viņam visa iespējamā palīdzība un atbalsts, tostarp, ja tas ir nepieciešams, saziņā ar pacientu ārstniecības personai jālieto vienkārša sarunvaloda, kā arī vizuālie palīg līdzekļi.

Visbeidzot – lēmuma pieņemšanas spēju novērtējums ir jāveic pacientam labākajā (piemērotākajā) vidē, piemēram, konkrētā diennakts laikā, kas ir vislabāk piemērots konkrētajam cilvēkam. Ja dienas pirmajā daļā pacienta atmiņas vai lēmumu pieņemšanas spējas ir labākas, tad viņa spēju novērtējums vakarpusē, iespējams, nebūs atbilstošs viņa patiesajām spējām. Šajā lemtspējas novērtēšanas pirmajā posmā ārstniecības personai ir jāizskaidro pacientam plānotā medicīniskā iejaukšanās, provizoriskās ārstēšanas iespējas, tās ieguvumi un zaudējumi veidā, kas spēj maksimāli palielināt pacienta izpratni. (Grisso & Appelbaum, 1998)

Svarīgi atcerēties, ka pacients var būt spējīgs saprast viņam sniegto informāciju, tomēr var nebūt apveltīts ar spējām tai noticēt, piemēram, maldu, pārliecības vai garīgu traucējumu dēļ. Šādā gadījumā personai var piemist lemtspējas traucējumi (Wilkinson et al., 2020), kas ir būtiski, lai konstatētu, kurš būs gala lēmuma pieņēmējs. Savukārt novērtētajam būtu jāspēj konstatēt, vai šāda maldīgā pārliecība ir liegusi pacientam izprast ārstniecībā veicamās darbības būtību. Attiecīgi – tas, ka pacients nav spējis noticēt ārstniecības personas sniegtajai informācijai, nevar būt pamats atzīt, ka pacientam nepiemīt lēmuma pieņemšanas spējas. Piemēram, pacients var neticēt ārstniecības personai, jo ir skeptisks par ārsta profesionalitāti vai viņa zināšanām. Ja pacients ir izpratis viņam sniegto informāciju pilnībā, bet atteicies no ārstniecības pakalpojumiem, piemēram, reliģiskās pārliecības dēļ, atzīstams, ka pacients ir apveltīts ar lēmuma pieņemšanas spējām, lai patstāvīgi lemtu par sev vēlamu ārstēšanas procesu un tā veidu. (Wilkinson et al., 2020)

Viens no tiesību rakstos bieži minētajiem tiesu prakses piemēriem, kurā aplūkoti minētie aspekti lēmumu pieņemšanā, ir Anglijas un Velsas Augstās tiesas (*the High Court of Justice of England and Wales*) Ģimenes lietu nodaļas 1993. gada 14. oktobra spriedums *Re C* lietā Nr. 1 All ER 819: tiesa ļāva pacientam ar garīgiem traucējumiem (pacients ar hronisku paranoīdo šizofrēniju bija piespiedu kārtā stacionēts psihiatriskajā slimnīcā, kur viņam attīstījās kājas gangrēna) atteikties no kājas amputācijas. Šajā gadījumā pacienta personīgie uzskati un paustais viedoklis, ka viņš “labāk mirst ar divām kājām nekā turpina dzīvot ar vienu kāju”, tika uzskatīts par svarīgāku nekā ārsta viedoklis par bīstamību

dzīvībai. Tātad situācijā, ja personas lemtspēja ir atzīta, šī persona ir tiesīga lemt par savu ārstēšanu, pat ja šāda lēmuma daba neitrālai trešajai personai var būt nepieņemama; tiesai šādos apstākļos nav citu iespēju, kā vien ļaut pacientam palikt pie sava viedokļa. Turklāt šajā lietā tiesa secināja: lai persona tiktu atzīta par lemtspējīgu, viņai ir jāspēj, pirmkārt, saprast un atcerēties attiecīgo informāciju par ārstēšanu; otrkārt, jātīc sniegtajai informācijai; treškārt, jāspēj izvērtēt viņai sniegto informāciju, izsverot riskus un savas vajadzības. (Family Division of the High Court of England and Wales, 1993)

Lemtspējas otrais elements – spēja atcerēties

Vērtējot pacienta spējas pieņemt lēmumus par ārstniecību, ir jāvērtē pacienta spēja atcerēties sniegto informāciju, proti, vai pacients viņam sniegto informāciju spēj ne vien saprast, bet arī atcerēties. Tātad tiek vērtētas pacienta atmiņas spējas. Lēmumu pieņemšanai ir nepieciešama efektīva vairāku funkciju sadarbība: īstermiņa atmiņa, kas saistīta ar informācijas saglabāšanu prātā un spēju rūpīgi līdz galam pārdomāt lēmumu, kā arī ilgtermiņa atmiņa, veicinot iepriekš izdarīto izvēli, pieņemto lēmumu un rezultātu atcerēšanos. Turklāt atmiņa regulē emocijas, piedaloties emociju vērtēšanā, un kontrolē gan emocijas, gan emocionālos aspektus konkrētās situācijās. (Cowan, 2008)

Jāuzsver, ka pacientam jāspēj atcerēties informāciju tik ilgi, cik tas ir nepieciešams konkrēta lēmuma pieņemšanai. Šajā kontekstā nav noteikts konkrēts laika termiņš vai ierobežojums, cik ilgam šim laika periodam būtu jābūt. Lēmuma pieņemšanas brīdī pacientam ir jābūt lemtspējīgam (NHS, 2015), un ir būtiski, lai viņš varētu atcerēties un izmantot sniegto informāciju, izvēloties pieņemt konkrētu lēmumu. (Grisso & Appelbaum, 1998) Ja pacientam ir nopietni atmiņas traucējumi (pat ja nav citu intelektuālu traucējumu), tas var liecināt, ka viņam var trūkt nepieciešamās lemtspējas konkrēta uzdevuma veikšanai. (Wilkinson et al., 2020)

Piemēram, pacientam ar demenci var būt grūtības atcerēties ārstniecības personas pirms desmit minūtēm sniegto informāciju. Tādēļ būtu jāparedz, ka pacienta spējas atcerēties viņam sniegto informāciju tiktu atkārtoti vērtētas citā laikā, lai gūtu pārliecību, ka viņa sākotnējā izvēle un pieņemtais lēmums paliek nemainīgs, proti, identisks sākotnēji pieņemtajam. Lai nodrošinātu sniegtās informācijas saglabāšanu, var tikt izmantotas piezīmes vai lēmuma ierakstīšanas risinājumi. (NHS, 2015) Ja pacienta apziņa ir traucēta, pacients var nespēt atcerēties viņam sniegto informāciju pilnībā vai daļēji. Šādā gadījumā ir rūpīgi jāizvērtē pacienta individuālās spējas konkrētu lēmumu pieņemšanai kontekstā ar spēju atcerēties.

Lemtspējas trešais elements – spēja izmantot, izvērtēt un izprast

Secīgi ir jāvērtē pacienta spēja izmantot, izvērtēt un izprast informāciju, kas nepieciešama konkrēta lēmuma pieņemšanai. Tas nozīmē, ka tiek vērtēta pacienta spēja saprast, kāda ir viena vai otra ārstniecības veida vai manipulācijas izvēle, vai viņš izprot, kā konkrēta izvēle ietekmēs viņa veselību un turpmāko dzīvi, vai un kā tā darbosies pacienta interesēs. Proti, ir jāvērtē, vai pacients spēj izprast lēmuma pieņemšanas sekas. Jāatzīmē, ka jādod pacientam nepieciešamais laiks apdomāt iespējamus un pieņemamos lēmumus, jānodrošina apstākļi, kuri ļauj izsvērt pieņemamā lēmuma priekšrocības un sekas.

Lai atbalstītu pacientu šajā procesā, tiek atzīts, ka lēmuma pieņemšanā var būt iesaistāma arī kāda trešā persona, kas atbalsta pacientu, piemēram, aprūpētājs, draugs vai ģimenes loceklis, arī advokāts. (NHS, 2015) Šādas personas iesaistīšana var palīdzēt sniegt atbalstu un var piedāvāt papildu perspektīvu pacientam lēmuma pieņemšanā. Pacienta atbalsta personas iesaiste lēmuma pieņemšanā ir svarīga, lai varētu sasniegt mērķi – nodrošināt lēmuma pieņemšanu. Tāpat kā ar pirmo lemtspējas elementu, arī saistībā ar trešo lemtspējas elementu pacienta izpratnei nedrīkst tikt izvirzītas pārāk augstas prasības. (Wilkinson et al., 2020)

Lemtspējas ceturtais elements – spēja komunicēt

Ceturtais pacienta lemtspējas elements ir spēja pieņemto lēmumu komunicēt. Savstarpēja komunikācija ir būtisks pacienta un ārstniecības personas savstarpējo attiecību elements un tieši ietekmē informētās piekrišanas ārstniecībai sniegšanu un saņemšanu. Kā norādīts 2018. gadā izstrādātajās Beļģijas vadlīnijās par pacienta un ārstniecības personu vienotu komunikācijas praksi, ir nepieciešama atklāta un konsekventa pieeja, lai efektīvi sazinātos ar pacientu un viņa ģimeni, iekļaujot arī sarunas par potenciāli nevēlamiem notikumiem veselības aprūpē. (Lierman, 2022) Veiksmīga un saprotoša komunikācija var ievērojami uzlabot pacienta izpratni par viņa stāvokli, iesaistīt viņu lēmumu pieņemšanā un palīdzēt ārstiem sniegt informāciju un atbalstu, kas nepieciešams, lai pacients varētu piedalīties savas veselības aprūpē un pieņemtu informētos lēmumus.

Tāpēc ir jākonstatē, vai pacients ir spējīgs komunicēt ar ārstniecības personu, proti, paziņot lēmumu un apspriest iepriekš sniegto informāciju, vai pacients spēj to apzināties un līdz ar to – pieņemt lēmumus. (Wilkinson et al., 2020)

Šeit gan jānorāda, ka daudziem pacientiem (arī tad, ja viņu lemtspēja nav ierobežota) var būt dabiskas grūtības komunicēt ar ārstniecības personālu ne tikai par svarīgiem lēmumiem saistībā ar ārstēšanu, bet arī par ikdienas aprūpi. Ne visi cilvēki ir vienlīdz spējīgi izteikt savus uzskatus un lēmumus citām personām, tostarp tuviniekiem un citiem apkārtējiem cilvēkiem. Šī iemesla dēļ spēju novērtējums ir uzsvērts kā būtisks solis, lai nodrošinātu nepieciešamos centienus komunikācijas grūtību pārvarēšanai. (Wilkinson et al., 2020)

Ir atzīts, ka pacienta un ārsta vai citu ārstniecības personu savstarpējā komunikācijā ir svarīgi lietot valodu, kas atbilst katra pacienta individuālajām īpašībām un ir saprotama katram konkrētajam pacientam. (Seale et al., 2022) Tiesību doktrīnā ir norādīts, ka tieši valoda ir atzistama par lielāko komunikācijas barjeru veselības aprūpē Eiropā. Tas īpaši novērojams valstīs, kurās mīt vairāku nacionalitāšu iedzīvotāji, arī migranti. Ļoti svarīgi ir nodrošināt komunikāciju ar šīm personu grupām kā veselības aprūpes saņēmējiem, ja šīm personām ir intelektuāli traucējumi; visvairāk ir jāaizsargā sievietes un vecāka gadagājuma cilvēki, kuriem nepieciešama īpaša aprūpe. (Exter, 2017) Piemēram, Kanādā veiktā pētījumā atzīts, ka pacientiem, kuriem lielāko daļu veselības aprūpes sniedza ārsti, kas komunikācijā ar pacientu lietoja viņa dzimto valodu, bija labāki ārstēšanas rezultāti veselības aprūpes iestādē. Turklāt pētījumā apstiprinājās: ja pacients ar ārstniecības personu iepriekš saskaņo ārstniecībā lietojamo valodu, mazinās valodas kā iespējamās barjeras ārstniecības procesā nozīme. (Seale et al., 2022)

Spēju novērtēšanas laikā ir nepieciešama individuāla pieeja bez aizspriedumiem, pēc iespējas vairāk izmantojot atvērtus jautājumus. Novērtējot pacienta spējas komunicēt, ir jāpievērš uzmanība gan verbālajai, gan neverbālajai pacienta uzvedībai un jāspēj ieklausīties, pielāgojoties vispārējam diskusijas tempam. Ja nepieciešams, teikumus un jautājumus pārformulē, precizē, apkopo un atspoguļo informāciju. (WHO, 2021)

Personas spēja komunicēt var tikt vērtēta, gan sarunājoties, gan izmantojot zīmju valodu vai citus komunikācijas palīgīdzekļus. (NHS, 2015) Mūsdienās pieejamās tehnoloģijas spēj piedāvāt alternatīvus komunikācijas rīkus tiem pacientiem, kuri nespēj pašu spēkiem sazināties ar balsi un komunicēt. Piemēram, saziņā ar pacientiem pēc insulta pārciešanas var tikt izmantotas tehnoloģijas, arī datorprogrammas. (Brikmane, 2019) Šādas inovācijas, arī mākslīgais intelekts, var efektīvi risināt komunikācijas problēmas ar pacientiem, kuriem mutvārdu saziņa ir ierobežota vai pilnībā nav iespējama. Salīdzinoši zemas pacienta komunikācijas prasmes bieži tiek saistītas ar lemtspējas trūkumu. (Cameron, 2022)

Pacienta lemtspējas vērtēšana ārstniecības procesā

Lemtspējas novērtētājam ir jāgarantē, ka lemtspēja pacientam tiks novērtēta korekti pat apstākļos, ja pacientam ir grūtības saprast viņam sniegto informāciju. Turklāt spēju novērtētājam ir jānodrošina, ka persona piekrišanu ārstēšanai nav sniegusi piespiedu situācijā, proti, bijusi spiesta pieņemt konkrētu lēmumu. Papildus tam jāgarantē, ka apstākļos, ja pieņemamais lēmums ir īpaši svarīgs, pacientam būtu nepieciešams dot papildu laiku lēmuma pieņemšanai. (NHS, 2015)

Pacienta spējas pieņemt lēmumus ir cieši saistītas ar sagaidāmo seku smagumu, un šo spēju demonstrēšanas pakāpe atkarīga no riska un sarežģītības līmeņa, kas saistīts ar konkrētu lēmumu. Jo augstāks ir potenciālais kaitējuma risks, jo augstākām jābūt pacienta spējām pieņemt lēmumus. (Zhong et al., 2019) Piemēram, izvēle par multivitamīnu lietošanu var būt saistīta ar salīdzinoši zemu risku veselībai un tai var nebūt nepieciešamas ļoti augstas lēmumu pieņemšanas spējas. Turpretim, ja pacientam jāpieņem lēmums par ķīmijterapijas kursa uzsākšanu, kas, salīdzinot ar multivitamīnu lietošanu, ir atzīstams par augsta riska lēmumu ārstniecībā, pacientam, lai pieņemtu lēmumu, ir nepieciešama jau padziļinātāka informācija, specifiskas zināšanas nozarē un augstākas lēmumu pieņemšanas spējas kopumā. Tādējādi tādas spējas kā izvēles iespējas, izpratne, novērtēšana un argumentācija tiek uzskatītas par lemtspējas standarta modeli, un tas tiek pielāgots atbilstoši pieņemamā lēmuma sarežģītības un riska līmenim.

Novērtēt pacienta spēju pieņemt lēmumus var būt problemātiski apstākļos, kad savstarpējais dialogs starp ārstniecības personu un pacientu nav līdz galam skaidrs. Piemēram, ja ir novērotas izmaiņas pacienta garīgajā veselībā. Proti, tas var būt situācijā, kad pacients pēkšņi atsakās no sev labvēlīga lēmuma ārstniecībā, piemēram, nākamajā dienā atsauc iepriekš rakstveidā izteikto informāciju piekrišanu ārstniecībā. Arī situācijā, kad pacients, iepriekš ar ārstniecības personu nepārrunājis un neizvērtējis lēmuma potenciālos riskus un ieguvumus, piekrīt invazīvai vai bīstamai manipulācijai ārstniecībā. Šādos apstākļos pastāv liels apdraudējuma risks pašam pacientam. (Barstow et al., 2018)

Piekrišana ārstēšanai galvenokārt tiek dokumentēta papīra formā, taču jaunākie zinātniskās pētniecības rezultāti rāda, ka rakstveida piekrišanas veidlapu izmantošana var radīt risku pacientam, pieļaujot virkni kļūdu. Konkrēti – šādas veidlapas bieži nav salasāmas, to saturs nav vienāds un saskaņots visās ārstniecības iestādēs. (St John et al., 2022) Turklāt, atsaucoties uz ASV veiktā pētījuma rezultātiem, ceļā uz informētās piekrišanas saņemšanu ārstniecībā pastāv virkne barjeru efektīvas informētās piekrišanas iegūšanai. Piemēram, būtisks šķērslis ir atsevišķās piekrišanas veidlapās lietotā valoda, kas ietver noteiktus terminus vai formulējumus, kas pieprasa intelektuāli augstu spēju lasīt un izprast tekstu. Tādēļ, lai novērstu šādas un arī citas nepilnības piekrišanas saņemšanā ārstniecībā, būtu nepieciešams veicināt audiovizuālo un digitālo rīku izmantošanu. Proti, saziņas uzlabošanai, kā arī pacientu drošības un izpratnes sekmēšanai, piekrišanas saņemšanas procesā ir jāiesaista vispirms jau paši pacienti. (Shah et al., 2025)

Par labas prakses piemēru tam, kā iespējams veicināt komunikāciju un nodrošināt atbalstu pacientiem lēmumu pieņemšanā ārstniecībā, var uzskatīt Skotijas sociālo uzņēmumu *Talking Mats Ltd*. Šī uzņēmuma darbinieki sadarbībā ar Stērlingas Universitātes pētniekiem ir izstrādājuši unikālu vizuālo komunikācijas

sistēmu lēmumu pieņemšanas spēju noteikšanai un atbalstam. Šī sistēma cilvēkiem ar ierobežotām komunikācijas spējām palīdz saprast, atcerēties, izmantot un analizēt informāciju, tādējādi veicinot efektīvu komunikāciju un lēmumu pieņemšanu. Izstrādātā sistēma ir unikāla, jo aptver visus četrus lēmuma pieņemšanas spēju elementus.

Uzņēmuma *Talking Mats Ltd* pamatnostādnes vērstas uz saskaņotu sarunu veidošanu starp pacientu, arī sociālās aprūpes iestāžu klientu, un atbalsta sniedzēju. Šī pieeja ir vērsta uz līdzsvara nodrošināšanu un palīdzību novērst spēju nevienlīdzīgu sadalījumu lēmumu pieņemšanā. Tas ir īpaši svarīgi tām personām, kuras cieš no komunikācijas vai kognitīviem traucējumiem. (Darvell & Bradshaw, 2023; Murphy & Oliver, 2013) Šī pieeja lidzinās arī Beļģijas profesoru izstrādātajai *open disclosure* (angļu val. – atklāta informācijas izpaušana) sistēmai (Lierman, 2022), kurā uzsvars likts uz komunikācijas uzlabošanu lēmumu pieņemšanas procesā ārstniecībā.

Tādējādi tikai tad, ja četri minētie lemtspējas elementi – spēja saprast, spēja atcerēties, spēja izprast un spēja komunicēt – pacienta ikdienas dialogā un mijiedarbībā starp pacientu un ārstniecības personām tiek novērtēta, ir pamats secināt, ka pacients ir apveltīts ar spējām pieņemt lēmumus un ir spējīgs lēmumu ārstniecībā pieņemt patstāvīgi. (NHS, 2015)

Nobeigums

Bez lēmumu pieņemšanas mūsu kā cilvēku un mūsu kā pacientu ikdiena nav iedomājama. Lai risinātu dzīvei nepieciešamās vajadzības, tostarp saņemtu veselības aprūpes pakalpojumus, cilvēkam ir jāpieņem lemtspējai, proti, spēju kopumam, kas ļauj patstāvīgi pieņemt lēmumus. Lemtspēja ir tiesiski izšķirīgs informētās piekrišanas ārstniecībā priekšnoteikums. Garīgi un fiziski veselības traucējumi var daļēji vai pilnībā ierobežot personas lemtspēju.

Ievērojot lēmumu pieņemšanas tiesību fundamentālo raksturu un cilvēku, kuriem ir ierobežotas lēmumu pieņemšanas spējas, neaizsargātību, nepieciešams Latvijas tiesību sistēmā iestrādāt lemtspējas tiesību institūtu. Proti, ir nepieciešams Latvijas tiesību aktus papildināt ar lemtspējas kā fenomena definīciju, tajā ietverot obligātos elementus, kā arī secīgi regulējot rīcību, kā īstenot personas tiesības, kad personas lemtspēja ir ierobežota. Šādu regulējumu varētu ietvert Civillikuma normās, vai alternatīvi šāds regulējums ir ietverams atsevišķā likumā. Tiesību aktos ir jāietver arī lemtspējas vērtēšanas pienākums gadījumos, ja personai piemīt pazīmes, kas norāda uz ierobežotu spēju iespējamību.

Pacientu tiesību likuma normas ir jāpapildina ar normām, kas definē lemtspēju kā priekšnoteikumu informētās piekrišanas tiesību īstenošanai patstāvīgi; jāparedz ārstniecības personu pienākums vērtēt lemtspēju gadījumos, ja pacientam piemētošās īpašības norāda uz lēmumu pieņemšanas spēju ierobežojumu. Secīgi

LAURA KADILE, SOLVITA OLSENA. Pacienta lemtspējas tiesiskais regulējums Latvijā ..

ir jāietver atbalsta pasākumu regulējums gadījumiem, kad pacientam lēmuma pieņemšanai ir nepieciešami atbalsta pasākumi. Un ir jāizstrādā regulējums situācijām, kad lemtspējas vērtēšanā tiek noteikts, ka pacienta lēmumu pieņemšanas spējas ir būtiski ierobežotas vai viņam tādas faktiski nepiemīt, tāpēc pacients patstāvīgi nespēj pieņemt vai izteikt lēmumu. Ir jāpārskata Pacientu tiesību likuma 7. pantā ietvertais regulējums un jāietver tajā lēmumu pieņemšanas kritēriji gadījumos, kad tiesības pieņemt lēmumu tiek deleģētas trešajām personām.

IZMANTOTĀ LITERATŪRA

TIESĪBU AKTI

Starptautiskie tiesību akti

Council of Europe (1997) *Convention for the Protection of Human Rights and Dignity of the Human Being with regard to the Application of Biology and Medicine: Convention on Human Rights and Biomedicine*. <https://rm.coe.int/168007cf98>

Eiropas Padome (1997) *Konvencija par cilvēktiesību un cieņas aizsardzību bioloģijā un medicīnā – Konvencija par cilvēktiesībām un biomedicīnu*. <https://likumi.lv/ta/lv/starptautiskie-ligumi/id/1410>

Latvijas Republikas tiesību akti

Ministru kabinets (1937) *Civillikums*. <https://likumi.lv/ta/id/225418-civillikums>

Saeima (2009a) *Pacientu tiesību likums*. <https://likumi.lv/ta/id/203008>

Saeima (2009b) *Par Konvenciju par cilvēktiesību un cieņas aizsardzību bioloģijā un medicīnā: Konvenciju par cilvēktiesībām un biomedicīnu*. <https://likumi.lv/ta/id/202995-par-konvenciju-par-cilvektiesibu-un-cienas-aizsardzibu-biologija-un-medicina-konvenciju-par-cilvektiesibam-un-biomedicinu>

Citu valstu tiesību akti

Von Sonnenfels, J., von Zeiller F., von Martini A. K. (1811) *Allgemeines Bürgerliches Gesetzbuch* [Austrijas Vispārējais civillikums]. <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10001622>

Parlament Österreich (2017) *Allgemeines bürgerliches Gesetzbuch (ABGB)*, § 24, JGS Nr. 946/1811, zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 59/2017 [Austrijas Vispārējais civillikums, 24. paragrāfa grozījumi]. <https://www.ris.bka.gv.at/eli/jgs/1811/946/P24/NOR40193041>

Reichstag (1896) *Bürgerliches Gesetzbuch* [Vācijas Civillikums]. <https://www.gesetze-im-internet.de/bgb/BGB.pdf>

Parlement français (2000) *Code de la santé publique* [Francijas Publiskās veselības kodekss]. https://www.legifrance.gouv.fr/codes/texte_lc/LEGITEXT000006072665/2026-03-20

Die Bundesversammlung (1907) *Schweizerisches Zivilgesetzbuch* [Šveices Civillikums]. https://www.fedlex.admin.ch/eli/cc/24/233_245_233/de

LAURA KADILE, SOLVITA OLSENA. Pacienta lemtspējas tiesiskais regulējums Latvijā ..

TIESU PRAKSE

Eiropas Cilvēktiesību tiesa

ECHR – European Court of Human Rights (2021) Case of Vavříčka and others v. the Czech Republic (Applications nos. 47621/13 and 5 others). <https://hudoc.echr.coe.int/fre?i=001-209039>

ECHR (2022) LRO Taganrog and others v. the Russian Federation (Applications nos. 32401/10 and 19 others). <https://hudoc.echr.coe.int/fre?i=001-217535>

Latvijas Republikas Satversmes tiesa

Satversmes tiesa (2008) Spriedums lietā Nr. 2008-04-01 “Par Civilprocesa likuma 441. panta otrās daļas (ciktāl tā attiecas uz lēmumu par naudas soda uzlikšanu procesuālās sankcijas veidā) atbilstību Latvijas Republikas Satversmes 92. pantam”, 11. punkts. https://www.satv.tiesa.gov.lv/web/viewer.html?file=/wp-content/uploads/2016/02/2008-04-01_Spriedums.pdf#search=

Anglijas un Velsas vispārējās jurisdikcijas tiesa

Family Division of the High Court of Justice of England and Wales (1993) Re C (Adult: Refusal of Treatment). The Weekly Law Reports, [1994] Feb 25, 290–296.

Vācijas Federālā tiesa

Bundesgerichtshof (2018) Beschluss vom 9. Januar 2018 5 StR 541/17. https://www.bundesgerichtshof.de/SharedDocs/Entscheidungen/DE/Strafsenate/5_StS/2017/5_StR_541-17.pdf?__blob=publicationFile&v=1

LITERATŪRA UN CITI AVOTI

Balodis, K. (2007) *Ievads civiltiesībās* / Kaspars Balodis. Rīga: Zvaigzne ABC.

Barstow, C., Shahan, B., & Roberts, M. (2018) Evaluating Medical Decision-Making Capacity in Practice. *American Family Physician*, 98 (1), 40–46.

Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (2001) *Principles of Biomedical Ethics* (5th ed.). [N.p.]: Oxford University Press.

Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (2013) *Principles of Biomedical Ethics* (7th ed.). [N.p.]: Oxford University Press.

Brikmane, E. (2019) Vajadzība pēc mūsdienīgas medicīniskās rehabilitācijas strauji pieaug. [Saruna ar Andu Nulli, nacionālā rehabilitācijas centra “Vaivari” valdes priekšsēdētāju, Latvijas Ārstu rehabilitologu asociācijas prezidenti.] *LV portals*, 11. februāris. <https://lvportals.lv/viedokli/301892-vajadziba-pec-musdienigas-mediciniskas-rehabilitācijas-strauji-pieaug-2019>

Brudermüller, G., & Palandt, O. (Red.) (2020) *Bürgerliches Gesetzbuch: Mit Nebengesetzen: insbesondere mit Einführungsgesetz (Auszug) einschliesslich Rom I-, Rom II- und Rom III-Verordnungen sowie EU-Güterrechtsverordnungen, Haager Unterhaltsprotokoll und EU-Erbrechtsverordnung, Allgemeines Gleichbehandlungsgesetz (Auszug), Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz, Unterlassungsklagengesetz (PalHome), Produkthaftungsgesetz, Erbbaurechtsgesetz, Wohnungseigentumsgesetz, Versorgungsausgleichsgesetz,*

Lebenspartnerschaftsgesetz (PalHome), Gewaltschutzgesetz (79., neubearbeitete Auflage). München: C. H. Beck.

Bundesärztekammer (2016) Stellungnahme der Zentralen Kommission zur Wahrung ethischer Grundsätze in der Medizin und ihren Grenzgebieten (Zentrale Ethikkommission) bei der Bundesärztekammer "Entscheidungsfähigkeit und Entscheidungsassistenz in der Medizin". *Deutsches Ärzteblatt*, 15. April. https://doi.org/10.3238/arztbl.2016.zeko_baek_StellEntscheidung2016_01

Cameron, L. (2022) *Capacity and Talking Mats*. [Poster presentation]. The 7th World Capacity Congress on Adult Capacity, Edinburgh, Scotland, 7 June. <https://www.talkingmats.com/capacity-and-talking-mats/>

Chatfield, D. A., & Menon, D. K. (2011) The Mental Capacity Act 2005 and its Impact in Critical Care. *Journal of the Intensive Care Society*, 12 (1), 47–51. <https://doi.org/10.1177/175114371101200113>

Cowan, N. (2008) Chapter 20 What are the differences between long-term, short-term, and working memory? *Progress in Brain Research*, 169, 323–338. Elsevier. [https://doi.org/10.1016/S0079-6123\(07\)00020-9](https://doi.org/10.1016/S0079-6123(07)00020-9)

Dalla-Vorgia, P., Lascaratos, J., Skiadas, P., & Garanis-Papadatos, T. (2001) Is consent in medicine a concept only of modern times? *Journal of Medical Ethics*, 27 (1), 59–61. <https://doi.org/10.1136/jme.27.1.59>

Darvell, C., & Bradshaw, J. (2023) Exploring the social care-related quality of life outcomes of adults with intellectual disabilities through the use of Talking Mats®. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 36 (1), 39–49. <https://doi.org/10.1111/jar.13032>

Derse, A. R. (2022) Decision-Making Capacity. In: Hester, D. M., & Schonfeld, T. L. (eds). *Guidance for Healthcare Ethics Committees*. Second edition. Cambridge Core from Cambridge University Press, 95–103. <https://doi.org/10.1017/9781108788250.012>

Exter, A. den (ed.) (2017) *European health law*. [N.p.]: Maklu Publishers.

Fellows, L. K. (2004) The Cognitive Neuroscience of Human Decision Making: A Review and Conceptual Framework. *Behavioral and Cognitive Neuroscience Reviews*, 3 (3), 159–172. <https://doi.org/10.1177/1534582304273251>

Ganzini, L., Volicer, L., Nelson, W., Fox, E., & Derse, A. (2004) Ten Myths About Decision-Making Capacity. *Journal of the American Medical Directors Association*, 5 (4), 263–267. [https://doi.org/10.1016/S1525-8610\(04\)70134-6](https://doi.org/10.1016/S1525-8610(04)70134-6)

Grisso, T., & Appelbaum, P. S. (1998) *Assessing Competence to Consent to Treatment: A Guide for Physicians and Other Health Professionals*. Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/oso/9780195103724.001.0001>

Hawkins, J., & Charland, L. C. (n.d.) *Decision-Making Capacity*. *The Stanford Encyclopaedia of Philosophy* (Fall 2020 Edition). <https://plato.stanford.edu/archives/fall2020/entries/decision-capacity/> [skatīts 01.12.2025.].

Kadile, L. (2021) Gribas izteikums kā tiesiska darījuma svarīgākais elements = Expression of will as the most important element of legal transaction. Referāts 2. Latvijas Universitātes studentu zinātniskajā konferencē "Mundus et", 2020. gada 22.–23. oktobris. No: *Mundus et: Idea. Homo. Communitas. Sciens*: rakstu krājums. Rīga: LU Akadēmiskais apgāds, 2021, 91–100.

Lamont, S., Stewart, C., & Chiarella, M. (2016) Decision-Making Capacity and its Relationship to a Legally Valid Consent: Ethical, Legal and Professional Context. *Journal of Law and Medicine*, 24 (2), 371–386.

Lierman, S. (2022) *Framework to implement open disclosure in Belgium* [Conference presentation]. The 8th European Conference on Health Law, Ghent, Belgium. April 20.

Mallardi, V. (2005) [The origin of informed consent]. *Acta otorhinolaryngologica Italica: organo ufficiale della Societa italiana di otorinolaringologia e chirurgia cervico-facciale*, 25 (5), 312–327. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16602332/>

Marckmann, G. (2011) Informed Consent und Arzt-Patient-Beziehung: Wie soll die Interaktion zwischen Ärzten und Patienten erfolgen? Fortbildungsreihe / Pflichtwahlseminar „Klinische Ethik“, Klinikum Großhadern, May 24. <https://www.egt.med.uni-muenchen.de/personen/leitung/marckmann/materialien/klinischeethik/2informedconsent.pdf>

Monaghan, C. (2017) Does the Doctor Know Best? A Deconstruction of Informed Consent. *IALS Student Law Review*, 4 (2), 25–30. <https://doi.org/10.14296/islr.v4i2.2425>

Muciņš, R., Ašneviča-Slokenberga, S., Šāberte, L., u. c. (2015) Pārskats par pacientu tiesībām veselības aprūpē. No: *Medicīnas tiesības*. Autoru kolektīvs S. Ašnevičas-Slokenbergas zin. red. Rīga: Tiesu namu aģentūra.

Murphy, J., & Oliver, T. (2013) The use of Talking Mats to support people with dementia and their carers to make decisions together: Use of Talking Mats with people with dementia. *Health & Social Care in the Community*, 21 (2), 171–180. <https://doi.org/10.1111/hsc.12005>

NHS – National Health Service (2015) *Mental Capacity Assessment Tool Guidance*, p. 8. <https://www.advancedassessments.co.uk/resources/Mental-Capacity-Assessment-Tool.pdf>

Ohly, A. (2002) “*Volenti non fit iniuria*” – *Die Einwilligung im Privatrecht*. Tübingen: Mohr Siebeck Verlag, S. 35–38, 42.

Olsena, S., & Kadile, L. (2021) Lemtspējas un rīcībspējas nošķiršana pacientu tiesību aizsardzības procesā [Stenda referāts]. LU Juridiskās fakultātes 8. starptautiskā zinātniskā konference “Jaunā tiesiskā realitāte: Izaicinājumi un risinājumi”, Rīga, 22. oktobris. https://www.lawconference.lu.lv/fileadmin/user_upload/LU.LV/Apaksvietnes/Fakultates/www.jf.lu.lv/zinas/2021/Posters/Poster_Olsena-Kadile.pdf

Osipova, S. (2024) Vārda brīvība un cilvēka cieņa izglītībā. *Augstākās Tiesas Biļetens*, 29, 75–79. <https://www.at.gov.lv/lv/par-augstako-tiesu/augstakas-tiesas-biletens/augstakas-tiesas-biletens-nr-29/varda-briviba-un-cilveka-ciena-izglitiba>

Palmer, B. W., & Harmell, A. L. (2016) Assessment of Healthcare Decision-making Capacity. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 31 (6), 530–540. <https://doi.org/10.1093/arclin/acw051>

Roth, L. H., Meisel, A., & Lidz, C. W. (1977) Tests of competency to consent to treatment. *American Journal of Psychiatry*, 134 (3), 279–284. <https://doi.org/10.1176/ajp.134.3.279>

Seale, E., Reaume, M., Batista, R., Eddeen, A. B., Roberts, R., Rhodes, E., McIsaac, D. I., Kendall, C. E., Sood, M. M., Prud'homme, D., & Tanuseputro, P. (2022) Patient-physician language concordance and quality and safety outcomes among frail home care recipients admitted to hospital in Ontario, Canada. *Canadian Medical Association Journal*, 194 (26), E899–E908. <https://doi.org/10.1503/cmaj.212155>

LAURA KADILE, SOLVITA OLSENA. Pacienta lemtspējas tiesiskais regulējums Latvijā ..

Seidel, J. L. (2020) Der Begriff des natürlichen Willens im Zusammenhang mit ärztlichen Zwangsmaßnahmen gegenüber Betreuten. *Bucerius Law Journal*, 14 (2), 162–168. <https://ssrn.com/abstract=4011290>

Shah, P., Thornton, I., Kopitnik, N. L., & Hipskind, J. E. (2025) Informed Consent. *National Center for Biotechnology Information: National Library of Medicine*. StatPearls Publishing. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK430827/>

Sjöstrand, M., Karlsson, P., Sandman, L., Helgesson, G., Eriksson, S., & Juth, N. (2015) Conceptions of decision-making capacity in psychiatry: Interviews with Swedish psychiatrists. *BMC Medical Ethics*, 16 (1), 34. <https://doi.org/10.1186/s12910-015-0026-8>

St John, E. R., Ezzat, A., Holford, N., Rizki, H., Hogben, K., & Leff, D. R. (2022) Digital consent to improve patient perception of shared decision-making: Comparative study between paper and digital consent processes in patients undergoing breast surgery. *British Journal of Surgery*, 109 (11), 1172–1173. <https://doi.org/10.1093/bjs/znac285>

Talukdar, S. (2021) Undisclosed probing into decision-making capacity: A dilemma in secondary care. *BMC Medical Ethics*, 22 (1), 100. <https://doi.org/10.1186/s12910-021-00669-5>

Tauriņa, L. E. (2019) 1. pants. Likumā lietotie termini. No.: *Pacientu tiesību likuma komentāri*. Santas Slokenbergas zin. red. Rīga: Latvijas Vēstnesis, 18.

Wilkinson, D., Herring, J., & Savulescu, J. (2020) *Medical ethics and law: A curriculum for the 21st century*. Third edition. Elsevier.

WHO (2021) *Assessing and Supporting Adolescents' Capacity for Autonomous Decision-Making in Health Care Settings: A Tool for Health-Care Providers* (1st ed). <https://www.who.int/publications/i/item/9789240039568>

Zhong, R., Sisti, D. A., & Karlawish, J. H. (2019) A pragmatist's guide to the assessment of decision-making capacity. *British Journal of Psychiatry*, 214 (4), 183–185.

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 faktorus, 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 faktorus, 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 ricība 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 – izlauzot nodaļas durvis un salauzot 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 faktiski 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 informāciju 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 informāciju 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 atrodami 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:

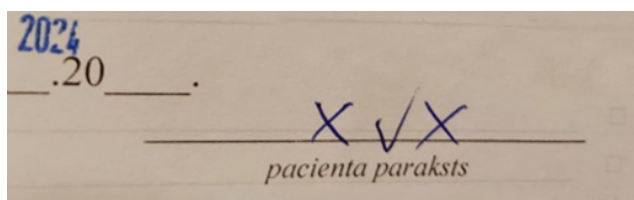
“Daudzi no šiem pacientiem nespēja sniegt informēto piekrišanu savai hospitalizācijai (vai ārstniecībai) nopietnu kognitīvo nepilnību dēļ, un slimnīcas personāls pilnībā piekrit šim novērtējumam. Līdz ar to komitejai radās nopietnas bažas par to, ka slimnīcas vadība šos pacientus uzskatīja par brīvprātīgi 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 uzsvērtā 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 aizgādnie. (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 iestāšanās 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 ierobežojošu 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 veikuši 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 līdzекļu 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 līdzекļus) 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 līdzекļu 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 līdzекļu un ārstēšanā izmantoto līdzекļu 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 izpausmi 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 apkopējuši datus par EKT lietošanu un tās tiesisko regulējumu Baltijas valstīs 2010. gadā; zīmīgi, ka no trim valstīm vienīgi par Latviju nebija pieejami statistikas dati. (Lōokene 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 pieļaujama 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 pacients) 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 nesaņemot 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 kliniskā 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 veiktas Makartura lemtspējas vērtēšanas rīka adaptācija un pētītas iespējas tā lietošanai Latvijas psihiatriskajos stacionāros. Neviens 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 kliniskā 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 kliniskās lemtspējas izvērtēšana ir tiesu psihiatru kompetence.

Apspriežot ar garīgās veselības speciālistiem kliniskās lemtspējas kā tiesību institūta ieviešanas iespējas praksē, tostarp diskusijās ar psihiatrisko ārstniecības iestāžu vadību par pacientu ar kliniskās lemtspējas traucējumiem tiesību aizsardzību, ir izskanējuši viedokļi, ka kliniskās lemtspējas novērtēšanas ieviešana ir “antipsihiatriska” un “psihiatrijas nozari graužoša”. Autoru diskusijās ar kolēģiem par kliniskās lemtspējas jautājumiem ir izskanējusi neizpratne un aizspriedumi par cilvēktiesību un Konvencijā par personu ar invaliditāti tiesībām noteiktajiem principiem medicīnas kontekstā – tie drīzāk traucējot kliniskajā 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 kūturo darbību psihiatrijas nozares monitorēšanā attiecībā uz pacientu tiesību ievērošanu.

Ierobežotās zināšanas un neesošā prakse, izplatītais neurobioloģiskais 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 ģenerālklausulu "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 iesaisti, 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 vadīs 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 monopoli 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, nesekojot 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 atkārtosšanās 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 iespāidu 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 medicīniskais 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 autores 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 liguma attiecībās (Bhugra, 2014) un tās sniegums atbilst sabiedrības gaidām. Ir vērts atgādināt Rūdolfu 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 izrakstīšana – 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. beigās – 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 psihiatricheskoj 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-kritēriji-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_StacionaraMedicinskaPalidziba/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.].

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.].

Personu ar ierobežotu lēmumu pieņemšanas spēju tiesības psihiatrijā Lietuvā¹

Patients with limited decision-making in psychiatry in Lithuania

Inesa Fauša (*Inesa Fausch*)

 0009-0004-6090-3428

KOPSAVILKUMS

Publikācijā analizētas personu ar garīgiem traucējumiem, kuru lemtspēja ir ierobežota, tiesības Lietuvā. Tajā aplūkots rīcībspējas ierobežošanas regulējums, pacientu lēmumu pieņemšanas tiesības psihiatrijā gan vispārīgi, gan tad, ja pacientam ir ierobežotas spējas. Rakstā parādīti sociālie un kultūras aspekti, kā arī izteikti priekšlikumi nepieciešamajiem grozījumiem Lietuvas tiesību aktos atbilstoši ANO Konvencijai par personu ar invaliditāti tiesībām.

Raksts ir sagatavots 2024. gadā, pamatojoties uz tiesību aktiem un informāciju, kas bija autores rīcībā līdz 2024. gada 11. decembrim. Jaunāki dati rakstā nav atspoguļoti.

Atslēgvārdi: pacientu tiesības, psihisko slimību ārstēšana, ierobežota lemtspēja, Lietuvas tiesību akti, personu ar invaliditāti tiesības.

SUMMARY

In this paper, the author discusses the sociological-cultural context, legal state and required amendments for patients with limited decision-making capacity in psychiatry in Lithuania, focusing on the implementation of the Convention on the Rights of Persons with Disabilities. The article was prepared in 2024, based on the legal acts and information available to the author up to 11 December 2024. More recent data is not reflected in the article.

Keywords: rights of patients, psychiatry, limited decision-making capacity, Lithuanian law, rights of persons with disabilities.

1 No angļu valodas tulkojusi Andra Damberga

Ievads

Šajā rakstā ir sniegts Lietuvas tiesiskā regulējuma apskats situācijās, kad jāpieņem lēmumi par veselības aprūpi, bet personas rīcībspēja ir pilnībā vai daļēji ierobežota garīgu traucējumu dēļ. Rakstā analizēts, kā Lietuva ievēro ANO Konvencijas par personu ar invaliditāti tiesībām 12. pantā noteiktās tiesības.

2010. gadā Lietuva ratificēja ANO Konvenciju par personu ar invaliditāti tiesībām (United Nations, 2006; Seimas, 2010). Sešus gadus vēlāk ANO Personu ar invaliditāti tiesību komiteja, izvērtējusi Lietuvas nacionālo tiesību aktu atbilstību konvencijā noteiktajām prasībām, norādīja uz trūkumiem konvencijas 12. panta ievērošanā Lietuvā. Komiteja norādīja uz tiesību normām, kas pieļauj atņemt vai ierobežot rīcībspēju personām ar invaliditāti, tādējādi ierobežojot viņu tiesības patstāvīgi pieņemt apzinātus, ar informāciju pamatotus lēmumus – piekrist saņemt medicīnisko aprūpi, stāties laulībā, dibināt ģimeni, adoptēt un audzināt bērnus. (UN CRPD, 2016) Kamēr Personu ar invaliditāti tiesību komiteja izvērtēja Lietuvas tiesisko regulējumu, tikmēr Lietuvas Republikas Seims 2015. gadā veica grozījumus Civill kodeksā (Seimas, 2015a & 2015b), kas stājās spēkā 2016. gadā². Ar šiem grozījumiem tika atcelta iepriekšējā iespēja pilnībā ierobežot personas rīcībspēju (liet. val. *neveikšnumas pilna apimtī*), aizstājot to ar daļēju rīcībspējas ierobežošanu atsevišķās (noteiktās) jomās vai ar pilnu rīcībspējas ierobežošanu noteiktās dzīves jomās. Neraugoties uz grozījumiem Lietuvas Civill kodeksā, ANO Personu ar invaliditāti tiesību komiteja konstatēja, ka nosacījumi par pilnīgu vai daļēju rīcībspējas ierobežošanu noteiktās jomās joprojām pilnībā neatbilst Konvencijas par personu ar invaliditāti tiesībām 12. pantam, īpaši saistībā ar veselības aprūpes lēmumu pieņemšanu. Ar Civill kodeksa grozījumiem 2019. gadā tika paplašināts rīcībspējas ierobežošanas ietvars, nosakot, ka rīcībspēju pieļaujams ierobežot ne tikai garīgas slimības, bet arī uzvedības traucējumu dēļ. Ar šiem grozījumiem tika noteikts, ka persona, kurai ir pilna rīcībspēja, bet ir grūtības pieņemt lēmumus, var slēgt līgumu ar citu personu par palīdzību lēmumu pieņemšanā (Seimas, 2019a, 3.279. straipsnis).

Rakstā vispirms analizēts rīcībspējas jēdziens sociālajā un kultūras kontekstā un tā juridiskā definīcija Lietuvas normatīvajos aktos. Turpinājumā autore izvērtē personu ar ierobežotu rīcībspēju tiesības uz veselības aprūpi, īpašu uzmanību pievēršot psihiatrijas pacientu – lai arī ierobežotās – spējām pieņemt apzinātus, ar informāciju pamatotus lēmumus, un analizē kritērijus, pēc kuriem tiek noteikti

2 Lietuvas Civill kodekss tika grozīts, lai īstenotu ANO Konvencijas par personu ar invaliditāti tiesību konvencijas 12. pantā formulētos noteikumus. Civill kodeksā tika ieviesti jauni tiesību institūti palīdzības sniegšanai lēmumu pieņemšanā, grozīti divi rīcībspējas ierobežošanas veidi un noteikts, ka personas rīcībspēju var ierobežot vai pasludināt tikai konkrētās jomās. Lietuvā personu ar ierobežotu rīcībspēju tiesības tiek ierobežotas, balstoties uz valsts nacionālo likumdošanu. (Seimas, 2015a)

personas rīcībspējas ierobežojumi. Šie kritēriji tiek lietoti psihiatrijā, kur individu piekļuve atbalstīto lēmumu pieņemšanas pakalpojumiem ir ierobežot; diemžēl trūkst datu par šādu pakalpojumu faktisko izmantošanu. Šajā raksta sadaļā aplūkoti arī apzinātu, ar informāciju pamatotu lēmumu pieņemšanas aspekti. Raksta noslēgumā sniegti priekšlikumi, kā uzlabot pacientu tiesību likumdošanu attiecībā uz personām ar ierobežotu rīcībspēju psihiatrijā.

Sociālais un kultūras konteksts

Lietuvas sabiedriskās domas 2020. gada oktobra aptauja liecina, ka sabiedrībā trūkst iecietības pret personām, kurām ir ierobežota rīcībspēja. Piemēram, 45% aptaujāto apgalvoja, ka nevēlētos dzīvot tuvumā cilvēkam ar psihosociāliem traucējumiem, 51% – ka nevēlētos izīrēt šādam cilvēkam mājokli, 40% – ka nevēlētos strādāt vienā darbavietā. (Lietuvos Republikos socialinēs apsaugos ir darbo ministrija, b. m.) Aptauja nebija plaša³, tomēr liecina par to, ka sabiedrībā trūkst iecietības pret cilvēkiem, kam ir fiziski un/vai garīgi traucējumi. Sabiedrības attieksme pret personām ar ierobežotu rīcībspēju var būtiski ietekmēt šo personu spēju īstenot un apliecināt savu rīcībspēju. Šķērslis var būt vispārēji sociālie faktori, piemēram, tiek noliegta personas neatkarība un spēja pieņemt lēmumus, apšaubītas personas pašnoteikšanās spējas, tiek liegts atbalsts, kā arī stigmatizācija, juridiska uzkundzēšanās un pārmērīga ģimenes locekļu atbildības uzsvēršana. (Malinauskas & Kalpokienė, 2022) Turklāt jāņem vērā, ka sabiedrībā valdošie aizspriedumi un stigmatizējoši priekšstati par personām ar invaliditāti var būtiski ietekmēt šo personu lēmumus, tostarp radīt šķēršļus rīcībspējas apliecināšanai un efektīvai tiesību īstenošanai (balstoties uz pētījumu: Ariyo et al., 2023).

Lai stiprinātu personu ar invaliditāti spējas pieņemt lēmumus, Lietuvas Sociālās aizsardzības un darba ministrija (liet. val. *Lietuvos Republikos socialinēs apsaugos ir darbo ministrija*) īstenoja reformu, kurā lielās sociālās aprūpes institūcijas cilvēkiem ar intelektuālās vai psihosociālās attīstības traucējumiem pārstrukturēja, izveidojot mazākas sociālās aprūpes institūcijas, kas veicina neatkarīgāku dzīvesveidu un nodrošina kopienā īstenotus pakalpojumus: sociālās darbnīcas, aprūpes mājokļus, atbalstītu nodarbinātību un atbalstu lēmumu pieņemšanā. (Lietuvos Republikos socialinēs apsaugos ir darbo ministrija, b. m.) Pēdējais minētais pakalpojums, t. i., atbalsts lēmumu pieņemšanā, sniedz pacientiem iespēju pieņemt apzinātus, ar informāciju pamatotus

3 Tika aptaujāti 1024 Lietuvas iedzīvotāji vecumā no 18 gadiem, aptauja notika 124 nejaūši izvēlētos vietās (30 pilsētās un 57 ciemos). Rezultātu kļūdas robeža ir $\pm 3,1\%$. Plašāka informācija: <http://www.ces.lt/wp-content/uploads/2023/01/2022-m.-rugsejo-16-27-d.-duomenys.pdf> [skatīts 25.06.2023.].

lēmumus par personiskās veselības jautājumiem, saņemot lēmumu pieņemšanas procesa virzītāja vai speciālistu komandas atbalstu. Šis atbalsts tiek nodrošināts, sniedzot pacientam saprotamu informāciju tādā valodā un veidā, kas atbilst konkrētās personas uztveres un izpratnes spējām, tostarp izmantojot radošus vizuālās uzskates līdzekļus vai situāciju simulāciju un citus līdzekļus. Neraugoties uz to, ka atbalsts lēmumu pieņemšanā ir nozīmīgs pakalpojums, īpaši tādās jomās kā veselības aprūpe, kur personai nepieciešama palīdzība, lai tā spētu pieņemt pilnībā apzinātu, ar informāciju pamatotu lēmumu, šāda pakalpojuma pieejamība Lietuvā joprojām ir ierobežota. 2021. gada beigās Lietuvā bija reģistrētas 8044 personas ar ierobežotu rīcībspēju noteiktā jomā, bet reģistrēti tikai 22 līgumi par atbalstu lēmumu pieņemšanā, turklāt netika konstatēts, ka šie pakalpojumi faktiski tika sniegti (Malinauskas & Kalpokienė, 2022). Tiek norādīts, ka personas atturas slēgt līgumus par atbalstu lēmumu pieņemšanā, jo saskata ieguvumus tikai sociālajā, nevis tiesiskajā jomā (Gudelytė & Ruškus, 2019).

Ierobežota rīcībspēja Lietuvas likumdošanā

Lietuvā jēdziens “rīcībspēja” definēts Lietuvas Civilkodeksa (Seimas, 2000) 2.5. panta 1. punktā. Tā ir “fiziskas personas rīcībspēja ar savām darbībām iegūt civiltiesības un radīt civiltiesiskās saistības (rīcībspēja), kas pilnībā iestājas, personai sasniedzot pilngadību, t. i., 18 gadu vecumu”. Īpaši noteikumi par rīcībspēju attiecināmi uz personām, kas jaunākas par 14 gadiem (Civilkodeksa 2.7. pants), un personām no 14 līdz 18 gadu vecumam (2.8. pants). Personai nevar atņemt rīcībspēju, ja vien šādu ierobežojumu nenosaka likums (2.6. panta 1. punkts). Civilkodeksa 2.6. panta 2. punkts noteic, ka rīcībspēju nevar atņemt ne ar jebkāda veida līgumu, ne ar valsts, pašvaldību iestāžu vai valsts amatpersonu lēmumu, ja tie nav pamatoti ar normatīvajiem aktiem, pretējā gadījumā tie nav spēkā.

Līdz 2016. gadam personu varēja atzīt par rīcībnespējīgu pilnā apmērā (liet. val. *neveikšnumas pilna apimtīmi*). Taču 2015. gada grozījumi Civilkodeksā (Seimas, 2015a) pilnībā mainīja izpratni par rīcībnespēju, nosakot, ka personu var atzīt par rīcībnespējīgu noteiktā (konkrētā) jomā. Neraugoties uz pozitīvajām pārmaiņām, eksperti ir konstatējuši vairākas problēmas, tostarp personas rīcībnespējas atkārtotu izvērtēšanu ik pēc diviem gadiem un neskaidrības par personas rīcībspēju un rīcībnespēju identifikāciju. (VTPT prie SAM, 2019) Problemātisku attīstību ir veicinājuši arī Lietuvas Augstākā tiesa, nosakot, ka tiesa ar lēmumu var atzīt personu par rīcībnespējīgu visās jomās, ja lietā iesniegtie pierādījumi nepārprotami liecina, ka persona nespēj izprast savas rīcības nozīmi vai nespēj savu rīcību kontrolēt (Lietuvos Aukščiausiasis Teismas, 2008).

Rīcībnespējas veidi

Lietuvas normatīvajos aktos ir definēti divi rīcībnespējas ierobežošanas veidi, kurus var piemērot noteiktās jomās. Pirmais veids ir **daļējas rīcībnespējas** noteikšana konkrētās jomās (liet. val. *ribotas veikšnumas tam tikrose srityse*) saskaņā ar Lietuvas Republikas Civilkodeksa 2.11. pantu (Seimas, 2000). Tas nozīmē, ka fizisku personu, kura psihisku vai uzvedības traucējumu dēļ daļēji nespēj izprast savas rīcības nozīmi vai nespēj noteiktā jomā savu rīcību kontrolēt, tiesa var atzīt par daļēji rīcībnespējīgu (no kā izriet arī atzišana par daļēji rīcībnespējīgu) šajā jomā. Ja personas rīcībnespēja noteiktā jomā ir ierobežota, tai tiek noteikta aizgādība⁴ (liet. val. *rūpyba*, angļu val. *curatorship*) attiecīgajā jomā.

Otrais veids ir **pilnīgas rīcībnespējas** noteikšana konkrētās jomās (liet. val. *neveikšnumas tam tikrose srityse*) saskaņā ar Lietuvas Republikas Civilkodeksa 2.10. pantu. Tas nozīmē, ka fiziska persona, kas psihisku vai uzvedības traucējumu dēļ noteiktā jomā nespēj izprast savas rīcības nozīmi vai nespēj savu rīcību kontrolēt, var tikt atzīta par rīcībnespējīgu attiecīgajā jomā. Personai, kura atzīta par rīcībnespējīgu kādā jomā, tiek noteikta aizgādība (liet. val. *globa*, angļu val. *guardianship*). (Seimas, 2000)

Līdz 2019. gada grozījumu pieņemšanai Lietuvas Republikas Civilkodeksā tika skaidrāk nošķirta daļēja rīcībnespēja un pilnīga rīcībnespēja. Daļēja rīcībnespēja varēja tikt noteikta arī fiziskām personām, kuras pārmērīgi lieto alkoholiskos dzērienus, narkotiskās vai toksiskās vielas, savukārt pilna rīcībnespēja varēja tikt piemērota personām ar garīgiem traucējumiem.

Lietuvas Republikas tiesību aktos aizgādība daļējas rīcībnespējas un pilnas rīcībnespējas gadījumos definēta atšķirīgi: *rūpyba* – personām ar daļēju rīcībnespēju noteiktās jomās; *globa* – personām ar pilnīgu rīcībnespēju noteiktās jomās. Abi aizgādības veidi atšķiras minimāli. Ja personai noteikta pilnīga rīcībnespēja kādā jomā vai jomās, aizgādība ir vērsta uz fiziskas personas tiesību un interešu realizēšanu, aizsardzību un aizstāvēšanu noteiktās jomās (Seimas, 2000, 3.238. straipsnis 1. punktas). Savukārt aizgādība personai, kurai noteikta daļēja rīcībnespēja noteiktās jomās, ir vērsta uz to, lai nodrošinātu šādas fiziskas personas tiesību un interešu aizsardzību un aizstāvību (Seimas, 2000, 3.239. straipsnis 1. punktas). Galvenā atšķirība šeit ir tiesību realizēšanas (īstenošanas) iespējā.

Abos rīcībnespējas ierobežojumu gadījumos aizgādnis (*globa* un *rūpyba*) ir ierobežotās personas likumīgais pārstāvis un bez īpašas pilnvaras aizstāv rīcībnespējīgas vai ierobežoti rīcībnespējīgas personas tiesības un intereses noteiktā jomā (Seimas, 2000, 3.240. straipsnis 1. punktas). Aizgādnis ir tiesīgs noteiktā jomā pārstāvēt rīcībnespējīgu personu un tās interesēs veikt visus nepieciešamos

4 Latvijā saskaņā ar Latvijas Republikas Civillikumā noteikto pilngadīgai personai, ja tai nepieciešama likumā speciāli noteikta aizsardzība, to īsteno kā aizgādību. Aizbildību nosaka nepilngadīgām personām.

darījumus (Seimas, 2000, 3.240. straipsnis 2. punktas). Savukārt aizgādnis personai, kurai noteikta daļēja rīcībspēja konkrētā jomā, dod piekrišanu darījuma slēgšanai, kuru šī persona nevar noslēgt patstāvīgi. Aizgādņa pienākums ir arī palīdzēt personai ar ierobežotu rīcībspēju konkrētā jomā īstenot citas tiesības un pienākumus, kā arī aizsargāt šīs personas tiesības un likumīgās intereses pret trešo personu ļaunprātīgu rīcību. (Seimas, 2000, 3.240. straipsnis 3. punktas) Jāatzīst, ka realitātē šobrīd nav iespējams skaidri nošķirt pilnīgu un daļēju rīcībnespējību, atšķiras tikai personām noteicamie aizgādnības veidi.

Rīcībnespējas un rīcībspējas ierobežojumu noteikšanas process

Tiesiskais process, kura rezultātā persona tiek atzīta par rīcībnespējīgu vai daļēji rīcībspējīgu konkrētā jomā, iedalāms vairākos posmos.

Pirmkārt, tiesības iesniegt tiesā pieteikumu par personas atzīšanu par rīcībnespējīgu vai ierobežoti rīcībspējīgu konkrētā jomā ir laulātajam, vecākiem, pilngadīgiem bērniem, aizgādnības institūcijai (liet. val. *globos (rūpybos) institucija*)⁵ vai prokuroram. (Seimas, 2000, 2.10. straipsnis 4. punktas un 2.11. straipsnis 5. punktas)

Otrkārt, personu par rīcībnespējīgu vai ierobežoti rīcībspējīgu var atzīt tikai ar tiesas lēmumu. Lietuvas Augstākā tiesa ir atzinusi, ka rīcībnespējas konstatēšanai ir divi būtiski kritēriji: “[...] medicīniskais: personas garīga slimība vai garīga invaliditāte, ko noteikusi vai apstiprinājusi (tiesas nozīmēta) tiesu psihiatriskā ekspertīze (Seimas, 2002, 466. straipsnis); un .. juridiskais: personas garīgas slimības vai garīgas invaliditātes dēļ nespēj izprast savas darbības nozīmi vai nespēj savu darbību kontrolēt konkrētā jomā [...]” (Lietuvas Aukščiausiasis Teismas, 2008) Gan medicīniskie, gan juridiskie rīcībnespējas noteikšanas kritēriji Lietuvas Republikas Civilt kodeksā ir skaidri definēti un konkretizēti tiesu praksē. Medicīniskie kritēriji ietver psihiatrisko ekspertīzi, kuru tiesa nozīmē šādos gadījumos: 1) ja ir pierādījumi par personas, kuras pilnīgu rīcībnespēju vai daļēju rīcībnespēju tiek pasīts atzīt, garīgiem traucējumiem konkrētā jomā, kas liedz šai personai izprast savas rīcības jēgu vai kontrolēt savu rīcību (daļēji vai pilnībā); un 2) ja šai personai iepriekš nav veikta tiesu medicīniskā ekspertīze. (Seimas, 2002, 466. un 471. straipsnis) Saskaņā ar tiesu praksi, lemjot par personas daļējas rīcībspējas atzīšanu konkrētās jomās un piemērojot medicīniskos kritērijus, tiesai ir jānorīko personas ambulatorā ekspertīze (liet. val. *ambulatorinė ekspertizė*), izņemot gadījumos, kas minēti Lietuvas Civilprocesa kodeksa 471. pantā. Likumdevējs paredz iespēju tiesai noteikt personai stacionāro tiesu psihiatrisko ekspertīzi (liet. val. *stacionarinė ekspertizė*) tikai tādā gadījumā, ja tiek izskatīts jautājums par personas atzīšanu par pilnībā rīcībnespējīgu.

5 Tās ir pašvaldību administratīvās institūcijas.

(Seimas, 2002, 467. pants) Tas nozīmē, ka gadījumā, ja tiek izvērtēts jautājums par personas daļēju rīcībspēju konkrētās jomās un tiesa nekonstatē, ka personai ir psihiski traucējumi, kuru dēļ tā nespēj izprast savas darbības nozīmi konkrētā jomā vai kontrolēt savu rīcību, tas ir, tiesa nekonstatē rīcībspējas kritēriju, tiesa nevar likt veikt personai tiesu psihiatrisko ekspertīzi stacionārā.

Kādiem juridiskiem kritērijiem persona atbilst, nosaka sociālie darbinieki, ievērojot rīcībspējas prezumpciju, uz personu vērstu pieeju, objektivitāti un konfidencialitāti vērtējot personas intereses, iespējamā ierobežojuma samērīgumu un palīdzības nepieciešamību (Lietuvos Republikos socialinēs apsaugos ir darbo ministro, 2015). Citiem vārdiem: tiek izvērtētas personas spējas parūpēties par sevi konkrētā jomā. Pašvaldības iestādes norikoti sociālie darbinieki (no pakalpojumu centriem, garīgās veselības centriem vai citām institūcijām) izvērtē un raksta ziņojumu par personas spējām parūpēties par sevi un patstāvīgi pieņemt ikdienas lēmumus vai nepieciešamību veikt šīs darbības ar atbalstu konkrētā jomā. Šis izvērtējums jāveic 60 dienu laikā no pieprasījuma saņemšanas dienas un jāiesniedz pašvaldības administrācijai. (Lietuvos Republikos socialinēs apsaugos ir darbo ministro, 2015)

Tādējādi tiesas lēmumam par personas, kas cieš psihiskas slimības izraisītu garīgu traucējumu dēļ, atzīšanu par rīcībspējīgu jābūt pamatotam ar vispusīgu, saprātīgu un objektīvu novērtējumu, kas atbilst visām likumā noteiktajām procesuālajām prasībām un tiek veikts, ievērojot personas interešu aizsardzības principu. Turklāt šāds lēmums var tikt pieņemts tikai pēc drošticamas konstatācijas, ka personas privātās dzīves tiesību un brīvības (tās aizsargā Eiropas Cilvēktiesību un pamatbrīvību konvencijas 8. pants (Council of Europe, 1950) un Lietuvas Konstitūcijas 22. pants (Piliečių referendumas, 1992, 22. straipsnis)) ierobežojums konkrētajā gadījumā ir būtisks un pietiekami pamatots, kā arī nav nesamērīgs attiecībā uz leģitīmo mērķi aizsargāt attiecīgās personas un citu personu veselību un intereses. Lietuvas Augstākās tiesas judikatūrā ir norādīts, ka, lemjot par personas tiesību piedalīties tiesas procesā ierobežošanu, tiesa nedrīkst paļauties tikai uz psihiatra slēdzienu (Lietuvos Aukščiausiasis teisma, 2008, 2018, 2019 & 2020). Augstākā tiesa ir uzsvērusi, ka psihiatra ziņojums nav saistošs pierādījums. Zemākas instances tiesas šo atzinumu ir ņēmušas vērā un, neskatoties uz psihiatru atzinumos paustajiem secinājumiem, ir atteikušās noteikt pilnīgu rīcībspēju visās jomās, aprobežojoties ar daļējas rīcībspējas ierobežošanu mantisko attiecību jomā. (Ruškus, 2023)

Treškārt, pat ja persona tiek atzīta par rīcībspējīgu, šāds statuss nav neatgriezenisks – Lietuvas Republikas Civilkodeksa 2.10¹. pantā noteikts pienākums tiesas lēmumu pārskatīt (nepieciešams speciāls komisijas slēdziens), un, iespējams, personas rīcībspēja tiks atjaunota. Katrai pašvaldībai ir jāizveido īpaša neatkarīga komisija rīcībspējīgu personu stāvokļa pārbaudei (liet. val. *Neveiksnių asmenų būklės peržiūrėjimo komisija*). Šī komisija izvērtē konkrētajā

jomā rīcībnespējīgas personas stāvokli un lemj, vai ir lietderīgi vērsties tiesā ar pieteikumu pārskatīt lēmumu, ar kuru persona atzīta par rīcībnespējīgu noteiktā jomā. Komisija pēc savas iniciatīvas atkārtoti izvērtē rīcībnespējīgas personas stāvokli, ja gada laikā no tiesas nolēmuma, ar kuru persona atzīta par rīcībnespējīgu konkrētā jomā, spēkā stāšanās dienas laulātais, vecāki, pilngadīgi bērni, aizbildnības iestāde, prokurors vai persona, kas atzīta par rīcībnespējīgu konkrētā jomā, neiesniedz pieteikumu atcelt tiesas lēmumu, ar kuru persona atzīta par rīcībnespējīgu konkrētā jomā. (Seimas, 2000) Šie 2000. gadā veiktie Lietuvas Civilprocesa kodeksa grozījumi tiek kritizēti. Dažās valstīs personas rīcībnespējas pārbaude tiek veikta reizi piecos gados, citās – pēc nepieciešamības, bet Lietuvā – reizi divos gados. No medicīniskā viedokļa šāda kārtība var šķist nelogiska un nepamatota, jo cilvēka psihiskais stāvoklis tik strauji nemainās. Turklāt ir smagi garīgi traucējumi un slimības, kuru gadījumā nav lietderīgi tik bieži pārskatīt personas tiesības stāties laulībā, tiesības uz aizbildnību un adopciju, tiesības uz nodarbinātību un piedalīšanos vēlēšanās. (VTPT prie SAM, 2019) Atkarībā no to personu skaita, kurām konkrētā jomā noteikta rīcībnespēja un kuras dzīvo attiecīgās pašvaldības teritorijā, pašvaldībā var tikt izveidotas vairākas personu rīcībnespējas izvērtēšanas komisijas vai arī – viena kopīga komisija vairākām pašvaldībām. Šo komisiju paraugnolikumus apstiprina valdība.

Lēmumu pieņemšanas ierobežojumi personām pacientu tiesību jomā un psihiatrijā

Lietuvas Republikas Likuma par pacientu tiesībām un veselībai nodarīto zaudējumu atlīdzību (Seimas, 1996) 20. pants noteic, ka personas, kuras atzītas par pilnīgi rīcībnespējīgām veselības aprūpes jomā, pārstāv aizgādnis. Persona, kuru tiesa atzinusi par daļēji rīcībnespējīgu veselības aprūpes jomā, iegūst tiesības un uzņemas pienākumus, un īsteno tos Lietuvas Republikas Civilkodeksā noteiktajā kārtībā. Attiecīgi Civilkodeksa 3.240. panta 3. punktā noteikts, ka aizgādnis dod piekrišanu tam, lai persona, kurai ir noteikta daļēja rīcībnespēja konkrētā jomā, slēdz darījumu, kuru šī persona nespēj noslēgt patstāvīgi. Tāpat aizgādnis palīdz personai ar daļēju rīcībnespēju īstenot citas šīs personas tiesības vai izpildīt pienākumus, kā arī aizsargā šīs personas tiesības un likumīgās intereses attiecīgajā jomā pret trešo personu ļaunprātīgu rīcību. (Seimas, 2000) Tātad fiziska persona, ja tas atbilst viņas interesēm, var pati īstenot savas tiesības, un aizgādņa pienākums ir nodrošināt šīs fiziskās personas tiesību un interešu aizsardzību un aizstāvību. No tā izriet, ka Lietuvas Civilkodeksā un likumos noteiktie rīcībnespējas tiesiskie regulējumi, kuri nodrošina pacientu tiesības, nav pretrunā.

Apskatot pacientu tiesības psihiatrijā, psihiatrisko pacientu ar ierobežotu rīcībnespēju darbību regulē Lietuvas Republikas Garīgās veselības aprūpes likums (Seimas, 1995). Šis likums nosaka garīgās veselības aprūpes principus, pacientu

ar garīgiem un uzvedības traucējumiem tiesības un apstākļus, kādos šīs tiesības var tikt ierobežotas, kā arī valsts garīgās veselības aprūpes īstenošanas kārtību un personai sniedzamo garīgās veselības pakalpojumu regulējumu.

Garīgās veselības aprūpes likuma 8. pants nosaka psihiatrijas pacientu ar ierobežotām garīgām spējām tiesības. Hospitalizētām personām ar garīgiem un uzvedības traucējumiem papildus citos likumos paredzētajām tiesībām ir šādas tiesības: 1) sazināties ar citām personām (arī citiem pacientiem), piekļūt internetam, telefonam un citiem saziņas līdzekļiem; 2) tikties ar apmeklētājiem, savu likumīgo pārstāvi (vai deleģēto pārstāvi) un personu, kas sniedz pacientam palīdzību saskaņā ar līgumu par atbalstu lēmumu pieņemšanā (turpmāk “atbalsta sniedzējs lēmumu pieņemšanā”) bez nepiederošu personu pavadības; 3) nosūtīt un saņemt privātus vai publiskus paziņojumus, sūdzības, lūgumus, vēstules, kuras nedrīkst lasīt vai cenzēt citas personas; 4) iegādāties un saņemt visnepieciešamākās lietas, ko izmantot hospitalizācijas laikā; 5) lasīt, vingrot un citādi baudīt brīvo laiku; 6) katru dienu pastaigāties svaigā gaisā; 7) iesaistīties individuālajām vajadzībām pielāgotās aktivitātēs, kas palīdzēs rehabilitēties un atgriezties sabiedrībā; 8) palikt vienam; 9) praktizēt reliģiju. (Seimas, 1995)

Garīgās veselības aprūpes iestādei pēc stacionārā ievietotas personas ar garīgiem un uzvedības traucējumiem pieprasījuma jāpalīdz šim pacientam sazināties ar viņa pārstāvi, tuviniekiem vai personu, kas sniedz pacientam atbalstu lēmuma pieņemšanā. Tomēr Lietuvas Garīgās veselības aprūpes likums neparedz psihiatru pienākumu detalizēti izvērtēt tiesas lēmumu un pierādījumus par to, vai ir ierobežota personas rīcībspēja pieņemt lēmumus veselības aprūpes jomā. Likums arī nenosaka, kādā veidā psihiatriem jāpieprasa tiesas lēmums, kurā norādītas konkrētās jomas, kurās personas rīcībspēja ir ierobežota, nedz arī to, kā psihiatriem rīkoties, ja personai nav ierobežotas rīcībspējas lēmumu pieņemšanā ar veselības aprūpi saistītos jautājumos.

Psihiatriem ir pienākums pacientu ar garīgiem un uzvedības traucējumiem gan mutiski, gan rakstiski informēt pacientam saprotamā formā (vai arī informēt pacienta pārstāvi, radniekus vai personas, kas sniedz atbalsta lēmumu pieņemšanā pakalpojumu) par pacienta tiesībām garīgās veselības aprūpes iestādē, hospitalizācijas iemesliem un mērķi, pacienta tiesībām pēc izrakstīšanas atstāt garīgās veselības aprūpes iestādi, izņemot likumā noteiktos gadījumos. (Seimas, 1995, 10. straipsnis) Līdz šim nav pieejama definīcija, kas skaidrotu, ko nozīmē “pacientam saprotamā formā sniegta informācija”. 2024. gada 1. janvārī stājās spēkā jaunais Lietuvas Republikas Likums par personu ar invaliditāti sociālo integrāciju (Seimas, 2022). Šī likuma 2. panta 11. punktā un 17. punktā definēts jēdziens “viegli saprotama valoda”. Tā ir vienkārša un skaidri struktūrēta valoda, t. sk. simboli un zīmes, kurā tiek sniegta informācija sabiedrības locekļiem, tostarp personām ar lasīšanas un uztveres problēmām, personām ar intelektuālās attīstības traucējumiem, kā arī bērniem un cilvēkiem gados.

(Seimas, 2022) Cilvēkiem ar ierobežotu rīcībspēju konkrētā jomā piekļuve informācijai joprojām ir ļoti ierobežota (Lietuvos Respublikos valstybės kontrolė, 2020) – iespēja saņemt informāciju viegli lasāmā valodā pieejama 15% iedzīvotāju, un šādā formā pieejami 5% informācijas⁶. (UN CRPD, 2023; Baltrušytė & Župerkaitė, 2022)

Lietuvā personām, kam nepieciešama garīgas veselības aprūpe, arī tad, ja tām ir ierobežota rīcībspēja kādā konkrētā jomā, ir daudz tiesību (sk. uzskaitījumu iepriekš). Tomēr praksē iespējamās zināmas grūtības šo tiesību realizācijā, piemēram, īstenojot tiesības uz informāciju. Lietuvas likumdevējs paredzējis arī noteiktus šo tiesību ierobežojumus (Seimas, 1995, 9. straipsnis). Piemēram, šādām personām ir ierobežotas tiesības izvēlēties veselības aprūpes iestādi, kā arī minētās šo pacientu tiesības var tikt ierobežotas, ja pastāv reāls risks, ka pacienta ar garīgiem un uzvedības traucējumiem rīcība var nodarīt būtisku kaitējumu pacienta paša un/vai citu cilvēku veselībai, dzīvībai un/vai īpašumam. Šādi ierobežojumi tiek uzskatīti par samērīgiem un tiesiski pamatotiem.

Secinājumi un priekšlikumi

Lietuvas tiesiskā regulējuma analīze liecina, ka Lietuvas likumdošanā nepilnīgi ir nostiprinātas personu ar garīgiem traucējumiem tiesību īstenošanas iespējas. Lai situāciju uzlabotu, tiesiskajā regulējumā būtu jāiekļauj normas, kas noteiktu, kā tiek respektēta un ievērota pacienta griba un vēlmes, tostarp iepriekš izteiktās, gadījumos, kad persona ar tiesas lēmumu vai faktiskā stāvokļa dēļ ir ierobežota spējās pieņemt lēmumus par dažādiem veselības aprūpes jautājumiem. Tiesību aktos būtu jānosaka ārstniecības iestāžu pienākums nodrošināt pacientam piemērotu un pielāgotu informācijas sniegšanas veidu. Tāpat ar tiesību aktu grozījumiem būtu jāievieš un jāveicina atbalstītā lēmumu pieņemšana pacientu tiesību īstenošanas kontekstā. Vienlaikus jānorāda, ka autore ieskatā Lietuvas tiesiskajā regulējumā ir jāsauglabā iespēja ņemt vērā arī ārpus pacienta gribas un izvēles esošus faktorus, taču šādai iespējai jābūt pieļaujamai vienīgi galējas nepieciešamības apstākļos.

Lai gan Lietuvas Republikas likumdevējs atsevišķās jomās, t. i., psihiatrijā, ieviesis regulējumu, kas nosaka personu ar ierobežotu rīcībspēju tiesības, vienlaikus tajā paredzēti arī samērīgi šo tiesību ierobežojumi. Līdz ar to ir daudz tādu jautājumu, kas jāatrisina ar juridiskiem līdzekļiem – precizējot tiesību aktus un mainot to piemērošanas kārtību. Pirmkārt, informācijai, kas tiek sniegta

6 Saskaņā ar Lietuvas Valsts kontroles ziņojumu Nr. 9 2020. gadā tikai 3,4% valsts sektora institūciju un iestāžu mājaslapu bija pieejamas personām ar invaliditāti. Savukārt Informācijas sabiedrības attīstības komitejas 2021. gadā veiktā analīze liecina, ka tikai trīs no izlasē iekļautās 131 publiskā sektora tīmekļa vietnes, kas novērtētas ar vienkāršotu uzraudzības metodi (automatizētiem rīkiem), bija nepilnīgas. (Lietuvos Respublikos valstybės kontrolė, 2000)

pacienti, jābūt tiem labi saprotamai. Jaunajā regulējumā par personu ar invaliditāti sociālo integrāciju ir iekļauts informācijas pieejamības problēmas risinājums, definēts jēdziens “viegli saprotama valoda” un ieviesta prasība sniegt informāciju gan valodas, gan simbolu un zīmju formā. Otrkārt, jāpanāk lielāka juridiskā skaidrība par lēmumu atbalsta sniegšanas pakalpojumiem. Jāveicina šo pakalpojumu popularitāte un pieejamība, jo īpaši situācijās saistībā ar veselības aprūpi. Pagaidām pakalpojums – atbalsts lēmumu pieņemšanā – nav guvis popularitāti: ir noslēgts ļoti maz līgumu par šī atbalsta sniegšanu, un nav pieejami dati par šo līgumu praktisko īstenošanu. Treškārt, jāizstrādā juridiskas vadlīnijas ārstiem, precīzāk, psihietriem, par to, kā piekļūt un iepazīties ar tiesas lēmumiem par personu, t. i., konkrētu pacientu rīcībspējas ierobežojumiem, un jāparedz pienākums ņemt vērā, kurās jomās personai ir tikusi ierobežota rīcībspēja. Vadlīnijās arī jāprecizē, kā rīkoties situācijās, kad personas rīcībspēja veselības aprūpes jomā nav tikusi ierobežota.

IZMANTOTĀ LITERATŪRA

TIESĪBU AKTI

Starptautiskie tiesību akti

United Nations (2006) *Convention on the Rights of Persons with Disabilities*. <https://www.ohchr.org/en/instruments-mechanisms/instruments/convention-rights-persons-disabilities>

Council of Europe (1950) *Convention for the Protection of Human Rights and Fundamental Freedoms*. In Council of Europe Treaty Series 005. <https://www.coe.int/en/web/conventions/full-list?module=treaty-detail&treatyid=005>

Lietuvas Republikas tiesību akti

Lietuvos Respublikos socialinēs apsaugos ir darbo ministro (2015) *Lietuvos Respublikos socialinēs apsaugos ir darbo ministro 2015 m. gruodžio 10 d. Nr. A1-742 priimtas įsakymas dėl asmens gebėjimo pasirūpinti savimi ir priimti kasdienius sprendimus nustatymo tvarkos aprašo patvirtinimo* [Lietuvas Republikas sociālās aizsardzības un darba ministra 2015. gada 10. decembra rīkojums Nr. A1-742 “Par kārtību, kādā nosaka personas spēju parūpēties par sevi un pieņemt ikdienas lēmumus”]. <https://www.infolex.lt/ta/346928#>

Piliečių referendumas (1992) *Lietuvos Respublikos Konstitucija* [Lietuvas Republikas Konstitūcija]. <https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/TAR.47BB952431DA>

Seimas – Lietuvos Respublikos Seimas (1995) *Lietuvos Respublikos psichikos sveikatos priežiūros įstatymas*. Galiojanti suvestinė redakcija: 2023-01-01 [Lietuvas Republikas Garīgās veselības aprūpes likums. Pašreizējā konsolidētā versija: 01.01.2023.]. <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.18311/asr>

Seimas (1996) *Lietuvos Respublikos pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymas* [Lietuvas Republikas Likums par pacientu tiesībām un veselībai nodarīto zaudējumu atlīdzību]. <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.31932?positionInSearchResu>

INESA FAUŠA. Personu ar ierobežotu lēmumu pieņemšanas spēju tiesības psihiatrijā Lietuvā

lts=0&searchModelUUID=98850db2-de6e-4f4b-9e3e-67470c7f5f56; latviešu un angļu val.: <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.384290?jfwid=-19ucpb896s>

Seimas (2000) *Lietuvos Respublikos civilinio kodekso patvirtinimo, įsigaliojimo ir įgyvendinimo įstatymas* [Lietuvos Respublikos Civilkodeksa apstiprināšanas, spēkā stāšanās un īstenošanas likums]. Suvetine redakcija nuo 2024-11-01 iki 2025-01-14. https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/TAR.8A39C83848CB/TAIS_430479

Seimas (2002) *Lietuvos Respublikos civilinio proceso kodekso patvirtinimo, įsigaliojimo ir įgyvendinimo įstatymas* [Lietuvos Respublikos Civilprocesa kodeksa apstiprināšanas, stāšanās spēkā un īstenošanas likums]. <https://e-seimasx.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.162435?positionInSearchResults=1&searchModelUUID=34959573-c69e-4de2-a9c6-12cfbe12ca1f>

Seimas (2010) *Lietuvos Respublikos įstatymas dėl Jungtinių Tautų Neįgalųjų teisių konvencijos ir jos fakultatyvaus protokolo ratifikavimo* [Lietuvos Respublikos likums par Apvienoto Nāciju Organizācijas Konvencijas par personu ar invaliditāti tiesībām un tās fakultatīvā protokola ratificēšanu]. <https://e-seimasx.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.373548?positionInSearchResults=0&searchModelUUID=741cb30b-0a93-4de8-9c63-b2c20676e8ed>

Seimas (2015a) *Lietuvos Respublikos civilinio kodekso pakeitimo įstatymas* [Likums par grozījumiem Lietuvos Respublikos Civilkodeksā] <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/b75c13a1d84711e49a8e8a8aa8141086?jfwid=eysqb6xc0>

Seimas (2015b) *Lietuvos Respublikos civilinio kodekso pakeitimo įstatymo Nr. xii-1566 72 straipsnio pakeitimo įstatymas* [Likums par Lietuvos Respublikos Civilkodeksa 72. panta grozījumiem]. <https://www.infolex.lt/ta/347789>

Seimas (2019a) *Lietuvos Respublikos civilinio kodekso 1.84, 1.85, 2.10, 2.11, 2.26, 3.14, 3.210, 3.269, 3.2791, 6.268 ir 6.729 straipsnių pakeitimo įstatymas* [Likums par grozījumiem Lietuvos Respublikos Civilkodeksa 1.84., 1.85., 2.10., 2.11., 2.26., 3.14., 3.210., 3.269., 3.2791., 6.268. un 6.729. pantā]. <https://www.e-tar.lt/portal/legalAct.html?documentId=e124d1701d4b11e9875cdc20105dd260>

Seimas (2019b). *Lietuvos Respublikos psichikos sveikatos priežiūros įstatymo Nr. I-924 pakeitimo įstatymas* [Lietuvos Respublikos Garīgās veselības aprūpes likuma grozījums]. <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/47c6e7321a3411e9bd28d9a28a9e9ad9>. Konsolidētā likuma versija: Seimas (1995) *Lietuvos Respublikos psichikos sveikatos priežiūros įstatymas* [Lietuvos Respublikos Garīgās veselības aprūpes likuma grozījumi]. Suvetinė redakcija nuo 2023-01-01. <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.18311/asr>

Seimas (2022) *Lietuvos Respublikos Neįgalųjų socialinės integracijos įstatymo Nr. I-2044 pakeitimo įstatymas XIV-1722* [Lietuvos Respublikos likums Nr. XIV-1722, ar ko groza likumu Nr. I-2044 “Par personu ar invaliditāti sociālo integrāciju”]. <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/b891853285db11edbdc6bd68a7a0df7e>

JURIDISKĀS PRAKSES MATERIĀLI

Lietuvos Respublikas Augstākā tiesa

Lietuvos Aukščiausiasis Teismas (2008) Civilinių bylų skyriaus teisėjų kolegija 2008-07-11 nutartis civilinėje byloje Nr. 3K-3-370/2008. <https://liteko.teismai.lt/viesasprendimupaiska/tekstas.aspx?id=d2d6cf2e-9076-494a-aef3-916c87500cae>

Lietuvos Aukščiausiasis Teismas (2018) 2018-04-12 nutartis civilinėje byloje Nr. 3K-3-151-403/2018, 25 punktas. <https://eteismai.lt/byla/245151786333234/3K-3-151-403/2018>

INESA FAUŠA. Personu ar ierobežotu lēmumu pieņemšanas spēju tiesības psihiatrījā Lietuvā

Lietuvos Aukščiausiasis Teismas (2019) 2019-10-03 nutartis civilinėje byloje Nr. e3K-3-280-684/2019, 18 punktas. <https://eteismai.lt/byla/30290366207802/e3K-3-280-684/2019>.

Lietuvos Aukščiausiasis Teismas (2020) 2020-08-21 nutartis byloje Nr. 3K-3-253-684/2020. <https://eteismai.lt/byla/233967770543825/3K-3-253-684/2020>

LITERATŪRA UN CITI AVOTI

Ariyo, K., Kane, N. B., Owen, G. S., & Ruck Keene, A. (2023) Interpersonal influences on decision-making capacity: A content analysis of court judgments. *Medical Law Review*, 31 (4), 564–593. <https://doi.org/10.1093/medlaw/fwad017>

Baltrušytė, G. M., & Župerkaitė, A. (2022) *Lengvai suprantama kalba – asmenims su individualiais poreikiais prieinama informacija. Esamos situacijos Lietuvoje apžvalga ir gerųjų užsienio praktikų analizė*. <https://data.kurkl.lt/wp-content/uploads/2023/04/Easy-to-read-esamos-situacijos-analize.pdf>

Gudelytė, U., & Ruškus, J. (2019) „Padėk man nuspręsti“: Socialinio darbuotojo vaidmuo teikiant pagalbą intelekto negalią turintiems asmenims priimant sprendimus. *Socialinis darbas: Patirtis ir metodai = Social Work: Experience and Methods*, 23 (1), 11–50. <https://doi.org/10.7220/2029-5820.23.1.1>

Lietuvos Respublikos socialinės apsaugos ir darbo ministerija (b. m.) *Žmonės su negalia bendruomenėje* [Cilvēki ar invaliditāti kopienā]. <https://socmin.lrv.lt/lt/veiklos-sritys/socialine-integracija/zmones-su-negalia-bendruomeneje/> [skatīts 25.06.2023.].

Lietuvos Respublikos valstybės kontrolė (2000) *2020 m. rugsėjo 7 d. valstybinio audito ataskaita „Asmenų su negalia socialinė integracija“ Nr. VAE-9*. https://ivpk.lrv.lt/uploads/ivpk/documents/files/Veikla/Veiklos_sritys/Interneto%20svetaini%C5%B3%20prieinamumas/Ataskaitos%20dokumentas.pdf [skatīts 02.07.2023.]; <https://www.lygybe.lt/lt/internetas-ir-negalia-kaip-lietuvai-sekasi-uztikrinti-skaitmenini-prieinamuma-pranesimas> [skatīts 20.06.2023.].

Malinauskas, G., & Kalpokienė, K. (2022) Aš galiu, tik leisk man pačiam spręsti: Pagalba priimant sprendimus atvejo studija. *Socialinis darbas: Patirtis ir metodai = Social Work: Experience and Methods*, 29 (1), 31–34. <https://doi.org/10.7220/2029-5820.29.1.2>

Ruškus, J. (2023) Istorinis teismo sprendimas: pagalba priimant sprendimus išlaisvina iš diskriminacinio teisinio neveiksnumo. *Mano teisės*. <https://manoteises.lt/straipsnis/istorinis-teismo-sprendimas-pagalba-priimant-sprendimus-islaisvina-is-diskriminacinio-teisinio-neveiksnumo/>

UN CRPD – United Nations, Committee on the Rights of Persons with Disabilities (2016) *Concluding observations on the initial report of Lithuania*. https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/treatybodyexternal/TBSearch.aspx?Lang=en&TreatyID=4&CountryID=101&DocTypeID=5

UN CRPD (2023) *Monitoring Commission for the Rights of Persons with Disabilities under the Office of the Equal Opportunities Ombudsman Monitoring Report on the Implementation of the Provisions of the United Nations Convention on the Rights of Persons with Disabilities*. Report approved by the Commission on 25 April 2023, pp. 17–18. https://lygybe.lt/wp-content/uploads/2023/08/Commissions-report-2023_EN.pdf

VTPT prie SAM – Valstybinė teismo psichiatrijos tarnyba prie sveikatos apsaugos ministerijos (2019). *VTPT prie SAM direktorės interviu apie asmens civilinio veiksnio vertinimo pokyčius*

INESA FAUŠA. Personu ar ierobežotu lēmumu pieņemšanas spēju tiesības psihiatrijā Lietuvā

po Lietuvos Respublikos civilinio kodekso pakeitimu 2016 metais [Veselības ministrijas pakļautībā esošā Valsts tiesu psihiatrijas dienesta direktores intervija par civiltiesiskās rīcības spējas novērtēšanas izmaiņām pēc Lietuvas Civiltiesisko kodeksa grozījumiem 2016. gadā]. <https://www.vtpt.lt/naujienos/harum-labores-omnesque-pri-no/>

Pieaugušu cilvēku ar ierobežotām spējām lēmumu pieņemšanas tiesiskais regulējums veselības aprūpē Igaunijā

The legal framework for decision-making in the health care of adults with impaired mental faculties in Estonia

Marī Amosa (*Mari Amos*)

Solvita Olsena

 ID 0000-0003-4540-3711

KOPSAVILKUMS

Šajā rakstā iztirzāts veselības aprūpes lēmumu pieņemšanas tiesiskais regulējums Igaunijā gadījumos, kad pieaugušai personai ir ierobežotas lēmumu pieņemšanas spējas jeb ierobežota lemtspēja. Analizēts Igaunijā pastāvošais rīcībspējas ierobežošanas regulējums, tā civiltiesiskās sekas un aizbildņa iecelšanas kārtība gan materiālo, gan procesuālo tiesību ietvarā. Secīgi raksturota veselības aprūpes lēmumu pieņemšanas kārtība (arī psihiatrijā) gadījumos, kad personai ir noteikts rīcībspējas ierobežojums un kad personai faktiski trūkst spēju pieņemt lēmumus. Autores ir norādījušas, ka Igaunijā netiek regulētas to personu tiesības, kurām ir faktiski ierobežotas spējas un tāpēc ir nepieciešams atbalsts lēmumu pieņemšanā par dažādiem dzīves jautājumiem, arī par veselības aprūpi, un nav paredzēti risinājumi šādu personu aizsardzībai. Izvērtēts, kā Igaunijas Republikas tiesiskajā sistēmā tiek ievēroti starptautiskie cilvēktiesību standarti cilvēku ar invaliditāti aizsardzībai, tpašu uzmanību veltot ANO Konvencijā par personu ar invaliditāti tiesībām noteiktajiem standartiem kopumā un attiecībā uz lēmumu pieņemšanu veselības aprūpē. Nobeigumā ir sniegti juridisku un politisku reformu ieteikumi, kuras nepieciešamas, lai nodrošinātu pieaugušo cilvēku ar garīgiem traucējumiem, tostarp ar invaliditāti, tiesības patstāvīgi vai ar atbalstu pieņemt lēmumus par dažādiem veselības aprūpes jautājumiem.

Atslēgvārdi: pacienta tiesības, lēmumu pieņemšana, lemtspēja, garīgi traucējumi, informētā piekrišana, garīgās veselības aprūpe, rīcībspēja, piespiedu ārstēšana, Igaunija.

SUMMARY

This article describes the legal framework for healthcare decision-making in Estonia in cases where an adult has limited capacity. The author analyses the existing regulation of limited capacity in Estonia, its civil consequences and the procedure for appointing a guardian under both substantive and procedural law, subsequently describing the procedures for making health care decisions, including in the field of psychiatry, in cases where a person has limited active capacity, and the legal framework in cases where a person is *de facto* incapable of making decisions. The author points out that Estonia does not regulate the decision-making of persons who have *de facto* limited capacity and therefore need assistance in making decisions on various life issues, including health care. Furthermore, the state does not provide solutions for the protection of such persons. The author shows how the existing legal system in Estonia respects international human rights standards for the protection of persons with disabilities, with a particular focus on the standards set out in the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities in general and concerning health care decision-making. The paper is concluded with recommendations for legal and policy reforms needed to ensure the rights of adults with mental disabilities, including intellectual disabilities, to make decisions independently or with support on a range of healthcare issues.

Keywords: patients' rights, decision-making, capacity, mental disorders, informed consent, mental health care, active legal capacity, compulsory treatment, Estonia.

Ievads

Raksta mērķis ir, pirmkārt, raksturot Igaunijas Republikas veselības aprūpes tiesību aktos ietvertu regulējumu, kas attiecas uz pieaugušu personu ar garīgiem traucējumiem autonomiju un pilnvērtīgu iesaisti lēmumu par viņu veselības aprūpi pieņemšanā. Rakstā tiek parādīts, kā Igaunijā tiek reglamentēta pieaugušu personu rīcībspēja, kā tiek regulētas informētas piekrišanas tiesības veselības aprūpē un kāda ir lēmumu pieņemšanas kārtība gadījumos, kad pieaugušam cilvēkam ir ierobežotas spējas pieņemt lēmumus. Otrkārt, vēlamies parādīt, kā Igaunijā tiek īstenoti cilvēktiesībās balstītas veselības aprūpes principi, īpašu uzmanību vēršot uz Igaunijas kā ANO Konvencijas par personu ar invaliditāti tiesībām (ANO, 2006) dalībvalsts pienākumiem ievērot to cilvēku tiesības, kuriem ir garīgi traucējumi un invaliditāte. Raksta uzdevums ir veicināt diskusiju par nepieciešamību Igaunijas tiesību aktos ietvertu lēmumu pieņemšanas regulējumu pilnveidot tā, lai tas būtu piemērots cilvēku ar garīgiem traucējumiem autonomijas un pašnoteikšanās tiesību aizsardzībai ne tikai veselības aprūpē, bet arī plašāk.

Vispirms tiks raksturots Igaunijas Republikas tiesību aktos noteiktais pieaugušas personas rīcībspējas ierobežošanas tiesiskais pamats un procesuālā kārtība gadījumos, ja persona garīgu traucējumu dēļ nespēj saprast un vadīt savu rīcību. Secīgi tiks parādīts, kā rīcībspējā ierobežotas personas tiesības tiek īstenotas civilprocesā un administratīvajā procesā. Pēc tam analizēts veselības

aprūpes lēmumu pieņemšanas regulējums. Tas ietver veselības aprūpes lēmumu pieņemšanas regulējuma analīzi gan gadījumos, kad tiesa ir noteikusi personai rīcībspējas ierobežojumu un tiesības pieņemt lēmumus ir ieceltam aizgādnim, gan gadījumos, kad personas spējas pieņemt lēmumus ir būtiski ierobežotas vai persona nav spējīga pieņemt lēmumu, bet rīcībspēja nav ierobežota un ārstniecība ir nepieciešama. Tiks arī raksturots Igaunijas Republikas tiesību aktos ietvertais garīgu traucējumu ārstēšanas procesā pieņemamo lēmumu regulējums, kas ir ietverts speciālā tiesību aktā – Psihiatriskās palīdzības likumā (Riigikogu, 1997). Tiks atspoguļots arī personu ar garīgiem traucējumiem piespiedu ieviešanas iestādēs un piespiedu ārstēšanas tiesiskais regulējums.

Igaunija, tāpat kā citas ES dalībvalstis, arī Latvija, ir ANO Konvencijas par personu ar invaliditāti tiesībām dalībvalsts. Līdz ar to Igaunija ir uzņēmusies saistības mainīt novecojošo un diskriminējošo pieeju cilvēku ar garīgiem traucējumu tiesību ierobežošanā, pārejot uz cilvēktiesībās un atbalstā balstītu pieeju cilvēku ar invaliditāti tiesību īstenošanā. Tāpēc rakstā tiek analizēts, vai un kādā mērā Igaunijas Republikas tiesību aktos ir vai nav ietverts regulējums, lai ievērotu minētajā ANO konvencijā noteiktos cilvēktiesību principus. Īpaša vērība veltīta vienlīdzībai likuma priekšā un pilnīgas tiesībspējas principiem, kuru ievērošana nodrošinātu tiesības ikvienai personai, kurai ir garīgi traucējumi, pieņemt veselības aprūpes lēmumu patstāvīgi vai ar piemērotu atbalstu. Raksta nobeigumā ir sniegti priekšlikumi, kā Igaunijā varētu attīstīt uz cilvēktiesībām balstītu pieeju cilvēku ar garīgiem traucējumiem tiesību aizsardzībai veselības aprūpē un vispārīgi.

Cilvēku ar garīgiem traucējumiem cilvēktiesību ietvara attīstību pēdējos divdesmit gados virza tieši ANO Konvencijas par personu ar invaliditāti tiesībām pieņemšana un ratifikācija visās Eiropas Savienības valstīs un daudz plašāk. Šī konvencija, arī ar tajā paredzēto ANO Personu ar invaliditāti tiesību komitejas (angļu val. *Committee on the Rights of Persons with Disabilities*) īstenoto dalībvalstu uzraudzības mehānisma starpniecību, ir būtiski ietekmējusi tiesību attīstību gan Eiropas reģionā kopumā, gan Eiropas valstīs nacionālā līmenī, arī Latvijā un Lietuvā. Tāpēc Igaunijas Republikas tiesību aktu analīze veikta šajā konvencijā nostiprināto principu ietvarā. Eiropas Padomes līgumi, arī Eiropas *Cilvēka tiesību un pamatbrīvību aizsardzības konvencija* (Eiropas Padome, 1950) un Konvencija par cilvēktiesību un cieņas aizsardzību bioloģijā un medicīnā – Konvencija par cilvēktiesībām un biomedicīnu (Eiropas Padome, 1997), ir vecāki tiesību akti, kuri satur arī cilvēkus ar garīgiem traucējumiem diskriminējošas noteikumus¹. Šo līgumu analīzei kontekstā ar ANO Konvenciju par personu ar

1 Piemēram, Eiropas Cilvēka tiesību un pamatbrīvību aizsardzības konvencijas 5. panta pirmās daļas e punkta normas un Konvencijas par cilvēktiesībām un biomedicīnu 6. panta trešās daļas norma.

invaliditāti tiesībām nepieciešams atsevišķs apskats, tāpēc tā šajā rakstā nav iekļauta. Rakstā nav aplūkota arī lēmumu par medicīnisku līdzekļu piespiedu piemērošana krimināltiesību ietvarā.

Vispārējais personu tiesībspējas un rīcībspējas regulējums Igaunijā

Pieaugušu cilvēku lēmumu pieņemšanas tiesības visās dzīves jomās kopumā, ja vien nav paredzēti izņēmuma gadījumi, piemēram, pacientu tiesību jomā, reglamentē vispārīgās civiltiesību normas par tiesībspēju un rīcībspēju. Tāpēc vispirms tiks raksturots vispārīgais pieaugušu cilvēku tiesībspējas un rīcībspējas materiālo un procesuālo tiesību regulējums Igaunijā.

Igaunijā personas tiesības pašai pieņemt lēmumus nosaka Igaunijas Republikas Civilkodeksa Vispārīgās daļas 8. panta normas. Saskaņā ar šī panta 2. punktā noteikto, personām, kas sasniegušas 18 gadu vecumu (pilngadīgas personas), ir pilnīga rīcībspēja (aktīvā tiesībspēja, igauņu val. *teovõime*). Personām, kuras ir jaunākas par 18 gadiem (nepilngadīgas personas), un personām, kuras garīgas slimības, garīgas atpalcības² vai citu garīgu traucējumu dēļ pastāvīgi nespēj saprast savu rīcību vai to vadīt, ir ierobežota rīcībspēja. (Riigikogu, 2002) Igaunijas Republikas Civilkodeksa Vispārīgās daļas 8. panta 2. punktā arī noteiktas personas veikto darījumu tiesiskās sekas. Proti, pilngadīgas personas ierobežota rīcībspēja ietekmē personas veikto darījumu spēkā esamību tikai tiktāl, ciktāl šī persona nav varējusi saprast vai vadīt savu rīcību. (Riigikogu, 2002) Tātad Igaunijas Republikas civiltiesību normās ir paredzēts, ka pieaugušam cilvēkam var būt ierobežota rīcībspēja garīgas slimības vai citu garīgu traucējumu dēļ, kāpēc cilvēks nespēj saprast un vadīt rīcību. Ja persona ir veikusi civiltiesisku darījumu, bet nav varējusi to saprast vai vadīt savu rīcību, šo darījumu var atzīt par spēkā neesošu.

Igaunijas Republikas Augstākā tiesa 2012. gadā ir publicējusi tieslietu apkopojumu par pieaugušu personu rīcībspējas ierobežošanu un par aizgādņa iecelšanu, kurā norādījusi, ka pieaugušas personas rīcībspēja ir ierobežojama, ja vienlaikus ir konstatējami divi apstākļi:

- 1) personai ir garīga slimība, garīga atpalcība vai citi garīgi traucējumi;
- 2) persona nespēj pastāvīgi saprast vai kontrolēt savu rīcību, t. i., ir rīcībnespējīga, garīgās slimības, garīgās atpalcības vai citu garīgu traucējumu dēļ. (Juur, 2012)

Proti, Augstākā tiesa ir uzvērusi, ka personas nespējai saprast vai kontrolēt rīcību ir jābūt ilgstošai un patstāvīgai, ka jāpastāv un jāpierāda garīgo traucējumu

2 Šāds termins tiek lietots tiesību aktā. Autores norāda, ka šāda novecojuša termina lietošana var būt aizskaroša, bet tiesiskās precizitātes nolūkā šī norma latviešu valodā tiek citēta pēc iespējas tuvāk oriģinālajam tekstam. Korekti būtu lietot jēdzienu "persona ar intelektuālās attīstības traucējumiem".

un to dēļ radušās nespējas saprast vai kontrolēt savu rīcību cēloņsakarība. Tiesa norādījusi, ka ne vienmēr ir jābūt psihiskai slimībai vai garīgai atpalcībai, bet tie var būt arī citi psihiski traucējumi, kuru dēļ psihe ir tik neatgriezeniski traucēta, ka cilvēks nespēj saprast savu rīcību vai tās sekas. Tiesa min šādu piemēru: persona smagas slimības dēļ ir spiesta pastāvīgi lietot pretsāpju līdzekļus, kuru blakusparādības var izraisīt psihiskus traucējumus, personai faktiski neesot garīgi slimai vai vājprātīgai³. (Juur, 2012)

Ierobežotas rīcībspējas tiesas ceļā noteikšanas mērķis, kā atzinusi Igaunijas Republikas Augstākā tiesa lietā Nr. 3-2-1-141-05, ir aizsargāt no tiesiskām saistībām tādu pieaugušu personu, kura ilgstoša garīga vai psihiska stāvokļa dēļ nespēj patstāvīgi veikt ikdienas dzīves darbības un izprast savas gribas izpausmes un lēmumu sekas. Personai, kura vecuma un fiziskās invaliditātes vai citu apstākļu dēļ vienkārši nespēj veikt visas savas ikdienas darbības, bet kuras spēja brīvi noteikt savu gribu nav apšaubāma, rīcībspēja nav ierobežojama. Šādu personu atbalstam ir izveidota sociālo pakalpojumu un sociālo pabalstu sistēma, kurai ir jāsniedz atbalsts, neierobežojot personu. (Riigikohus, 07.12.2005.) Tātad Igaunijas Republikas Augstākās tiesas ieskatā, ierobežojot rīcībspēju, persona ir jāpasargā pati no savas gribas izpausmju tiesiskajām sekām, ja persona garīgu traucējumu dēļ nespēj tikt galā ar ikdienas dzīvi un nespēj izprast savu lēmumu sekas.

Sīkāks personas rīcībspējas ierobežošanas regulējums ir ietverts Igaunijas Republikas Ģimenes tiesību likumā (Riigikogu, 2009). Šī likuma 203. pantā ir noteikts, ka pieteikumu tiesai par rīcībspējas ierobežošanu un aizgādņa (īgaunu val. *eestkostja*) iecelšanu var iesniegt pati persona, tās vecāki, laulātais vai reģistrēts partneris, pilngadīgs bērns vai pašvaldība. Tiesa var ierosināt lietu pēc norādīto personu un arī pēc savas iniciatīvas, ja uzskatāms, ka pilngadīga persona pastāvīgi nespēj izprast savu rīcību vai to vadīt garīgās slimības, garīgās atpalcības vai citu garīgu traucējumu dēļ. Ģimenes tiesību likuma 203. panta otrajā daļā noteiktas arī tiesas tiesības iecelt aizgādni, ja pieņemums par personas nespēju tiesas procesā apstiprinās. Aizgādni paredzēts iecelt tikai to funkciju veikšanai, tas ir, to lēmumu pieņemšanai un rīcībai, kur nepieciešama aizgādība, proti, tajās personas dzīves jomās, kurās pierādīts, ka persona nespēj izprast un vadīt savu rīcību. Vienlaikus 203. panta otrā daļa paredz, ka aizgādība nav nepieciešama, ja pieaugušas personas intereses var aizsargāt ar ģimenes locekļu vai citu personu palīdzību. Aizgādības nodibināšanas procesā tiesa novērtē personas spējas izprast laulības noslēgšanas, paternitātes atzišanas un citas ģimenes tiesību īstenošanas sekas. (Riigikogu, 2009)

3 Šāds termins tiek lietots tiesu praksē. Autores norāda, ka šāda novecojuša termina lietošana ir aizskaroša, bet tiesiskās precizitātes nolūkā šī norma latviešu valodā tiek citēta pēc iespējas tuvāk oriģinālajam tekstam.

Igaunijas Republikas pieņemtais rīcībspējas ierobežošanas regulējums jāvērtē ANO Konvencijas par personu ar invaliditāti tiesībām 12. panta normas ietvarā. Tā pirmā daļa paredz, ka personām ar invaliditāti vienmēr ir tiesības uz tiesībspējas atzišanu, bet panta otrajā daļā ir noteikts, ka dalībvalstis atzīst, ka personām ar invaliditāti līdzvērtīgi ar citiem ir rīcībspēja visās dzīves jomās. (ANO, 2006) Tātad cilvēktiesībās balstīta pieeja nepieļauj personas ar invaliditāti tiesībspējas un rīcībspējas ierobežošanu ilgstošu garīgu traucējumu (kuru dēļ personai piemīt invaliditāte) dēļ. Tiesības uz vienlīdzīgu atzišanu likuma priekšā paredz, ka tiesībspēja un rīcībspēja ir universālas īpašības, kas piemīt visām personām, pamatojoties uz to cilvēcību, un ir jānodrošina personām ar invaliditāti vienlīdzīgi ar citām personām. Tiesībspēja un rīcībspēja ir nepieciešamas, lai īstenotu pilsoniskās, politiskās, ekonomiskās, sociālās un kultūras tiesības. (UN CRPD, 2014) Rīcībspējas ierobežošana secīgi ierobežo personas iespējas īstenot arī citas starptautiskajos vai nacionālajos tiesību aktos noteiktās tiesības, tostarp pieņemt lēmumus par veselības aprūpi. Te gan svarīgi ir atzīmēt, ka Igaunija, ratificējot ANO Konvenciju par personu ar invaliditāti tiesībām, ir pieņēmusi deklarāciju, kurā vienpusēji ir noteikusi, ka Igaunija interpretē šīs konvencijas 12. pantu tā, ka tas neaizliedz uzskatīt personu par personu ar ierobežotu rīcībspēju, ja šāda nepieciešamība izriet no personas nespējas izprast vai kontrolēt savu rīcību. Ierobežojot personas tiesībspēju un rīcībspēju, Igaunija balstās uz valsts tiesību aktiem (Riigikogu, 2012). Tātad Igaunijā pastāv vēsturiskā pieeja rīcībspējas ierobežošanai un nav veiktas tiesību reformas, kas cilvēkiem ar invaliditāti, tāpat kā citiem cilvēkiem, nodrošinātu līdzvērtīgu rīcībspēju visās dzīves jomās.

Apkopojot minēto, jāsecina, ka Igaunijā materiālās civiltiesību normas paredz, ka tiesa var patstāvīgi noteikt rīcībspējas ierobežojumu pieaugušiem cilvēkiem, kuriem ir garīgi traucējumi un kuri nespēj pieņemt lēmumus. Tiesai ir dotas tiesības iecelt aizgādni, kuram saskaņā ar Igaunijas Republikas Ģimenes tiesību likuma 203. panta trešo daļu ir tiesības pieņemt lēmumus aizgādībā esošas personas vietā un vārdā. (Riigikogu, 2009) Minētais skaidri parāda, ka Igaunijas Republikas tiesību aktos ir nostiprināta aizvietotā lēmumu pieņemšana (angļu val. *substitute decision making*). Šī ir sen zināma un ilgstoša civiltiesiska pieeja daudzās valstīs, ne tikai Igaunijā. Tā no mūsdienu cilvēktiesību skatpunkta vairs netiek uzskatīta par pieļaujamu tāpēc, ka diskriminē personas ar invaliditāti, īpaši tās, kurām ir psihosociāla invaliditāte. Aizvietotās lēmumu pieņemšanas sistēmā netiek atzīts, ka ikvienam pieaugušajam piemīt spēja pieņemt lēmumus par savas dzīves jautājumiem. Igaunijas Republikas tiesību aktos nav ietverts materiāltiesisks regulējums situācijās, kad persona ar garīgiem traucējumiem ir ierobežota spējās pieņemt lēmumus un rīkoties, bet nav šīs spējas pilnībā zaudējusi un tāpēc varētu pieņemt dažus vai visus lēmumus un rīkoties, saņemot mērķētu un piemērotu atbalstu.

Rīcībspējas ierobežošanas procesuālie aspekti

Pilngadīga cilvēka rīcībspējas ierobežošanas un aizgādņa iecelšanas procesuālās tiesības ir reglamentētas Igaunijas Republikas Civilprocesa kodeksā (Riigikogu, 2005). Saskaņā ar Civilprocesa kodeksa 552. pantā noteikto, ja tiesai ir informācija vai pamats uzskatīt, ka persona cieš no garīgas vai iedzimtas slimības, tiesa parasti uzdod veikt ekspertīzi vienam ekspertam (tas var būt tikai psihiatrs). Sarežģītākās lietās tiesa var uzdot ekspertīzi veikt ekspertu komisijai – tajā ir gan psihiatrs, gan citas personas ar speciālām zināšanām. Eksperta un ekspertu komisijas uzdevums ir dot atzinumu par to, vai personai ir nepieciešams iecelt aizgādni. Ekspertam vai komisijai, pirms sniegt atzinumu, ir persona klātienē jāizjautā un jāizmeklē. Personai ir pienākums ierasties pie eksperta, bet, ja persona neierodas, viņu var atvest piespiedu kārtā. Uzklaušijusi ekspertus, tiesa var izdot lēmumu par personas ievietošanu slēgtā iestādē uz laiku līdz vienam mēnesim (var pagarināt līdz trim mēnešiem), ja tas nepieciešams ekspertīzes veikšanai. (Riigikogu, 2005) Tātad jau personas rīcībspējas ierobežošanas procesā tiek pieļauta personas brīvības ierobežošana. Šeit raksturtais rīcībspējas ierobežošanas procesuālais ietvars labi ataino biomedicīnisko pieeju personas tiesību ierobežojumu noteikšanā, proti, psihiatram vai komisijas speciālistiem, ja tāda komisija ir nozīmēta, ir jānosaka gan garīgu traucējumu eksistence, gan jādod atzinums par personas spējām, gan jānosaka nepieciešamība iecelt aizgādni, kam ir tiesības rīkoties personas vārdā.

Personai, kuras rīcībspēja tiek pārbaudīta tiesā, ir tiesības piedalīties tiesvedībā kā procesa dalībniekam. Šīs tiesības ir noteiktas Igaunijas Republikas Civilprocesa kodeksa 525. pantā, kas paredz, ka tiesai ir pienākums nodrošināt personai, kurai tiek prasīta aizgādība, tiesības tikt uzklaušītai un tiesības piedalīties apstākļu noskaidrošanā. Personai ir tiesības iepazīties ar eksperta atzinumā vai personas veselības stāvokli atspoguļojošos dokumentos sniegto novērtējumu, tiesības uz iespējamā aizgādņa izvēli un ieskatu par aizgādņim nosakāmo pienākumu apjomu. Saskaņā ar šī kodeksa 524. pantā noteikto personu, par kuru iesniegts pieteikums, uzklauš vispirms. Tiesa uzklauš personu ierastā vidē, ja persona to lūdz vai tiesa uzskata, ka tas ir nepieciešams lietas interesēs, un persona neiebilst. Lai uzklaušītu personu, tiesa var piesaistīt psihiatru, psihologu vai sociālo darbinieku. Ja persona pieprasa, klāt var būt viņas izvēlēts ārsts. Ja persona neiebilst, klāt var būt arī citas personas. Tomēr saskaņā ar 524. panta piektajā daļā noteikto tiesai ir tiesības neuzklaušīt personu, par kuras rīcībspējas ierobežojumu tiek spriests, ja, pamatojoties uz dokumentiem par personas veselības stāvokli vai kompetentu ārstu atzinumu, uzklauššana var radīt nevēlamas sekas personas veselībai. Personu var neuzklaušīt arī tad, ja tiesa ir pārliecināta, ka persona nespēj izrādīt savu gribu. (Riigikogu, 2005)

Saskaņā ar Civilprocesa kodeksa 531. pantu, lēmums, ar kuru tiesa ieceļ aizgādni, ar kuru pagarina iecelšanas termiņu vai maina aizgādņa pienākumu

apjomu, stājas spēkā un ir izpildāms no brīža, kad lēmums paziņots aizgādnim. Civiltiesu kodeksa 381. pants noteic, ka tas pats princips attiecas arī uz gadījumiem, ja personu ievieto slēgtā iestādē, – visus procesuālos dokumentus var izsniegt tikai pārstāvim vai aizgādnim. Tas nozīmē, ka personas rīcībspēja ir ierobežota, tiklīdz aizgādnim ir paziņots lēmums. Netiek paredzēts, ka pašai personai ir jāsaņem lēmums par rīcībspējas ierobežošanu vai viņas ievietošanu slēgtā iestādē. Lai gan 531. pantā ir skaidri noteikts, ka tiesai par lēmumu, ar kuru tā pabeidz tiesiskās aizgādības procesu, ir jāpaziņo arī personai, par kuras rīcībspēju ir pieņemts lēmums, tiesai nav obligāti jāpaziņo personai lēmuma pamatojums. Tas tāpēc, ka 531. panta norma paredz, ka, pamatojoties uz dokumentiem, kas atspoguļo aizgādībā esošas personas veselības stāvokli, vai pamatojoties uz eksperta atzinumu, ka lēmuma paziņošana var būtiski kaitēt aizgādībā esošas personas veselībai, tiesa var lēmuma pamatojumu personai pašai nepaziņot. Ja persona atrodas brīvības atņemšanas iestādē, ārstniecības iestādē, aprūpes iestādē vai citā līdzīgā iestādē vai institūcijā, tiesa par lēmumu paziņo arī šai iestādei vai institūcijai. (Riigikogu, 2005)

Personai, kuras rīcībspēju vērtē tiesa, nav pienākums sadarboties ar tiesu. Proti, personai nav aktīvi jāpierāda, ka viņai nepiemīt garīgi traucējumi vai tas, ka viņa saprot un spēj pieņemt lēmumus. Pienākums pierādīt to, ka personai ir ierobežojama rīcībspēja un piemīt tādi traucējumi, kas pieļauj rīcībspējas ierobežojumu, ir pusei, kura prasa ierobežojumu. Igaunijas Republikas Augstākā tiesa ir norādījusi, ka personas atteikumu sadarboties ar tiesu nevar uzskatīt par pamatu garīgu traucējumu atzīšanai. Personai nav pienākuma sadarboties, lai viņai diagnosticētu garīgus traucējumus, un viņai nav arī jāpierāda, ka tai nav garīgi traucējumi. Visas šaubas ir jāvērtē par labu personai, t. i., šādos gadījumos tiek uzskatīts, ka garīgi traucējumi nav diagnosticēti. (Riigikohus, 19.02.2014.)

Tiesai vismaz reizi piecos gados ir jāpārbauda, vai aizgādības turpināšana ir nepieciešama personas interešu aizsardzībai un vai pastāv pamats paplašināt vai sašaurināt aizgādņa pienākumus. Par to tiesa izdod jaunu lēmumu. (Riigikogu, 2005)

Aizgādņa iecelšana un aizgādņa tiesību apjoms un ietvars

Saskaņā ar Igaunijas Republikas Civiltiesu kodeksa Vispārīgās daļas 8. panta trešajā punktā noteikto, personas rīcībspēja *de iure* ir ierobežota tikai tad, kad tiesa ir iecēlusi aizgādni. (Riigikogu, 2002.) Personai, kurai tiesa ir ierobežojusi rīcībspēju un iecēlusi aizgādni, patstāvīgas tiesības rīkoties ir būtiski ierobežotas. Raksturojot tiesību ierobežošanas apjomu un aizgādņa tiesības rīkoties ierobežotās personas vārdā, jāvadās pēc Civiltiesu kodeksa Vispārīgās daļas 8. panta trešajā punktā noteiktā, ka personas rīcībspējas ierobežojums vai tā apjoms ir analoģisks tiesas noteiktajām aizgādņa tiesībām rīkoties personas vārdā un šo

tiesību apjomam. (Riigikogu, 2002) Saskaņā ar Igaunijas Republikas Civilprocesa kodeksa 532. pantu personai pašai saglabājas tikai tiesības pārsūdzēt tiesas nolēmumus par aizgādņa iecelšanu vai atteikumu iecelt aizgādni, par aizgādības izbeigšanu, aizgādņa darbības apjoma maiņu un citus ar aizgādību saistītus lēmumus. (Riigikogu, 2005) Pārējos lēmumus ierobežotās personas vārdā tiesas noteiktā apjomā pieņem un īsteno ieceltais aizgādnis.

Igaunijas Republikas Augstākā tiesa ir uzsvērusi, ka, iecelot personai aizgādni, saskaņā ar Civilprocesa likuma 526. panta otrās daļas 3. un 4. punkta noteikumiem tiesai ir jānorāda aizgādņa uzdevumi, kā arī tas, vai un kādus darījumus persona ar ierobežotu rīcībspēju var veikt bez aizgādņa piekrišanas. Tiesa pieļauj, ka atsevišķos gadījumos personas rīcībspēja var būt tik ļoti ierobežota, ka ir nepieciešama aizgādība visās dzīves jomās un aizgādnis ir jāieceļ visu personas lietu pārvaldīšanai. Tas ir jānorāda tiesas lēmumā. (Riigikohus, 07.12.2005.) Lai gan Igaunijas Republikas tiesību akti ļauj iecelt aizbildni gadījumos, kad persona garīgās veselības stāvokļa dēļ nespēj izprast savu lēmumu nozīmi un rīkoties saprātīgi, un noteic, ka gadījumos, kad persona spēj izprast savu darbību nozīmi un spēj tās kontrolēt, personas rīcībspēju nav nepieciešams ierobežot, prakse liecina, ka vairumā gadījumu ir tendence iecelt aizbildni ar tiesībām pieņemt lēmumus visos dzīves aspektos. (Juur, 2012)

Igaunijas Republikas Augstākās tiesas salīdzinoši sen (2007. gadā) izdotā pārskatā ir apkopoti nosacījumi par aizgādņa iecelšanu pilngadīgai personai ar ierobežotu rīcībspēju:

- 1) persona, kas iecelta par aizgādni, ir aizbilstamā tuvs radnieks (vecāks vai bērns) un vēlas rūpēties par aizbilstamo un aizsargāt viņa tiesības, kā arī ir organizējusi aizbilstamā aprūpi un pārvaldību;
- 2) persona, kuru iecel par aizgādni, ir apliecinājusi tiesai nepieciešamo spēju esamību un savu piekrišanu kļūt par aizgādni;
- 3) aizgādības iestāde ir iesniegusi atzinumu, ka personai, kuru iecel par aizbildni, ir labas un uzticības pilnas attiecības ar aizgādībā esošo personu un ka šī persona, ņemot vērā tās izglītību un dzīves pieredzi, ir piemērota aizgādņa pienākumu veikšanai;
- 4) persona pati lūdz iecelt attiecīgo personu par aizgādni;
- 5) aizgādnis apliecinā, ka viņam ir sociālā darba pieredze un citas kvalifikācijas. (Riigikohus, 2007)

Personas tiesības piedalīties lēmumu pieņemšanā kopā ar aizgādni ir ierobežotas. Ģimenes tiesību likuma 179. panta ceturtajā daļā ir noteikts, ka aizgādņim jānoskaidro un jāņem vērā personas viedoklis, ja tas ir lietderīgi. Ja aizgādnis personas viedokli neņem vērā vai uzskata, ka tā noskaidrošana nav lietderīga, persona tiek pakļauta aizgādņa pieņemtajiem lēmumiem. (Riigikogu, 2009)

Tiesiskās sekas darījumiem, kurus veikusi persona ar ierobežotu rīcībspēju, noteiktas Civilkodeksa Vispārīgās daļas 10. un 11. pantā. Vienpusējs darījums,

ko persona ar ierobežotu rīcībspēju veic bez likumiskā pārstāvja piekrišanas, nav spēkā esošs. Savukārt divpusējs darījums nav spēkā tad, ja to nav apstiprinājis personas aizgādnis. Ja personas rīcībspējas ierobežojums vairs nepastāv, persona pati var apstiprināt darījumu. (Riigikogu, 2002) Tomēr ir paredzēti izņēmumi, kad darījums, kuru veikusi persona ar ierobežotu rīcībspēju, ir spēkā bez pārstāvja piekrišanas vai vēlākas apstiprināšanas. Tie ir: ja no darījuma personai neizriet civiltiesiskas saistības vai ja persona ir izmantojusi darījumam līdzekļus, kurus tai piešķīris aizgādnis vai trešā persona ar aizgādņa piekrišanu (Riigikogu, 2002).

Savukārt Civilkodeksa Vispārīgās daļas 13. pantā ir noteiktas sekas darījumiem, kurus persona veikusi īslaicīgu garīgo traucējumu vai citu apstākļu ietekmē, kas liedza tai novērtēt darījuma ietekmi uz savām interesēm un tā sekas (personai bijusi traucēta spēja pieņemt lēmumus). Šādos gadījumos darījums nav spēkā, ja vien šī persona to neapstiprina pēc tam, kad traucējumi vai apstākļi vairs nepastāv. Otra darījuma puse var aicināt personu apstiprināt darījumu. Ja persona neatsakās no priekšlikuma, tiek uzskatīts, ka darījums ir apstiprināts. Turpat ir noteikts, ka gadījumos, ja personai bijuši traucējumi vai apstākļi, kas traucējuši pieņemt lēmumu, bet tā ir veikusi sev acīmredzami nelabvēlīgu darījumu, tiek prezumēts, ka personas spēja pieņemt lēmumus bijusi ierobežota. (Riigikogu, 2002)

Tātad visos gadījumos, kad persona pati ir veikusi civiltiesiskus darījumus, būdama *de iure* ierobežota rīcībspējā vai faktiski ierobežota, darījumu spēkā esamību risina saskaņā ar Civilkodeksa Vispārīgās daļas 13. pantā noteikto kārtību.

Personu ar ierobežotu rīcībspēju civilo un administratīvo tiesību īstenošanas iespējas

Ja personas rīcībspēju ir ierobežojusi tiesa, viņai ir ierobežotas iespējas pastāvīgi piedalīties un pārstāvēt sevi dažādos tiesību aizsardzības procesos. Saskaņā ar Igaunijas Republikas Civilprocesa kodeksa 202. panta otrajā punktā noteikto vispārīgi personām ar ierobežotu rīcībspēju nav civilprocesuālas rīcībspējas, izņemot gadījumus, ja rīcībspējas ierobežojums neattiecas uz civilprocesuālu tiesību īstenošanu vai civilprocesuālu pienākumu izpildi. (Riigikogu, 2005) Tiesa var atļaut piedalīties tiesvedībā arī personai, kurai nav rīcībspējas civilprocesa vajadzībām, ja šāds ierobežojums apdraud tiesvedībai būtiskas intereses. Šajā gadījumā tiesa nosaka termiņu pārstāvja iecelšanai. Civilprocesa kodeksa 318. panta 1. punktā noteikts, ka visus procesuālos dokumentus var izsniegt tikai personas pārstāvim, bet ne personai pašai. (Riigikogu, 2005)

Pilngadīgai personai ar ierobežotu rīcībspēju saskaņā ar Civilprocesa kodeksa 202. panta 4. punktu ir tiesības rīkoties civilprocesā attiecībā uz aizgādības tiesību noteikšanu (Riigikogu, 2005), bet ne vispārīgi. Ja civilprocesuālā kārtībā

tiek izskatīta lieta par personas ievietošanu slēgtā iestādē, personai ir civilprocesa āla rīcībspēja neatkarīgi no tā, vai tās rīcībspēja ir vai nav ierobežota, ja vien persona ir vismaz 14 gadu veca. (Riigikogu, 2005)

Administratīvajās tiesībās, ja tiesa skata lietu par pilngadīgas personas piespiedu ierobežošanu, piemērojamais regulējums ir atšķirīgs. Igaunijas Republikas Administratīvā tiesas procesa kodeksa 25. pantā noteikts, ka personai ar ierobežotu rīcībspēju nav aktīvas rīcībspējas. (Riigikogu, 2011) Saskaņā ar šī likuma 26. pantu tiesa neļauj personai ar ierobežotu rīcībspēju piedalīties tiesvedībā rīcībspējas trūkuma dēļ. Arī tad, ja persona pati vēlas iesniegt tiesai iesniegumus un lūgumus, tiesa atsakās tos izskatīt, ja vien personas aizgādnis tos neapstiprina tiesas noteiktā termiņā. Saskaņā ar minētā likuma 74. pantu tiesas dokuments tiek uzskatīts par personai izsniegtu, ja tas izsniegts personas pārstāvim. (Riigikogu, 2011) Likums neparedz izsniegt lēmumu personai pašai. Tas nozīmē, ka persona ar ierobežotu rīcībspēju var pat nezināt, ka par viņas tiesībām ir notikusi administratīvā tiesvedība.

Pacientu ar garīgiem traucējumiem tiesību regulējums Igaunijā

Pacientu tiesības un veselības aprūpes pakalpojumu līgumtiesības Igaunijā reglamentē civiltiesības, tās ir noteiktas Igaunijas Republikas Saistību tiesību likuma 41. nodaļā (Riigikogu, 2001). Pacientu tiesību jomā procesuālās tiesības Igaunijā tiek noteiktas saskaņā ar Civilprocesa kodeksu. Tāpēc personām, kurām tiesa ir noteikusi rīcībspējas ierobežojumus, saskaņā ar šī kodeksa 202. panta 2. punktu nav patstāvīgas procesuālas rīcībspējas pacientu tiesību jomā. (Riigikogu, 2005) Ģimenes tiesību likuma 206. pants paredz, ka aizgādnim ir pienākums personai ar ierobežotu rīcībspēju nodrošināt tiesības nepieciešamajā apmērā saņemt veselības aprūpes un sociālos pakalpojumus. (Riigikogu, 2009)

Veselības aprūpes pakalpojumi Igaunijā tiek sniegti, pamatojoties uz civiltiesisku līgumu, kuru slēdz pacients un veselības aprūpes iestāde saskaņā ar Saistību tiesību likuma (Riigikogu, 2001) 758. pantā noteiktu kārtību. Lai noslēgtu šādu līgumu, pacientam ir jābūt ne tikai *de iure* rīcībspējīgam līgumu slēgšanas jomā, bet arī *de facto* spējīgam slēgt attiecīgo līgumu. Saistību tiesību likuma 759. panta norma paredz un prezumē līgumisko attiecību par veselības aprūpes pakalpojumiem pastāvēšanu arī gadījumos, kad veselības aprūpes pakalpojuma sniegšana ir uzsākta, un gadījumos, kad pacients nespēj paust un īstenot gribu, arī pieņemot lēmumus. Šajā pantā ir noteikts: “Līgums par veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu tiek uzskatīts par noslēgtu arī tad, ja ir uzsākta šo veselības aprūpes pakalpojumu sniegšana vai uzņemšanās tos sniegt, balstoties uz pacienta piekrišanu, kā arī gadījumos, kad veselības aprūpes pakalpojumu sniegšana pacientam, kurš nespēj īstenot savu gribu, atbilst viņa faktiskajai vai domājamajai gribai.” (Riigikogu, 2001)

Igaunijas Republikas Saistību tiesību likuma 766. pantā ir noteiktas pacienta tiesības saņemt informāciju un ārstniecības personu un iestāžu pienākums to sniegt, kā arī ārstniecības pakalpojumu piedāvātāja pienākums saņemt pacienta informēto piekrišanu izmeklēšanai un veselības aprūpes pakalpojumu saņemšanai. Turpat ir noteikts, ka pacients var arī atsaukt iepriekš dotu piekrišanu. (Riigikogu, 2001)

Ja pacientam ir tiesas ierobežota rīcībspēja, saskaņā ar Saistību tiesību likuma 766. pantu tiesības saņemt informāciju un dot piekrišanu ir pacienta likumiskajam pārstāvim, tas ir, tiesas ieceltam aizgādņim, kamēr pacients nespēj atbildīgi izvērtēt visas piedāvātās ārstēšanas priekšrocības un riskus. Pacients pats tiek informēts par ārstēšanas apstākļiem un drīkst saņemt informāciju saprātīgā apmērā. Turpat arī noteikts, ka ārstniecības personai ir jāvērtē aizgādņa lēmumi pacienta interešu vārdā. Ja ārstniecības persona uzskata, ka pacienta likumiskā pārstāvja lēmums kaitē pacienta interesēm, veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējam ir aizliegts šo lēmumu īstenot. (Riigikogu, 2001)

Igaunijas Republikas Saistību tiesību likumā tiek reglamentēta arī tāda ārstniecība, kas nav vispāratzīta, taču ir pieļaujama, piemēram, *off-label* medikamentu lietošana. Šādos gadījumos saskaņā ar likuma 763. pantu pacienta ar ierobežotu rīcībspēju likumiskais pārstāvis pacienta vārdā var dot piekrišanu izmantot profilakses, diagnostikas vai ārstēšanas metodes, kas nav vispāratzītas, ja pacients nespēj izvērtēt visus par un pret. Vispārēji neatzīti metodes pacienta, kuram nav rīcībspējas īstenot savu gribu, ārstēšanā var izmantot bez pacienta vai viņa pārstāvja piekrišanas gadījumos, ja šādas metodes neizmantošana apdraud pacienta dzīvību vai var būtiski kaitēt viņa veselībai. (Riigikogu, 2001)

Saskaņā ar šeit aprakstīto kārtību personām, kurām ir ierobežota rīcībspēja un iecelts aizgādņis, netiek nodrošinātas tiesības pieņemt lēmumus par ārstniecības jautājumiem, tos pieņem aizgādņis personas vietā. Aizgādņis ir tiesīgs lemt par dažādiem ārstniecības jautājumiem, arī par ārstniecību psihiatriskajā slimnīcā un par personas reprodūktīvajām tiesībām, tostarp par abortu vai sterilizāciju.

Veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu pacientiem, kuri nav spējīgi īstenot savu gribu, reglamentē Igaunijas Republikas Saistību tiesību likuma 767. pants. Tas paredz, ka gadījumos, kad pacients ir bezsamaņā vai nespēj īstenot savu gribu cita iemesla dēļ, ja viņam nav likumiskā pārstāvja vai viņa likumiskais pārstāvis nav sasniedzams, veselības aprūpes pakalpojumu sniegšana ir atļauta bez pacienta piekrišanas, ja tas atbilst pacienta interesēm un viņa iepriekš izteiktajai vai domājamajai gribai un ja tūlītēja veselības aprūpes pakalpojumu nesniegšana apdraud pacienta dzīvību vai būtiski kaitē viņa veselībai. Pacienta iepriekš izteikto gribu vai potenciālo izvēli, ja iespējams, noskaidro, izmantojot pacienta tuvāko radnieku palīdzību. Ja konkrētajos apstākļos ir iespējams, par pacienta veselības stāvokli, veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu un ar to saistītajiem riskiem informē pacienta tuvākos radniekus. (Riigikogu, 2001)

Igaunijā nav izstrādāts tiesiskais regulējums gadījumiem, kad pacients daļēji spēj paust savu gribu un pieņemt lēmumus. Pašreizējais regulējums balstās uz pieņēmumu, ka persona vai nu ir rīcībspējīga, vai arī pilnībā nespējīga to darīt. Igaunijas Republikas tiesību aktos nav noteikta kārtība, kā pacientam ar ierobežotām spējām nodrošināt tiesības pieņemt lēmumus, saņemot atbalstu.

Ja tiesa ir ierobežojusi personas rīcībspēju, Igaunijas Republikas Iedzīvotāju reģistrā tiek ievadīti dati par šo ierobežojumu. (Riigikogu, 2017) Reģistrā ir norādīts ierobežojumu apjoms, tas var būt arī attiecināts uz veselības aprūpes jomu, citām jomām. Rīcībspēja var būt ierobežota arī pilnībā. Saņemt datus no reģistra atļauts, ja pieteikumu iesniedz persona, arī ārstniecības iestāde, norādot, ka tie nepieciešami citas personas dzīvības, veselības, tiesību un brīvību aizsardzības interesēs. (Riigikogu, 2017) Tātad ārstniecības iestādes datus par personas rīcībspējas ierobežojumu var saņemt no Iedzīvotāju reģistra. Papildus tam Igaunijā ārstniecības iestādes datus par personas ierobežotu rīcībspēju var iegūt arī no Veselības informācijas sistēmas. Saskaņā ar Igaunijas Republikas Veselības informācijas sistēmas nolikuma 6.1. pantu no Iedzīvotāju reģistra informācija par personas pārstāvības tiesībām, aizgādības tiesībām, aizbildnību un rīcībspēju tiek nodota Veselības informācijas sistēmai. Bet šī paša nolikuma 7. pants paredz, ka veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējam ir piekļuve personas datiem informācijas sistēmā, lai plānotu veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu, noslēgtu un pildītu pakalpojumu sniegšanas līgumu. (Riigikogu, 2016)

Veselības informācijas sistēmā datu subjektam ir tiesības, izmantojot tiešsaistes vidi, veikt dažādas darbības, tostarp norādīt kontaktpersonu, piešķirt vai liegt piekļuvi veselības datiem, izteikt piekrišanu nāves gadījumā ziedot orgānus vai audus transplantācijai, atļaut sava ķermeņa izmantošanu pēc nāves izglītības un pētniecības nolūkos, atļaut asins pārliešanu, ļaut apskatīt un mainīt datus, pilnvarot personu iegādāties recepšu zāles, valsts digitālajā reģistrā reģistrēt vai mainīt apmeklējuma laiku un vēl citas darbības. Saskaņā ar Veselības informācijas sistēmas nolikumu personām ar ierobežotu rīcībspēju pašām nav tiesību īstenot savas tiesības rīkoties ar veselības datiem un veikt darbības Veselības informācijas sistēmā. Nolikums paredz, ka ierobežotas personas tiesības īsteno personas likumiskais pārstāvis jeb aizgādnis. (Riigikogu, 2016) Tātad Igaunijā personai ieceltais aizgādnis ir tiesīgs īstenot visas datu izmantošanas tiesības, arī sensitīvas, piemēram, dot atļauju pēc nāves izmantot orgānus.

Zināms, ka Igaunijā, tāpat kā ikvienā citā valstī, ir ne mazums cilvēku, kuriem dažādu iemeslu dēļ ir ierobežotas spējas izvēlēties ārstniecības iestādes un to sniegtos pakalpojumus, ir ierobežotas spējas patstāvīgi pieņemt lēmumus par ārstēšanu un rīkoties, lai nodrošinātu savas pacienta tiesības, taču kuri nav ne pilnībā rīcībspējīgi, ne pilnībā rīcībnespējīgi. Likumdevējam būtu jāplāno grozījumi tiesību aktos, kuri reglamentētu, kā šādas personas var īstenot lēmumu pieņemšanu un kā nodrošināt šādu personu tiesību aizsardzību. Ārstniecības

iestādēm būtu jāpiedāvā risinājumi šīs grupas pacientu tiesību aizsardzībai, jāparedz pacientu atbalsta risinājumi, tādējādi panākot, ka personas ar ierobežotām spējām var pieņemt lēmumus un saņemt nepieciešamos veselības aprūpes pakalpojumus.

Lai raksturotu faktisko situāciju Igaunijā un to, kā slimnīcās nodrošina pacientu ar ierobežotām spējām aizsardzību, šī raksta autores izskatīja 17 Igaunijas slimnīcu mājaslapās publicēto informāciju par pacientu tiesībām un to īstenošanu. Tika izvērtēta informācija par lēmumu pieņemšanu gan vispārīgi, gan saistībā ar pacientiem, kuriem varētu būt ierobežotas spējas pieņemt lēmumus vai kuriem tiesa ierobežojusi rīcībspēju. Aptuveni puse slimnīcu nenorāda informāciju un ieteikumus attiecībā uz pacientiem, kuriem ir ierobežota rīcībspēja un tāpēc ir iecelts aizgādnis, vai attiecībā uz pacientiem, kuriem ir grūtības pieņemt lēmumus. Ir slimnīcas, kuru noteikumos ir iekļauta aizvietojošā lēmumu pieņemšana un kuras norāda, ka aizgādnis var saņemt informāciju, var dot piekrišanu ārstēšanai un pārtraukt to. Tikai Viljandi slimnīcas mājaslapā norādīts, ka tajā tiek vērtēta pacienta spēja saņemt informāciju un pieņemt lēmumu un atbilstoši šīm spējām tiek sniegta informācija.

Tātad Igaunijā ar personas rīcībspēju parasti saprot personas spēju neatkarīgi un patstāvīgi veikt dažādas tiesiski saistošas darbības, galvenokārt veikt tiesiskus darījumus, piemēram, slēgt līgumus, pārdot vai pirkt īpašumu, piekrist noslēgt laulību un pieņemt lēmumus par ārstniecību, arī atteikties no ārstēšanas. Pilna rīcībspēja visās dzīves jomās, arī veselības aprūpes jautājumos, piemīt pieaugušiem cilvēkiem, tas ir, tiem, kuriem ir 18 un vairāk gadu. Pieaugušiem cilvēkiem, ja tie garīgas slimības dēļ nespēj izprast un vadīt savu rīcību, tiesa var noteikt rīcībspējas ierobežojumu daļēji vai pilnībā. Šādos gadījumos tiesa ieceļ aizgādni, kuram ir tiesības rīkoties personas vārdā un interesēs. Ja pieaugušajam ir ierobežota rīcībspēja, veselības aprūpes lēmumus viņa vietā pieņem aizgādnis. Igaunijā netiek regulētas personas tiesības pieņemt lēmumus gadījumos, ja persona nav pilnībā rīcībnespējīga, bet viņai ir grūtības pieņemt lēmumus un tāpēc ir nepieciešams mērķēts atbalsts lēmumu pieņemšanā. Neatliekamās situācijās ārstēšana ir atļauta bez piekrišanas, ja tā nepieciešama dzīvības glābšanai vai būtiska kaitējuma novēršanai. Igaunijā pastāvošā sistēma ir balstīta uz aizvietotās lēmumu pieņemšanas modeli, proti, par cilvēka veselības aprūpes jautājumiem izlemj cita persona. Atbalstītā lēmumu pieņemšana Igaunijā netiek reglamentēta un izmantota.

Personas ārstēšana psihiatriskajā slimnīcā, piespiedu ārstēšana un piespiedu ievietošana slēgtā iestādē

Pieaugušu un nepilngadīgu personu ar garīgiem traucējumiem ievietošanas un ārstēšanas psihiatriskajā slimnīcā tiesiskais regulējums ir ietverts Igaunijas

Republikas Psihiatriskās palīdzības likumā (Riigikogu, 1997). Šī likuma 3. panta otrajā daļā gan noteikts, ka attiecībā uz lēmumu pieņemšanu par ārstēšanu ir piemērojamas Saistību tiesību likuma nodaļas “Pacientu tiesības” normas. Tātad lēmumi par ārstēšanos psihiatriskajā slimnīcā tiek pieņemti tādā pašā kārtībā kā vispārējie veselības aprūpes lēmumi. Proti, lēmumus par ārstēšanu pacients pieņem pats, izņemot gadījumos, kad viņam ir ierobežota rīcībspēja. Tad saskaņā ar Saistību tiesību likuma 766. panta ceturtajā daļā ietvertu regulējumu tiesības pieņemt lēmumus ir pacienta aizgādnim tajā apmērā, kādā pacients pats nespēj izvērtēt ārstēšanas priekšrocības un riskus. Pacientam ir tiesības būt informētam par ārstēšanas apstākļiem un lēmumiem. Igaunijā pacienta aizgādnim ir tiesības pacienta vārdā piekrist ārstēšanai, arī tādai, kuru pacients nevēlas saņemt un kura tāpēc ir jāpieņem piespiedu kārtā. (Riigikogu, 2001)

Saskaņā ar Psihiatriskās palīdzības likuma 11. panta pirmajā daļā noteikto persona tiek ievietota slimnīcas psihiatriskajā nodaļā ārstēšanai piespiedu veidā bez personas vai tās likumiskā pārstāvja piekrišanas vai ārstēšana tiek turpināta neatkarīgi no personas izteiktas gribas tikai tad, ja vienlaikus pastāv šādi apstākļi:

- 1) personai ir smagi garīgi traucējumi, kas ierobežo tās spēju saprast vai kontrolēt savu uzvedību;
- 2) neārstējoties slimnīcā, persona garīgo traucējumu dēļ apdraud savu vai citu cilvēku dzīvību, veselību vai drošību;
- 3) cita veida psihiatriskā palīdzība nav pamatota vai nedod rezultātu.

(Riigikogu, 1997)

Igaunijas Republikas Civilprocesa kodeksa 54. nodaļā ir noteikta kārtība, kādā pieaugušu personu var ievietot slēgtā iestādē, visbiežāk psihiatriskajā slimnīcā, bet tiesiskais regulējums pieļauj arī ievietošanu citās slēgtās iestādēs. Tā ir personas brīvības ierobežošana ar mērķi aizsargāt pašu personu vai citas personas. Civilprocesa kodeksa 534. pantā noteikts, ka personu var ievietot slēgtā iestādē, ja ir konstatējami piespiedu ievietošanas apstākļi (sk. iepriekš) un kavēšanās var apdraudēt pašu personu vai citas personas. Apstākļu pastāvēšana ir jāapliecina ar dokumentāriem pierādījumiem par personas veselības stāvokli. Lai personu ievietotu slēgta tipa iestādē, ir jāiesniedz pieteikums tiesā, kura izvērtēs šāda aizsardzības pasākuma nepieciešamību. (Riigikogu, 2005) Parastā tiesvedībā saskaņā ar Civilprocesa kodeksa 536. pantu persona ir jāuzklausa, vēlams – ierastajā vidē. Tiesai nav jāuzklausa pati persona vai citas personas, ja ievietošanas nepieciešamību var izvērtēt pēc dokumentiem, kā arī tad, ja ierobežojamās personas uzklauššana var kaitēt šīs personas veselībai, kā arī gadījumos, kad persona nespēj paust savu gribu. Šāds pagaidu aizsardzības pasākums var tikt noteikts uz četrām dienām, bet pēc personas uzklauššanas tas var tikt pagarināts līdz 40 dienām, ja nepieciešams psihiatra vai cita ārsta atzinums. Tiesa var pieņemt lēmumu ievietot personu slēgtā iestādē tikai tad, ja ir saņemts

eksperta atzinums, kurā pēc personas iztaujāšanas un izmeklēšanas ir sniegta prognoze par apdraudējumu, ko persona rada. Kopējais piespiedu ievietošanas laiks nedrīkst pārsniegt gadu. Pati persona ir tiesīga pārsūdzēt lēmumu par piespiedu ievietošanu slēgta tipa iestādē. (Riigikogu, 2005)

Savukārt personas ar garīgiem traucējumiem ievietošanu sociālās aprūpes iestādē regulē Sociālās aprūpes likums. Saskaņā ar šī likuma 105. panta pirmajā daļā noteikto, personu ievieto sociālās aprūpes iestādē, ja ir iestājušies visi tālāk minētie apstākļi:

- 1) pieaugušai personai ir smagi garīgi traucējumi, kas ierobežo personas spēju izprast vai kontrolēt savu uzvedību;
- 2) pieaugušais ir bīstams sev vai citiem, ja viņš netiek ievietots sociālās aprūpes iestādē, kurā saņemtu diennakts aprūpes pakalpojumus;
- 3) iepriekšējo atbalsta pasākumu īstenošana nav izrādījusies pietiekama vai citu atbalsta pasākumu izmantošana nav iespējama. (Riigikogu, 2015)

Neatkarīgi no tā, vai sociālās aprūpes pakalpojums tiek sniegts ar personas piekrišanu vai bez tās, sociālās aprūpes pakalpojuma saņēmēju nedrīkst ārstēt pret viņa gribu. Piespiedu psihiatriskā ārstēšana, tostarp medikamentu piespiedu lietošana, tiek uzskatīta par veselības aprūpes pakalpojumu. No Sociālās aprūpes likuma neizriet, ka sociālās aprūpes iestādei ir tiesības piemērot piespiedu ārstēšanu personai, kura tajā uzturas. Ja tiesa uzskata, ka ir izpildīti priekšnoteikumi ievietošanai slēgtā tipa iestādē un personai ir nepieciešama piespiedu psihiatriskā palīdzība, persona ir jāievieto ārstēšanai slimnīcas psihiatriskā profila nodaļā.

Tāpat kā vispārīgi ārstniecībā, arī psihiatrijā par tādas personas, kurai ir ierobežota rīcībspēja, ārstēšanu lemj ieceltais aizgādnis, bet ne persona pati. Tātad Igaunijā arī psihiatrijā ir paredzēta aizvīdotā lēmumu pieņemšana, bet ne atbalstītā lēmumu pieņemšana. Igaunijas Republikas Psihiatriskās palīdzības likumā ir paredzēts, ka personai, kura garīgu traucējumu dēļ nevar izprast savu rīcību un kontrolēt uzvedību, tādējādi apdraudot savu veselību vai citu cilvēku drošību, drīkst piemērot brīvības atņemšanu ar ievietošanu psihiatriskās palīdzības iestādē, kā arī piemērot piespiedu ārstēšanu. Tas tiek uzskatīts par aizsardzības pasākumu, kas sākotnēji var tikt piemērots četras dienas, pēc tam pagarināts līdz 40 dienām, bet kopējais brīvības ierobežojums nedrīkst būt ilgāks par gadu. Savukārt, ja personai ir smagi garīgi traucējumi un persona ir bīstama sev vai citiem, to var ievietot sociālās aprūpes iestādē piespiedu kārtā. (Riigikogu, 1997) Taču šādās iestādēs netiek pieļauta ārstēšana pret personas gribu.

ANO Konvencijas par personu ar invaliditāti tiesībām ieviešana Igaunijā un ANO Personu ar invaliditāti tiesību komitejas ieteikumi

Aplūkojot personu ar garīgiem traucējumiem cilvēktiesību aizsardzības ietvaru, tostarp brīvības tiesības un pašnoteikšanās tiesības kā lēmumu pieņemšanas

tiesības dažādās dzīves situācijās, jāvērtē nacionālo tiesību aktu atbilstība mūsdienīgai un uz starptautiskajiem cilvēktiesību līgumiem balstītai pieejai. Būtiska nozīme cilvēku ar garīgiem traucējumiem tiesību aizsardzības attīstībā, arī nosakot nepieciešamību mainīt līdzšinējo pieeju jeb paradigmu, pasaulē, Eiropā un arī Igaunijā ir 2006. gadā pieņemtajai ANO Konvencijai par personu ar invaliditāti tiesībām, kuru Igaunija ir ratificēja 2012. gadā, tādējādi apņemošies ievērot personu ar invaliditāti tiesības saskaņā ar šajā konvencijā noteikto. Vienlaikus ar ratifikāciju, kā minēts iepriekš, Igaunija ir iesniegusi deklarāciju par šīs konvencijas 12. panta interpretāciju nacionālajos tiesību aktos noteiktā kārtībā (Riigikogu, 2012), tādējādi pieļaujot personu rīcības spējas ierobežošanu.

Konvencijā noteiktie cilvēktiesību principi prasa nepieļaut personu, kurām garīgu traucējumu dēļ noteikta invaliditāte, cieņas aizskārums, brīvības ierobežošanu un diskrimināciju, kas notiek, ja tiek ierobežota rīcības spēja, ja tiek ierobežota brīvība un piemērota piespiedu ārstēšana tādā veidā, kā tas paredzēts Igaunijas Republikas tiesību aktos. Igaunijas pašreizējā pieeja ilgstoši bija raksturīga arī daudzām citām Eiropas valstīm, tostarp Latvijai un Lietuvai. Konvencijas dalībvalstis ir apņēmušās novecojušo sistēmu mainīt. Latvija, Lietuva un citas Eiropas valstis ir veikušas reformas, lai ar tiesiskā regulējuma attīstību veicinātu paradigmas maiņu, nodrošinot, ka tiek ievēroti ANO Konvencijā par personu ar invaliditāti tiesībām noteiktie principi.

ANO Personu ar invaliditāti tiesību komiteja uzrauga konvencijas dalībvalstis pastāvošo kārtību un regulāri izvērtē konvencijā noteikto principu tiesisko un faktisko ievērošanu dalībvalstīs. Saskaņā ar konvencijas 35. panta pirmajā daļā noteikto katra dalībvalsts ar ANO ģenerālsekretāra starpniecību iesniedz komitejai izsmelto ziņojumu par pasākumiem, ko tā veikusi, istenojot savus pienākumus saskaņā ar šo konvenciju, un par progresu, ko tā šajā sakarā sasniegusi divu gadu laikā pēc konvencijas stāšanās spēkā attiecīgajā dalībvalstī. (ANO, 2006) Komiteja ziņojumu izskata un ierosina ieteikumus un vispārējus priekšlikumus, ko iesniedz attiecīgajai dalībvalstij (ANO, 2006, 36. panta pirmā daļa). Personu ar invaliditāti tiesību komiteja ir izvērtējusi Igaunijas Republikas tiesību aktu un prakses atbilstību konvencijā noteiktajām saistībām un 2021. gadā publicējusi sākotnējo izvērtēšanas ziņojumu, kurā paudusi bažas par Igaunijas kā konvencijas dalībvalsts iesniegto deklarāciju attiecībā uz 12. pantu:

“Satrauc, ka personām ar invaliditāti, jo īpaši ar intelektuālās un psihosociālās attīstības traucējumiem, joprojām tiek liegtas tiesības uz brīvību, atņemot rīcības spēju un tiesības pieņemt savus lēmumus. Šiem cilvēkiem var tikt piemērots aizvietojošās lēmumu pieņemšanas režīms, pamatojoties uz viņu invaliditāti, viņi var tikt pakļauti piespiedu ārstēšanai un turēšanai psihiatriskās ārstniecības iestādēs.” (UN CRPD, 2021)

Komiteja ir ieteikusi Igaunijai pārskatīt deklarāciju par Konvencijas par personu ar invaliditāti tiesībām 12. panta interpretāciju, aicinot garantēt visu personu ar invaliditāti tiesības būt vienlīdzīgām likuma priekšā, izveidojot atbalstīto lēmumu pieņemšanas mehānismu visās dzīves jomās. Komiteja iesaka pieņemt un īstenot rīcības plānu, kas ļautu atjaunot visu personu ar invaliditāti pilnu rīcībspēju neatkarīgi no traucējumiem, kuri radījuši invaliditāti. (UN CRPD, 2021)

Igaunijas Republikas Tieslietu ministrija 2022. gadā atbildē ANO Personu ar invaliditāti tiesību komitejai ir norādījusi, ka pilnīga pieaugušo personu aizgādības sistēmas atcelšana Igaunijā nav iespējama un to nav plānots darīt. Ministrija norādījusi, ka rīcībspējas ierobežošana ir balstīta tikai uz personas spēju izprast savu rīcību, nevis uz to, ka personai ir invaliditāte. Ka aizgādība tiek nodibināta tikai gadījumos, kad personas garīgu traucējumu smaguma dēļ nebūtu iespējama atbalstītā lēmumu pieņemšana (kas gan Igaunijā nav ieviesta – aut. piezīme). Tāpēc Igaunija neplāno deklarāciju atsaukt un neplāno veikt izmaiņas aizgādības sistēmā un tiesību aktos, lai atceltu pašreizējo sistēmu un to pilnībā aizstātu ar atbalstīto lēmumu pieņemšanu. (Justitiisministeerium, 2022)

Analizējot Igaunijā pastāvošo piespiedu ārstēšanas un brīvības ierobežošanas piemērošanas regulējumu un praksi, ANO Personu ar invaliditāti tiesību komiteja ir paudusi satraukumu par cilvēku ar invaliditāti, īpaši ar intelektuālās un psihosociālās attīstības traucējumiem, tiesību uz brīvību ierobežošanu un šo personu pakļaušanu piespiedu ārstēšanai un turēšanai psihiatriskās ārstniecības iestādēs. Komiteja secinājusi, ka Igaunijā “.. personas ar invaliditāti, īpaši personas ar intelektuālās attīstības traucējumiem un personas ar psihosociāliem traucējumiem, tiek pakļautas ķīmiskai ierobežošanai, piespiedu medikamentu lietošanai un citiem piespiedu ārstēšanas veidiem psihiatrijas un aprūpes iestādēs un ieslodzījumu vietās”. Komiteja ir ieteikusi Igaunijai nodrošināt, ka personas ar invaliditāti ir tiesīgas patstāvīgi pieņemt lēmumus par jebkādu ārstēšanu, pamatojoties uz viņu brīvu un informētu piekrišanu, tostarp izmantojot atbalstītās lēmumu pieņemšanas mehānismus. Kā arī juridiski atzīt, ka piespiedu ārstēšana invaliditātes dēļ ir personu ar invaliditāti tiesību un cieņu aizskaroša, necilvēcīga un pazemojoša izturēšanās. (UN CRPD, 2021, para 31)

Komiteja arī norādījusi, ka pastāv bažas par to, ka sievietēm ar invaliditāti, kurām ir noteikta aizgādība, bez viņu piekrišanas var veikt sterilizāciju vai abortu. Komiteja aicina Igauniju aizliegt sieviešu piespiedu sterilizāciju un grūtniecības pārtraukšanu, pamatojoties uz trešo personu, arī aizbildņu vai aizgādņu, lūgumu, kā arī veicināt informētību par šo aizliegumu. Komiteja iesaka izveidot sistēmu, kas veicina personu ar invaliditāti, it īpaši meiteņu un sieviešu ar invaliditāti, seksuālo un reproduktīvo tiesību ievērošanu. Kā arī nodrošināt sievietēm un meitenēm ar invaliditāti piekļuvi seksuālās un reproduktīvās veselības aprūpei un pakalpojumiem, nodrošināt brīvas un apzinātas piekrišanas tiesības un atbalstīto lēmumu pieņemšanu. (UN CRPD, 2021, para 49)

Igaunijas tiesību zinātnē ir maz pētītas un raksturotas personu ar garīgiem traucējumiem tiesības, kuras nosaka ANO Konvencija par personu ar invaliditāti tiesībām. Žurnāla *Juridica* 2021. gada publikācijā pētnieces Līsa Arraka (*Liis Arrak*) un Trīna Ūzena-Nake (*Triin Uussen-Nacke*) ir analizējušas pieauguša cilvēka ar ierobežotu spriestspēju pašrealizācijas tiesības uz brīvību un iespējas tās aizsargāt; abas šīs autore ir analizējušas, vai Igaunijas regulējums par rīcībspējas ierobežošanu ir jāpārvērtē. Rakstā autore ir secinājušas, ka Igaunijas Republikas tiesību akti un iedibinātā prakse pilnībā neatbilst mūsdienu priekšstatiem par personu ar invaliditāti pašnoteikšanās brīvību – tāpēc ka juridiski saistošus lēmumus personas ar ierobežotu rīcībspēju interesēs pieņem (vai apstiprina) cita persona. Tādējādi personas ar intelektuālās attīstības traucējumiem dzīvi organizē nevis pati persona, bet kāds cits, vadoties pēc hipotētiskām šīs personas interesēm. Var ņemt vērā pašas personas vēlmes un gribu, taču tam nav izšķirošas nozīmes. (Arrak & Uussen-Nacke, 2020)

L. Arraka un T. Ūzena-Nake iesaka, interpretējot un piemērojot pašreizējās tiesību normas, ievērot personu ar ierobežotu spriestspēju pašnoteikšanās tiesības, tādējādi nodrošinot šādu personu maksimālu līdzdalību sabiedrības dzīvē, viņu gribas un vēlmju ievērošanu. Viņas uzsver, ka

“Konvencija par personu ar invaliditāti tiesībām paredz pāreju uz tādu atbalstītās lēmumu pieņemšanas sistēmu, kurā pilnībā tiek ievērota personu ar invaliditāti pašnoteikšanās brīvība un līdz ar to arī viņu spējas, griba un vēlmes, atstājot viņu interešu aizsardzību sekundāru. Tādējādi pasaulē ir skaidra tendence arvien vairāk atzīt cilvēku ar intelektuālās attīstības traucējumiem pašrealizācijas brīvību un ļaut viņiem kā pilntiesīgiem sabiedrības locekļiem piedalīties sociālajā dzīvē.” (Arrak & Uussen-Nacke, 2020)

Autore aicina pārvērtēt Igaunijā pastāvošo rīcībspējas ierobežošanas sistēmu un pilnveidot cilvēku ar garīgiem traucējumiem tiesību nodrošināšanas un aizsardzības sistēmu.

Kā jau minēts, līdz šim Igaunija nav izdarījusi grozījumus tiesību aktos, lai novērstu ANO Personu ar invaliditāti tiesību komitejas norādītos trūkumus un veicinātu nepieciešamo paradigmas maiņu cilvēku ar garīgiem traucējumiem tiesību nodrošināšanai. Tomēr ir pamats uzskatīt, ka arī Igaunijā notiek virzība no aizvietojošo lēmumu pieņemšanas modeļa uz atbalstīto lēmumu pieņemšanas modeli, kas vairāk būtu balstīts personas izvēlēs (Trankmann jt, 2023).

Tartu Universitātes Lietišķo sociālo pētījumu centra “RAKE” 2023. gadā pēc Igaunijas Republikas Sociālo lietu ministrijas pasūtījuma sagatavotajā apskatā par atbalstītās lēmumu pieņemšanas modeļa ieviešanu gan norādīts, ka pilnīga atteikšanās no aizgādības un pāreja tikai uz atbalstīto lēmumu pieņemšanas sistēmu ir saistīta ar augstu risku, jo nav skaidrs, kā persona, kurai nepieciešams atbalsts, tiek pasargāta no nepamatotu lēmumu pieņemšanas, kas būtiski ietekmē

tās dzīvi. Nav arī skaidrs, kā atbalstīt personu lēmumu pieņemšanas procesā, ja tā sava veselības stāvokļa dēļ nespēj paust savu gribu. Tiek norādīts, ka šādam procesam būtu nepieciešams pietiekami ilgs sagatavošanās periods, jo būtu jāveic visas nepieciešamās izmaiņas tiesību aktos un dažādu iestāžu darba organizācijā, kā arī jāapzina un jāapmāca pietiekams skaits speciālistu, kas varētu lēmumu pieņemšanā sniegt atbalstu personām, kurām tas nepieciešams. (Trankmann jt, 2023)

Secinājumi

Igaunijas Republikā veselības aprūpes lēmumu pieņemšanu regulē Civilt kodeksa Vispārīgās daļas normas, Saistību tiesību likums un Ģimenes tiesību likums. Igaunijas Republikas tiesību aktos noteikts, ka pilngadīgajiem ir pilna tiesībspēja un rīcībspēja, izņemot tiem, kuriem tiesa noteikusi rīcībnespēju. Igaunijas Republikas tiesību sistēmā noteikts, ka tiesai ir tiesības ierobežot rīcībspēju personām, kuras garīgas slimības, garīgas atpalcības⁴ vai citu garīgu traucējumu dēļ nespēj pastāvīgi saprast savu rīcību vai to vadīt, kā arī tiesai ir tiesības iecelt aizgādni, kas rīkojas personas vārdā un vietā. Tāpat kā vispārīgi, arī veselības aprūpē lēmumu par tādas personas ārstniecību, kurai ir ierobežota rīcībspēja, var pieņemt tiesas iecelts aizgādnis. Tātad Igaunijā pastāv aizvietotās lēmumu pieņemšanas sistēma gadījumos, ja personai ir ierobežota rīcībspēja. Šāds regulējums ir pārlietu ierobežojošs, nerespektē personas autonomiju un aizskar pašnoteikšanās tiesības. Personas ar garīgiem traucējumiem netiek pietiekami iesaistītas lēmumu pieņemšanā, un tas var negatīvi ietekmēt ārstēšanu un tās rezultātus.

Igaunijā neatliekamo palīdzību atļauts sniegt bez pacienta piekrišanas, ja pacients nespēj paust savu gribu, bet palīdzība ir nepieciešama. Igaunijas Republikas tiesiskais ietvars nav skaidrs attiecībā uz to personu aizsardzību un lēmumu pieņemšanas tiesību nodrošināšanu, kurām spējas pieņemt lēmumus ir ierobežotas, bet kuru rīcībspēja nav tik būtiski un ilgstoši traucēta, lai tiesa noteiktu, ka tā ir ierobežota. Igaunijā nav izstrādātas vadlīnijas un ieviesta vienota sistēma personas spēju pieņemt lēmumus par ārstniecību novērtēšanai. Nav arī pieejami dati, kas ļautu izvērtēt, kā praksē tiek īstenota pieeja pacientiem ar ierobežotām spējām pieņemt lēmumus un kā tiek nodrošinātas viņu tiesības piedalīties ārstniecības lēmumu pieņemšanā. No slimnīcu publiskotajiem materiāliem par pacientiem ar ierobežotām spējām, kuri izmantoti šī raksta tapšanā, nekļūst skaidrs, vai un kā Igaunijas veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēji risina situācijas, kad personai ir ierobežotas spējas pieņemt lēmumus.

4 Šāds termins lietots tiesību aktā. Raksta autore zina, ka šāda termina lietošana var būt aizskaroša, bet tiesiskās precizitātes nolūkā šī norma latviešu valodā tulkota pēc iespējas tuvāk oriģinālajam tekstam.

Nav pieejama informācija, vai un kā tiek ievērotas personas iepriekš izteiktās vēlmes un ieskati, kā persona tiek atbalstīta lēmumu pieņemšanā un rīcībā. Iespējams, ka tiek pieņemts, ka šie cilvēki piekrīt ārstēšanai, ja vien tai nepretojas. Iespējams, ka ārstniecības speciālisti darbā ar šādiem pacientiem rīkojas saskaņā ar saviem ieskatiem.

Igaunijas Republikas tiesību sistēmā un praksē nav regulējuma, kas nodrošinātu atbalstītās lēmumu pieņemšanas pieeju cilvēkiem, kam ir ierobežotas, bet ne pilnībā zudušas spējas pieņemt lēmumus, tātad nav nodrošināta šādu personu autonomijas aizsardzība. Igaunijā nav neatkarīgas institūcijas, kas uzraudzītu un izvērtētu, kā ārstniecības iestādēs tiek ievērotas cilvēktiesības attiecībā uz cilvēkiem ar ierobežotām spējām.

Igaunijas Republikas civiltiesību normas vispārīgi nosaka, vai un kā personu ar ierobežotām spējām veiktie darījumi vai pieņemtie lēmumi var tikt atzīti par spēkā esošiem vai neesošiem. Regulējumā nav skaidri pateikts, kā jāvērtē personas spējas veikt dažādus darījumus un kā aizsargāt to personu autonomijas tiesības veikt darījumus, kurām ir ierobežotas spējas, vienlaikus šīs personas pasargājot no ļaunprātīgas izmantošanas. Līdz šim nav publicētas atziņas par to, kā vērtējama personas lēmumu spēkā esamība gadījumos, kad pacienta spējas lēmuma pieņemšanā ir bijušas ierobežotas.

Igaunija ir ANO Konvencijas par personu ar invaliditāti tiesībām dalībvalsts. Jau ratificējot konvenciju, Igaunija ir izlēmusi patstāvīgi, ar nacionāliem tiesību aktiem noteikt tiesības ierobežot rīcībspēju, tādēļ Igaunijā līdz šim nav mainīta cilvēku ar garīgiem traucējumiem tiesību aizsardzības pieeja.

ANO Komiteja par personu ar invaliditāti tiesībām ir norādījusi, ka Igaunija kā ANO Konvencijas par personu ar invaliditāti tiesībām dalībvalsts nepamatoti ierobežo personu ar invaliditāti tiesības, ierobežojot šo personu rīcībspēju un nosakot aizgādību, piespiedu ārstēšanu un piespiedu ievietošanu psihiatriskajās slimnīcās. Tomēr līdz šim Igaunija nav veikusi pasākumus, lai novērstu šos trūkumus. Tieslietu ministrija paudusi nostāju, ka nav nepieciešams mainīt pašreizējo regulējumu. Tādējādi līdz šim Igaunijā nav notikusi cilvēku ar garīgiem traucējumiem tiesību aizsardzības paradigmas maiņa – no paternālā un biomedicīniskā modeļa uz cilvēktiesībās un atbalstā balstītu modeli.

Igaunijai, tāpat kā citām Eiropas valstīm, ir visas iespējas veikt tiesību aktu reformas un attīstīt tādu tiesisko regulējumu un praksi, kas nodrošinātu Igaunijas kā ANO Konvencijas par personu ar invaliditāti tiesībām dalībvalsts saistību izpildi personu ar invaliditāti tiesību aizsardzībā. Autores cer, ka drīzumā Igaunija sekos tām Eiropas valstīm, kuras jau ir veikušas tiesību sistēmas reformas.

Autores iesaka Igaunijas Republikas atbildīgajām institūcijām ieviest cilvēktiesībās balstītu modeli veselības aprūpē, tostarp garīgās veselības aizsardzībā un garīgu traucējumu ārstēšanā. Lai tas būtu iespējams, nepieciešams veikt vairākus pasākumus:

1. Jāizstrādā un tiesību aktos jānostiprina atbalstītās lēmumu pieņemšanas regulējums, grozot un papildinot rīcības spēju reglamentējošos tiesību aktus, tostarp Igaunijas Republikas Civilt kodeksa Vispārīgo daļu, Ģimenes tiesību likumu, Saistību tiesību likumu, Veselības aprūpes pakalpojumu organizācijas likumu. Atbalstītajai lēmumu pieņemšanai ir jāaizstāj pilngadīgo rīcības spējas ierobežošanas un aizgādības regulējums.
2. Jāstiprina procesuālie aizsardzības pasākumi veselības aprūpes lēmumu pieņemšanā. Jāizstrādā skaidras vadlīnijas un jānosaka kritēriji personas spēju pieņemt lēmumus par veselības aizsardzību un ārstniecību un šo spēju ierobežojumu izvērtēšanai. Personas spēju novērtēšana un personai piemērotu atbalsta risinājumu noteikšana ir priekšnoteikums, lai ieviestu atbalstīto lēmumu pieņemšanu. Vadlīnijās ir jāparedz prasības spēju vērtējuma dokumentēšanai.
3. Atsevišķi ir jāizvērtē pašreizējais regulējums un tas jāpapildina attiecībā uz gadījumiem, kad personas nespēja ir ievērojama un tāpēc ir pieļaujama aizvietotā lēmumu pieņemšana. Tiesību aktos jānosaka kārtība, kā tiek reģistrēta un pēc tam, ja nepieciešams, ņemta vērā personas iepriekš izteikta griba vai vēlmes.
4. Tiesību aktos ir jāparedz, ka personām ar ierobežotām spējām ir nodrošināmas jēgpilnas līdzdalības iespējas lēmumu pieņemšanā. Tiesību aktu grozījumos jāiekļauj prasība maksimāli iesaistīt personas ar ierobežotām spējām lēmumu par veselību un veselības aprūpi pieņemšanā. Jānosaka ārstniecības iestāžu pienākums izmantot tādas pieejamas risinājumus, kas var uzlabot personu spēju saprast un izprast ar ārstniecību saistītos jautājumus, kā arī pienākums nodrošināt personai piemērotu komunikāciju.
5. Igaunijai ir jāizveido neatkarīgs personu ar garīgiem traucējumiem tiesību aizstāvības un pārraudzības mehānisms. Šis institūcijas uzdevums būtu uzraudzīt un aizsargāt personu ar ierobežotām spējām tiesību īstenošanu veselības aprūpes iestādēs, tostarp psihiatriskajās slimnīcās un aprūpes namos, kā arī sniedzot neatliekamo medicīnisko palīdzību.
6. Lai cilvēktiesībās balstīta pieeja kļūtu par ikdienas praksi, ir nepieciešami veselības aprūpes speciālistu un tiesību aizsardzības iestāžu darbinieku izglītības pasākumi un kompetenču pilnveide. Tāpēc tiesību aktos būtu jānosaka, ka regulāri jāorganizē apmācības par cilvēku ar garīgiem traucējumiem aizsardzības jautājumiem, tostarp par spēju novērtēšanu un atbalstu komunikācijā, par cilvēktiesībās balstītās pieejas risinājumiem ārstniecības un sociālajā darbā.
7. Igaunijai ir jāpārskata un jāmodernizē pašreizējie tiesību akti par pieaugušu cilvēku aizgādību. Ja tiesību aktos tiek paredzēta iespēja noteikt aizbildnību pieaugušajiem, piemēram, ievērojamas un ilgstošas nespējas dēļ, arī jānodrošina, ka personas tiesības tiek ierobežotas pēc iespējas

mazāk, ierobežojumi tiek regulāri pārskatīti un personai tiek piedāvāti tiesiskās aizsardzības līdzekļi gadījumos, ja personas tiesības tiek aizskartas.

8. Lai virzītu reformas un izstrādātu cilvēktiesībās balstītus risinājumus, Igaunijā ir jāievieš sistēmiska un visaptveroša datu apkopošanas sistēma par personām ar garīgiem traucējumiem un viņu vajadzībām. Ir nepieciešams iegūt un analizēt datus par aizbildnības piemērošanu, par atbalstīto lēmumu pieņemšanu un par veselības aprūpes lēmumu pieņemšanu gadījumos, kad personai ir ierobežotas spējas un tāpēc tās vārdā lēmumus pieņem cita persona.

IZMANTOTĀ LITERATŪRA

TIESĪBU AKTI

Starptautiskie tiesību akti

ANO (2006) *Konvencija par personu ar invaliditāti tiesībām*. <https://likumi.lv/ta/lv/starptautiskie-ligumi/id/1630>; <https://www.ohchr.org/en/instruments-mechanisms/instruments/convention-rights-persons-disabilities>

Eiropas Padome (1950) *Cilvēka tiesību un pamatbrīvību aizsardzības konvencija*. <https://likumi.lv/ta/lv/starptautiskie-ligumi/id/649>

Eiropas Padome (1997) *Konvencija par cilvēktiesību un cieņas aizsardzību bioloģijā un medicīnā – Konvencija par cilvēktiesībām un biomedicīnu*. <https://likumi.lv/ta/lv/starptautiskie-ligumi/id/1410>

Igaunijas Republikas tiesību akti

Riigikogu (1997) *Psihhiaatrilise abi seadus* [Psihiatriskās palīdzības likums]. <https://www.riigiteataja.ee/akt/992425?leiaKehtiv>

Riigikogu (2001) *Võlaõigusseadus* [Saistību tiesību likums]. <https://www.riigiteataja.ee/akt/115032022015>

Riigikogu (2002) *Tsiviilseadustiku üldosa seadus* [Civilkodeksa Vispārīgā daļa]. <https://www.riigiteataja.ee/akt/120062022032>

Riigikogu (2005) *Tsiviilkohtumenetluse seadustik* [Civilprocesa kodekss]. <https://www.riigiteataja.ee/akt/109042021017?leiaKehtiv>

Riigikogu (2009) *Perekonnaseadus* [Ģimenes tiesību likums]. <https://www.riigiteataja.ee/akt/13330603?leiaKehtiv>

Riigikogu (2011) *Halduskohtumenetluse seadustik* [Administratīvā tiesas procesa kodekss]. <https://www.riigiteataja.ee/en/eli/519052022001/consolide>

Riigikogu (2012) *Puuetega inimeste õiguste konventsioon ja fakultatiivprotokoll* [Konvencija par personu ar invaliditāti tiesībām un fakultatīvais protokols]. <https://www.riigiteataja.ee/akt/204042012006>

MARĪ AMOSA, SOLVITA OLSENA. Pieaugušu cilvēku ar ierobežotām spējām lēmumu ..

Riigikogu (2015) *Sotsiaalhoolekande seadus* [Sociālās aprūpes likums]. <https://www.riigiteataja.ee/akt/130122015005?leiaKehti>

Riigikogu (2016) *Tervise infosüsteemi põhimäärus* [Veselības informācijas sistēmas nolikums]. <https://www.riigiteataja.ee/akt/103082022004>

Riigikogu (2017) *Rahvastikuregistri seadus* [Iedzīvotāju reģistra likums]. <https://www.riigiteataja.ee/akt/104082022014>

TIESU PRAKSE

Igaunijas Republikas Augstākā tiesa

Riigikohus (07.12.2005.) Kohtuotsus No 3-2-1-141-05 [Spriedums Nr. 3-2-1-141-05]. <https://www.riigikohus.ee/et/lahendid?asjaNr=3-2-1-141-05>

Riigikohus (19.02.2014.) Kohtumäärus No 3-2-1-155-13 [Lēmums Nr. 3-2-1-155-13]. <https://www.riigikohus.ee/et/lahendid/?asjaNr=3-2-1-155-13>

LITERATŪRA UN CITI AVOTI

Arrak, L. & Uusen-Nacke, T. (2020) Piiratud arusaamisvõimega täisealise isiku eneseostusvabadus ja kaitse: Kas piiratud teovõime ja eestkoste regulatsioon vajab ümberhindamist? [Pilngadigas personas ar ierobežotām izpratnes spējām pašnoteikšanās brīvība un aizsardzība: Vai nepieciešams pārskatīt ierobežotas rīcībspējas un aizgādības regulējumu?]. *Juridica*, lk 482–492.

Justiitsministeerium (2022, October 22). 6-1/221020/2205647. <https://adr.rik.ee/okk/dokument/13297655> [skatīts 09.01.2025.].

Juur, K. (2012) *Piiratud teovõimega täisealisele isikule eestkostja määramine. Kohtupraktika analüüs* [Aizgādņa iecelšana pilngadīgai personai ar ierobežotu rīcībspēju. Tiesu prakses analīze]. https://www.riigikohus.ee/sites/default/files/elfinder/analyysid/2012/eestkostjam22ramine_k2tlinjuur.pdf

Riigikohus (2007) *Ülevaade eestkostja määramise ja sellega seotud menetluse mõningatest probleemidest* [Aizgādības noteikšanas un ar to saistītās procedūras problēmu apskats]. <https://www.riigikohus.ee/sites/default/files/elfinder/analyysid/2007/eestkostepraktikast.pdf>

Trankmann, S., Mägi, M., Vain, K., Urmann, H., Kailas, A., Uusen-Nacke, T. & Mikk, T. (2023) *Täisealiste eestkostekorralduse uuring Eestis Sotsiaalministeeriumile* [Sociālo lietu ministrijas pasūtītais pētījums par pilngadīgo aizgādības kārtību Igaunijā]. Tartu Ülikooli. <https://sm.ee/sites/default/files/documents/2024-02/T%C3%A4isealiste%20eestkoste%20uuring%20l%C3%B5pparuanne%202023%20.pdf>

UN CRPD – United Nations, Committee on the Rights of Persons with Disabilities (2014) *General comment No. 1 (2014)*. Article 12: Equal recognition before the law. <https://docs.un.org/en/CRPD/C/GC/1>

UN CRPD (2021) *Concluding observations on the initial report of Estonia*. https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CRPD-%2FC%2FEST%2FCO%2F1&Lang=en

Atbalstītās lēmumu pieņemšanas tiesiskais regulējums Īrijā: Īss pārskats¹

The Irish legislative approach to assisted decision-making: A brief overview

Dirdre Madena (*Deirdre Madden*)

 0000-0001-9752-6110

KOPSAVILKUMS

Jauns tiesiskais regulējums, kas paredz personu ar invaliditāti pilnu tiesību atzīšanu un nostiprināšanu saskaņā ar ANO Konvencijā par personu ar invaliditāti tiesībām noteikto, Īrijā tika pieņemts 2015. gadā, bet stājās spēkā 2023. gadā. Īrijas 2015. gada Atbalstītās lēmumu pieņemšanas likums paredz daudzas svarīgas izmaiņas valsts tiesību aktos. Piemēram, tas nosaka ikviena pieaugušā rīcībspējas pieņēmumu, nosaka cilvēka spēju funkcionālas novērtēšanas nepieciešamību, paredz pienākumu īstenot personas gribu un vēlmes. Tas atceļ arhaisko aizbildniecības sistēmu, kas Īrijā bija spēkā kopš 1871. gada. Šajā rakstā atspoguļoti likuma pieņemšanas un ieviešanas procesa svarīgākie notikumi, likumā noteiktās nozīmīgās izmaiņas tiesību sistēmā un ietvertie pamatprincipi. Rakstā parādīts, kā likumā noteiktas lēmumu pieņemšanas atbalsta iespējas, kā arī daži no tiem izaicinājumiem, kas pēc likuma spēkā stāšanās pastāv.

Atslēgvārdi: atbalstītā lēmumu pieņemšana, lemtspēja, labākās intereses, cilvēka griba un izvēle, Konvencija par personu ar invaliditāti tiesībām.

SUMMARY

Legislation to recognize and respect the rights of persons with disabilities, as required by the CRPD, was enacted in Ireland in 2015, although it was not formally commenced until 2023. The Assisted Decision-Making (Capacity) Act 2015 provides for many important changes in Irish law such as a presumption of capacity for all adults, a functional assessment of capacity, giving effect to the relevant person's will and preference, and the abolition of an archaic

¹ No angļu valodas manuskriptu tulkojusi Solvita Olsena

system of wardship which had been in place since 1871. This essay describes the legislative process for the introduction of the Act, the key changes and guiding principles, new decision support options to be provided, and some remaining challenges following the enactment of the legislation.

Keywords: assisted decision-making, capacity, best interests, will and preference, Convention on the Rights of Persons with Disabilities.

Tiesību akts, kurā atzītas un respektētas cilvēku ar invaliditāti tiesības, lai valsts izpildītu ANO Konvencijā par personu ar invaliditāti tiesībām noteikto, Īrijā pieņemts 2015. gadā, bet spēkā stājas tikai 2023. gadā. Tas ir Atbalstītās lēmumu pieņemšanas (rīcībspējas) likums, kas paredz būtiskas izmaiņas Īrijas tiesību aktos, tostarp rīcībspējas prezumpciju visiem pieaugušajiem, rīcībspējas funkcionālu vērtēšanu, personas gribas un izvēles aizsardzību un īstenošanu, kā arī kopš 1871. gada spēkā esošās arhaiskās aizgādības sistēmas atcelšanu. (Oireachtas, 2015)

Īsumā par likumdošanas procesu

Atbalstītās lēmumu pieņemšanas ieviešana Īrijas tiesību sistēmā aizsākās jau XXI gadsimta sākumā. Personu ar invaliditāti tiesību aktivisti, tiesību un interešu pārstāvji, īpaši cilvēktiesību aizsardzības organizācijas, rīkoja dažādas kampaņas, pieprasot veikt tiesību reformu. Īrijā ieteikumus valdībai par tiesību aktu reformām izstrādā Tiesību reformu komisija (angļu val. *Law Reform Commission Ireland*), un tai tika dots uzdevums izstrādāt ieteikumus valdībai un veicināt sabiedrisko diskusiju, publicējot konsultāciju dokumentus. Tiesību reformu komisijas 2003. un 2005. gadā publicētajos ziņojumos (Ireland. Law Reform Commission, 2003 and 2005) uzsvēta nepieciešamība aizsargāt un ievērot personu ar invaliditāti cilvēktiesības. Ņemot vērā šos priekšlikumus, Īrijas valdība 2007. gadā sagatavoja likumprojektu, kura mērķis bija veicināt ANO Konvencijas par personu ar invaliditāti tiesībām (United Nations, 2006) ratifikāciju. Likumprojekts paredzēja izmaiņas vairākos tiesību aktos, lai nodrošinātu atbilstošas un efektīvas garantijas un nacionālo tiesību aktu atbilstību minētajai ANO konvencijai. Likumprojekta izstrādes gaitā notika vairākas sabiedriskās apspriešanas, par šo likumprojektu plaši debatēja parlamentā. Tika paustas bažas, ka likumprojektā ir uzsvērtā aizvietotā lēmumu pieņemšana un paredzētas minimālas garantijas neformālu lēmumu pieņemšanai. Būtiski iebildumi tika izteikti pret termina "labākās intereses" (angļu val. *best interests*) lietošanu, norādot, ka tā ir paternālistiska pieeja, kas neatbilst visu pieaugušo autonomijas un pašnoteikšanās tiesību īstenošanas principam. Ņemot vērā šos iebildumus, valdība pārskatīja sagatavoto tiesību akta projektu. 2013. gadā tika publicēts

papildinātais un daļēji pārstrādātais priekšlikums – likumprojekts “Par atbalstīto lēmumu pieņemšanu (rīcībspēju)” (Oireachtas, 2013).

Likuma par atbalstīto lēmumu pieņemšanu (rīcībspēju) pieņemšana 2015. gadā

2013. gadā publicētais likumprojekts “Par atbalstīto lēmumu pieņemšanu (rīcībspēju)” (Oireachtas, 2013) bija viens no visvairāk apspriestajiem tiesību aktiem Īrijā – parlamentā par to notika 14 debates, vairākkārt tika pārskatītas likumprojekta normu redakcijas. 2015. gada decembrī Atbalstītās lēmumu pieņemšanas (rīcībspējas) likumu (angļu val. *The Assisted Decision-Making (Capacity) Act*; Oireachtas, 2015) beidzot pieņēma, un tagad tas Īrijā ir spēkā. Jaunais likums gan nestājās spēkā uzreiz pēc tā pieņemšanas – vēl bija nepieciešams oficiāls attiecīgā Īrijas valdības ministra rīkojums par tā izsludināšanu. Tādējādi, lai gan likums pieņemts 2015. gadā, tas stājās spēkā tikai 2023. gada aprīlī. Ilgo kavēšanos un spēkā stāšanās atlikšanu atbildīgās iestādes skaidroja ar nepieciešamību sagatavoties likumā noteikto izmaiņu īstenošanai, tostarp izstrādājot prakses kodeksus un likuma piemērošanas vadlīnijas.

Īrijas rīcībspējas tiesību reformas atbilstība ANO Konvencijai par personu ar invaliditāti tiesībām

ANO Konvencijas par personu ar invaliditāti tiesībām 12. pants noteic, ka visiem pieaugušajiem tiek atzīta tiesībspēja un rīcībspēja vienlīdzīgi ar citiem. Konvencija arī uzliek par pienākumu nodrošināt personām ar invaliditāti nepieciešamo atbalstu, lai tās varētu īstenot savu tiesībspēju un rīcībspēju. (United Nations, 2006) Īrijas pacientu aizstāvības organizācija *Inclusion Ireland* jauno Īrijas Atbalstītās lēmumu pieņemšanas (rīcībspējas) likumu ir raksturojusi kā “seismisku kultūras pavērsieni”, kas nosaka pāreju no paternālisma un “labāko interešu” pieejas uz tiesībās balstītu pieeju, kur priekšplānā ir personas izvēle, kontrole un piekrišana. (Flynn, Á., 2021) Vēsturiski Īrijas veselības aprūpes sistēmā persona ar intelektuālās attīstības traucējumiem, tikai pamatojoties uz diagnozi vien, tika uzskatīta par nespējīgu pieņemt lēmumus par veselības aprūpes jautājumiem. Lēmumus par šādām personām pieņēma citi, arī ģimenes locekļi, pamatojoties uz pieņēmumiem par to, kas atbilst personas “labākajām interesēm”. Profesionāļiem nebija pienākuma atbalstīt personas ar traucējumiem lēmumu pieņemšanā un tādējādi veicināt, lai šīs personas varētu lēmumus pieņemt pašas. Savukārt jaunais Atbalstītās lēmumu pieņemšanas (rīcībspējas) likums pieprasa būtiskas pārmaiņas kultūrā un izglītībā, laiku, resursus, prasmes un kompetences, vadību un sadarbību. Būtiska loma ir arī sabiedrības izglītošana – informatīvas kampaņas, piemēram, informatīvi paziņojumi plašsaziņas

DĪRDRE MADENA. Atbalstītās lēmumu pieņemšanas tiesiskais regulējums Īrijā ..

lidzekļos, publiski pieejami stendi, videoklipi un citi tiešsaistes rīki, kas informē cilvēkus par viņu tiesībām, kā tās īstenot un kur meklēt atbalstu.

2018. gadā, ratificējot ANO Konvenciju par personu ar invaliditāti tiesībām, Īrija iesniedza ANO, konvencijas izdevējorganizācijai, vairākas deklarācijas un atrunas. (Department of Children, Disability and Equality, 2023) Īrija norādīja, ka tā konvencijas normas izprot tādējādi, ka tās pieļauj gan atbalstīto, gan aizvietoto lēmumu pieņemšanas kārtību, proti, tās paredz lēmumu pieņemšanu personas vārdā, ja tas saskaņā ar likumā noteikto ir nepieciešams, vienlaikus nodrošinot atbilstošas tiesību aizsardzības garantijas. Un paziņoja, ka, ciktāl konvencijas 12. pantu var interpretēt kā prasību pilnībā izbeigt aizvietotās lēmumu pieņemšanas praksi, tā patur tiesības saglabāt šādus pasākumus konkrētos un atbilstošos apstākļos. (Government of Ireland, n.d.) Minētais pamatots ar nepieciešamību pārliecināties, ka jaunā tiesību akta piemērošanā neradīsies grūtības. Līdz ar to Atbalstītās lēmumu pieņemšanas (rīcībspējas) likums pieļauj iecelt personai lēmumu pieņemšanas pārstāvi, kuram ir tiesības personas vārdā pieņemt konkrētus lēmumus. Daži tiesību eksperti un cilvēku ar invaliditāti tiesību aizstāvji to uzskata par problemātisku tiesību aspektu, norādot, ka šāds Īrijas regulējums neatbilst Konvencijas par personu ar invaliditāti tiesībām 12. pantam. (Flynn, 2016)

Ratificējot minēto ANO konvenciju, Īrija deklarācijā norādīja, ka tā izprot konvencijas normas kā personu, tostarp personu ar garīgiem traucējumiem, piespiedu aprūpi vai ārstēšanu pieļaujošas, ja ārstēšanas pasākumi tiek piemēroti kā galējais līdzeklis un ievērojot stingras tiesiskās garantijas. (Government of Ireland, n.d., Articles 12 and 14)

Īrijas tiesību aktos ir skaidri noteikts, ka personas netiek diferencētas vecuma, invaliditātes, veselības stāvokļa, garīgo traucējumu vai uzvedības dēļ. Ikvienam ir tiesības uz tādu pašu rīcībspējas prezumpciju un tādu pašu tiesisko aizsardzību kā citiem. Īrijā dzīvo aptuveni 200 000 pieaugušo, kuriem varētu būt grūtības pieņemt lēmumus, taču Atbalstītās lēmumu pieņemšanas (rīcībspējas) likuma piemērošana katrā gadījumā ir atkarīga no personas individuālo apstākļu novērtējuma. Ikviens cilvēks var kļūt rīcībspējīgs pieņemt lēmumus uz laiku vai pastāvīgi, tāpēc šis likums patiešām attiecas uz ikvienu.

Būtiskākās izmaiņas

Viena no būtiskākajām izmaiņām, ko ievieš jaunais likums, ir atteikšanās no termina “vislabākās intereses” lietošanas, pieņemot lēmumus personas vietā, ja personai nav rīcībspējas vai ir rīcībspējas grūtības. Tas nozīmē, ka persona pašai ir tiesības izlemt, vai un kam tā piekrīt, nevis kāda cita persona – tuvinieks vai medicīnas darbinieks – izlemj, kas šai personai būtu vislabākais. Tas ir īpaši svarīgi veselības aprūpē, izvēloties medicīniskus izmeklējumus,

procedūras un ārstniecības pieejas, jo visām personām ir tiesības īstenot savu pašnoteikšanos un tādējādi izlemt, kādu ārstēšanu tās piekrit saņemt. Šī pieejas maiņa ir gan praktiski, gan simboliski nozīmīga. Tā prasa būtiskas pārmaiņas kultūrā, lai šie principi tiktu integrēti ne tikai veselības aprūpē, bet arī plašākā sabiedrībā.

Lai nodrošinātu ANO Konvencijas par personu ar invaliditāti tiesībām 12. pantā noteikto prasību, ka personas gribai un vēlmēm (angļu val. *will and preferences*) jābūt lēmumu pieņemšanas pamatā, Īrijas Atbalstītās lēmumu pieņemšanas (rīcībspējas) likumā noteikts, ka personas griba un vēlmes ir jāņem vērā, ciktāl tas ir praktiski iespējams un ciktāl tās ir saprātīgi nosakāmas. (Oireachtas, 2015) Likumdošanas procesā pāreja uz gribas un vēlmju ievērošanas principu tika raksturota kā valsts pienākuma novērst šķēršļus un ierobežojumus, kas kavē personām ar invaliditāti baudīt cilvēktiesības un pamatbrīvības, izpilde. Tika uzskatīts, ka gribas un vēlmju ievērošanas principa nostiprināšana tiesību normās ir atbilstoša ANO Konvencijai par personu ar invaliditāti tiesībām, pretēji iepriekšējā tiesību piemērošanas praksē nostiprinātajam “labāko interešu” principam gadījumos, kad lēmumi tika pieņemti citas personas vietā. Gribas un vēlmju ievērošanas princips paredz, ka situācijā, kad persona ir izteikusi savu vēlmi vai attieksmi par konkrētas medicīniskas iejaušanās veikšanu vai noraidījusi to, šī izvēle ir jārespektē arī tad, ja no medicīniskā viedokļa šāda rīcība neatbilst personas “labākajām interesēm”. Tiesiski nozīmīgs ir arī likumā lietotais formulējums – nepietiek tikai apsvērt personas izteiktu gribu vai vēlmi, bet ir pienākums personas gribu un vēlmes *īstenot (ievērot)*. (Oireachtas, 2015) Laika gaitā būs redzams, kā attīstīsies tiesību interpretācija, profesionālā prakse un kultūra sarežģītās situācijās, kad personas izteiktā gribas un vēlmju īstenošana varētu radīt medicīniski nelabvēlīgas sekas.

Veselības aprūpē, salīdzinot ar citām jomām, būtiska pārmaiņa ir tā, ka veselības aprūpes speciālistiem jāklūst par pacientu, kuriem ir kādi ierobežojumi, rīcībspējas veicinātājiem. Profesionāļiem ir pienākums sadarboties ar pacientu, lai veicinātu, atbalstītu, palīdzētu, sekmētu un atvieglotu šai personai lēmumu pieņemšanu. Tas ietver pacienta lēmumu pieņemšanas atbalsta vajadzību izpratni, piemērotas un atbilstošas informācijas pieejamības nodrošināšanu, lēmumu pieņemšanu ietekmējošo vides faktoru izvērtēšanu, kā arī komunikāciju ar personu viņai vispiemērotākajā veidā. Tas nozīmē, ka veselības aprūpes un sociālās palīdzības konsultācijām vajadzīgs ilgāks laiks, kā arī nepieciešamas būtiskas izmaiņas profesionālajā darbībā, tāpēc sistemātiski jāveicina šī principa izpratne un jānāca veselības aprūpes darbinieki īstenot to praksē.

Šis process tika uzsākts jau pirms Atbalstītās lēmumu pieņemšanas (rīcībspējas) likuma spēkā stāšanās. Veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēji rīkoja apmācības, lai nodrošinātu, ka likuma spēkā stāšanās brīdī veselības aprūpes darbinieki izprot un var praktiski izpildīt minētajā likumā noteiktos pienākumus.

Atbalstītās lēmumu pieņemšanas (rīcībspējas) likuma pamatprincipi

Daži no Īrijas Atbalstītās lēmumu pieņemšanas (rīcībspējas) likumā noteiktajiem pamatprincipiem² jau iepriekš minēti, piemēram, personas gribas un izvēles (vēlpmju) principa istenošana, kā arī atteikšanās no “labāko interešu” kritērija. Vēl viens būtisks princips ir rīcībspējas prezumpcija, kas ir ļoti svarīga un ir visa likuma pamatā. Jaunā likuma normu ievērošanas apmācībās ir konsekventi jāuzsver, ka jebkura lēmumu pieņemšanas situācija ir jāuzsāk ar rīcībspējas prezumpciju neatkarīgi no tā, kāda ir cilvēka iespējamā invaliditāte vai funkcionālie traucējumi. Rīcībspējas prezumpcija attiecas uz ikvienu personu.

Īrijā tiek piemērota funkcionālā rīcībspējas pārbaude. Tās mērķis ir noskaidrot, vai konkrētā persona, piemēram, pacients, kuram tiek lūgts pieņemt lēmumu, saprot attiecīgo informāciju, ja tā tiek sniegta individualizētā veidā, ņemot vērā šīs personas vajadzības; vai persona var atcerēties informāciju pietiekami ilgi, lai pieņemtu lēmumu; vai persona spēj izvērtēt informāciju, tostarp ar lēmumu saistītos riskus un ieguvumus; vai persona spēj pieņemt un paziņot lēmumu. Rīcībspējas izvērtējumam jābūt specifiskam gan attiecībā uz jautājuma būtību, gan uz laiku, kad jāpieņem lēmums. Tātad rīcībspējas pārbaude ir ar konkrētu lēmumu un konkrētu situāciju saistīts novērtējums, nevis vispārīgs vai pastāvīgs personas spēju izvērtējums.

Atbalstītās lēmumu pieņemšanas (rīcībspējas) likumā ir noteikts juridisks pienākums respektēt personas izvēli arī tad, ja citi uzskata, ka tā nav saprātīga. Kā jau norādīts iepriekš, ir jāņem vērā personas griba un vēlmes, uzskati un vērtības, pat ja personai nav rīcībspējas. Tas var ietvert, piemēram, veselības aprūpes rīkojuma esamības pārbaudi; ja tāds rīkojums pastāv, tas ir juridiski saistošs un jāievēro.

Atbalstītās lēmumu pieņemšanas (rīcībspējas) likums noteic, ka personai (angļu val. *the intervener*³), kura plāno vai nodrošina jebkāda veida iejaukšanos⁴ (piemēram, ārstniecību), ir pienākums apspriesties ar personas, tostarp pacienta, pārstāvi vai pārstāvjiem, kurus ir izraudzījusies pati persona, proti, tā, kurai nepieciešama šī iejaukšanās un kura, ja spētu, pati pieņemtu lēmumu par iejaukšanos. Ja šī persona nespēj pieņemt lēmumus pat ar atbalstu, ja ir strīds par rīcībspēju vai par pārstāvja rīcību, kādēļ nepieciešams oficiāls lēmums par rīcībspēju, tad personai, kura plāno iejaukties, ir jākonsultējas ar tiesu. Likumā noteikts, ka jebkādai iejaukšanās rīcībai jābūt pēc iespējas mazāk ierobežojošai. Tas nozīmē,

2 Likumā ir ietverti deviņi pamatprincipi, bet šajā rakstā ierobežotā apjoma dēļ autore ir norādījusi nozīmīgākos. Lasītājs tiek aicināts izvēlēties citus avotus, kuros izklāstīti Īrijas medicīnas sistēmā noteiktie principi.

3 Likumā lietotais jēdziens “persona, kura iejaucas” (*the intervener*) ir plašs un attiecas uz visām personām, kuras iejaucas ar likumu aizsargātās personas lietās. Tā var būt arī ārstniecības persona.

4 Likums regulē lēmumu pieņemšanu visos jautājumos, arī veselības aprūpē.

ka tai jābūt pēc iespējas islaicīgai, tai jābūt nepieciešamai un samērīgai, kā arī jārespektē personas cieņa, privātums un autonomija. Pirms iejaukšanās pasākumiem (arī ārstnieciskiem) ir jāapsver konkrētās personas rīcībspējas atgūšanas iespējamība, iejaukšanās steidzamība un jāņem vērā visu norādīto personu, arī aprūpētāju un ikvienas personas, kurai ir “labticīga” (angļu val. *bona fide*) interese par personas labklājību, kā arī veselības aprūpes speciālistu viedoklis. Pēc visu šo kritēriju izvērtēšanas personai, kas veic iejaukšanos, ir jārikojas godprātīgi un personas labā. (Oireachtas, 2015)

Atbalsts lēmumu pieņemšanā ir ļoti svarīgs. Persona ar rīcībspējas ierobežojumiem netiek uzskatīta par nespējīgu pieņemt lēmumu. Personai, kas piedāvā kādu iejaukšanos, piemēram, ārstniecību, ir jāveic visi praktiski iespējamie pasākumi, kuri var palīdzēt personai ar spēju ierobežojumiem pieņemt lēmumus. Ja lēmumu pieņemšana ar piemērotu atbalstu nav iespējama, jālemj par rīcībnespēju. Nav universāla veida, kā sniegt atbalstu visām personām. Katram cilvēkam ir individuālas vajadzības, atšķirīgs informācijas izpratnes, lēmuma pieņemšanas un komunikācijas veids. Tāpēc konkrētam cilvēkam nepieciešamā atbalsta apjoms ir atkarīgs no pieņemamā lēmuma būtības, personas spējām izprast informāciju un sazināties, iepriekšējās pieredzes lēmumu pieņemšanā un citiem apstākļiem. Piemēram, ja persona ilgstoši dzīvojusi sociālās nodrošināšanas iestādē, viņa, iespējams, nav pieradusi patstāvīgi pieņemt lēmumus tādā pašā mērā kā persona, kas dzīvo savā mājoklī, tāpēc šādai personai ir jānodrošina atbalsts, lai attīstītu lēmumu pieņemšanas spējas un pašpaļāvību.

Lēmumu pieņemšanas atbalsta iespējas

Citi būtiski jaunā likuma aspekti ietver aizgādības sistēmas, kas bija spēkā kopš 1871. gada, atcelšanu. Šīs vēsturiskās, arhaiskās sistēmas pamatā bija 1871. gada likums par ārprātīgo aprūpi Īrijā (angļu val. *Lunacy Regulations (Ireland) Act*; United Kingdom Parliament, 1871). Tā bija cilvēktiesību un cilvēka cieņu aizskaroša sistēma – personu varēja nodot valsts aizsardzībā un pakļaut tiesas aizgādībai, ja tiesa atzina, ka cilvēks atbilst “ārprātīgā” (angļu val. *lunatic*), “idiota” (angļu val. *idiot*) vai “cilvēka ar vājprātīgu prātu (angļu val. *person of unsound mind*)” definīcijai. Šāds formulējums ir acīmredzami ir pretstatā cilvēktiesībām, personu aizskarošs un diskriminējošs. Par laimi, minētā sistēma ir atcelta līdz ar Atbalstītās lēmumu pieņemšanas (rīcībspējas) likuma stāšanās spēkā.

Īrijā aptuveni 2000 personu pašlaik ir tiesas iecelts aizgādnis. Kopš 2023. gadā stājies spēkā jaunais likums, sāks pārskatīt visas aizgādības lietas, un šis process jāpabeidz triju gadu laikā. Pārskatīšanas rezultātā daļai personu aizgādība tiks atcelta un, ņemot vērā konkrētās personas vajadzības, ieviesti piemēroti atbalsta mehānismi.

Tiesību aktos veiktās izmaiņas ietver arī pilnvarojuma tiesību aktu attiecināšanu uz veselības aprūpi un iepriekšēju veselības aprūpes norādījumu – pacienta rīkojumu (angļu val. *advance directives*) – spēkā esamības atzīšanu un izpildi.

Īrijas Atbalstītās lēmumu pieņemšanas (rīcībspējas) likums paredz pakāpenisku daudzveidīgu lēmumu pieņemšanas atbalsta iespēju ieviešanu, lai personām nodrošinātu dažādas atbalsta vajadzības. Tiek atzīts, ka cilvēku rīcībspēja nesamazinās pēkšņi vienā dienā, ja vien nenotiek kas ārkārtējs, piemēram, nelaimes gadījums, kurā gūta trauma. Laika gaitā personas rīcībspēja var pakāpeniski samazināties vai būt svārstīga. Tāpēc tiesību aktos tiek atzīta rīcībspējas dinamika, paredzot dažādus atbalsta mehānismus, kas ļauj nodrošināt personas vajadzības konkrētā dzīves situācijā. (Oireachtas, 2018)

Atbalstītās lēmumu pieņemšanas (rīcībspējas) likumā ir noteikti pieci jauni lēmumu pieņemšanas atbalsta risinājumi. Katrs no tiem nodrošina likumā noteiktām personām tiesības un iespējas sniegt atbalstu attiecīgajai personai lēmumu pieņemšanā. Pieci risinājumi ietver šādas palīdzības iespējas: lēmumu pieņemšanas asistenta (angļu val. *decision-making assistant*), līdzatbildīga lēmumu pieņēmēja (angļu val. *co decision-maker*), lēmumu pieņemšanas pārstāvja (angļu val. *decision-making representative*), pilnvarotas personas nākotnē (nākotnes pilnvarojums; angļu val. *enduring power of attorney*), kā arī iecelta veselības aprūpes pārstāvja (angļu val. *designated healthcare representative*) palīdzību. Visas šīs atbalsta personas, izņemot lēmumu pieņemšanas pārstāvi, ieceļ pati persona. Lēmumu pieņemšanas pārstāvi ieceļ tiesa, ja attiecīgā persona nav spējīga pati pieņemt lēmumus. (Oireachtas, 2018)

Palīdzību lēmumu pieņemšanā personai, kurai šāda palīdzība nepieciešama, parasti nodrošina šīs personas ģimenes loceklis vai tuvs draugs, kurš palīdz un atbalsta attiecīgo personu, vācot informāciju, palīdzot nokļūt uz tikšanos vai veicot citus administratīvus uzdevumus, izskaidrojot iespējas vai piekļūstot personas veselības aprūpes dokumentācijai, tādējādi palīdzot personai izvērtēt savas iespējas. Jāuzsver, ka attiecīgā persona pati izlemj, ko viņa vēlas par savu palīgu jeb asistentu un kāds atbalsts tai varētu būt nepieciešams. Lēmumu pieņemšanas asistentam nav deleģēta lēmumu pieņemšanas funkcija vai pilnvaras, viņa uzdevums ir palīdzēt attiecīgajai personai, nevis pieņemt lēmumus tās vietā.

Otra iespēja un risinājums ir izvēlēties līdzatbildīgu lēmuma pieņēmēju. Šo personu ieceļ pati attiecīgā persona, un lēmumi tiek pieņemti kopīgi. (Oireachtas, 2018) Piemēram, gadījumos, kad jāparaksta līgums, tas būs jāparaksta gan attiecīgajai personai, gan tās līdzatbildīgajam. Šī iespēja piemērota tiem cilvēkiem, kuri, iespējams, uzskata, ka viņiem ir nepieciešama mazliet lielāka palīdzība un aizsardzība, nekā var nodrošināt lēmumu pieņemšanas asistents. Arī šajā gadījumā tikai attiecīgās personas ziņā ir izlemt, kāda veida atbalstu lēmumu

pieņemšanā tā vēlas saņemt un kuru personu tā izvēlas par līdzatbildīgo lēmuma pieņēmēju.

Var pienākt brīdis, kad tuvinieki uzskata, ka attiecīgā persona nav spējīga pieņemt noteiktus lēmumus. Šādos gadījumos saskaņā ar Atbalstītās lēmumu pieņemšanas (rīcībspējas) likuma piekto daļu var iesniegt pieteikumu tiesā, lūdzot iecelt lēmumu pieņemšanas pārstāvi. Šis ir vienīgais gadījums, kad lēmuma pieņemšanas pārstāvi ieceļ tiesa, visos pārējos gadījumos palīgu ieceļ attiecīgā persona pati. Izskatot pieteikumu par pārstāvja iecelšanu, tiesai ir jāizlemj, kādu lēmumu pieņemšanai pārstāvis ir nepieciešams, kādas būs viņa tiesības, vai pārstāvis darbosies personiskās labklājības, finanšu, veselības aprūpes vai citās jomās. Par lēmumu pieņemšanas pārstāvi tiesa parasti ieceļ attiecīgās personas ģimenes locekli, ja vien tas ir lietderīgi un piemēroti. Tomēr ne vienmēr ģimenes locekļa iecelšana var būt piemērots risinājums – var būt situācijas, kad ģimenes loceklis nav pieejams. Šādos gadījumos tiesa izvēlēsies citu personu, kura tiks iecelta par lēmumu pieņemšanas pārstāvi.

Pēdējās divas iespējas – izdots nākotnes pilnvarojums un/vai iepriekš iecelts veselības aprūpes pārstāvis. Tas ir paredzēts gadījumiem, kad persona paredz, ka nākotnē tai varētu būt nepieciešams lēmumu pieņemšanas atbalsts vai tā varētu zaudēt rīcībspēju. Ja šāda situācija iestātos, personai būtu nodrošināts atbalsts lēmumu pieņemšanā vai kāds cits būtu tiesīgs pieņemt lēmumus viņas vietā. Nākotnes pilnvarojums nozīmē, ka attiecīgā persona izraugās citu personu, kas drīkstēs viņas vietā pieņemt lēmumus, tādējādi garantējot, ka pilnvarotajam būs tiesības pieņemt lēmumus šīs personas vārdā. Izraudzītais veselības aprūpes pārstāvis ir īpaša persona, kas iecelta, lai nodrošinātu, ka attiecīgās personas vēlmes par viņas veselības aprūpi nākotnē tiek interpretētas saskaņā ar attiecīgās personas gribu un vēlmēm. Kā noteikts Atbalstītās lēmumu pieņemšanas (rīcībspējas) likuma 58. pantā, tas ietver arī tiesības dot piekrišanu ārstēšanai vai atteikties no tās.

Lēmumu atbalsta dienests

Saskaņā ar Atbalstītās lēmumu pieņemšanas (rīcībspējas) likumu Īrijas valdība ir izveidojusi jaunu institūciju – Lēmumu atbalsta dienestu (angļu val. *The Decision Support Service*) (Decision Support Service, n.d.). Šis dienests ir Garīgās veselības komisijas (angļu val. *Mental Health Commission*) struktūrvienība – šī komisija ir likumā noteikta iestāde, kas regulē stacionāro garīgās veselības aprūpi un nosaka kvalitātes un drošības standartus personām ar garīgās veselības traucējumiem. (Mental Health Commission, n.d.) Lēmumu atbalsta dienesta uzdevums ir aizsargāt un nodrošināt personu tiesības pašām pieņemt lēmumus. Šī institūcija regulē un reģistrē lēmumu pieņemšanas atbalsta pasākumus, kā arī uzrauga personas, kas ieceltas par lēmumu pieņemšanas atbalstītājiem, lai pārliecinātos,

ka tās ievēro tiesību aktus un neizmanto savu pilnvarojumu ļaunprātīgi. Lēmumu atbalsta dienests apkopo un uztur informāciju par cilvēkiem, kuri vēlas un spēj darboties kā lēmumu pieņemšanas pārstāvji, izskata sūdzības, veicina sabiedrības informētību un sniedz informāciju par Atbalstītās lēmumu pieņemšanas (rīcībspējas) likumu.

Garīgā veselība un atbalstītā lēmumu pieņemšana

Kā jau minēts, Īrijā atbalstītā lēmumu pieņemšana tiek piemērota ikvienā dzīves situācijā, arī garīgās veselības aprūpē. Cilvēki ar garīgiem traucējumiem, neatkarīgi no tā, vai viņi ārstējas, uzturēdamies sabiedrībā vai specializētos garīgās veselības centros, bauda tādas pašas likumā noteiktās tiesības kā ikviens cits. Ja persona ir ambulatorās klinikas patients vai brīvprātīgi ārstējas stacionārā un ir iecēlusi lēmumu pieņemšanas atbalstītāju, šai atbalsta personai ir pienākums pieņemt lēmumus saskaņā ar pacienta gribu un vēlmēm. Tātad lēmumam jābūt tieši tādām, kādu patients pats būtu pieņēmis. Neviena no minētajām atbalsta iespējām neparedz piespiest personu piekrist ārstēšanai, ja vien tā neatbilst piespiedu ieviešanas kritērijiem ārstniecības iestādē un netiek uzskatīta par rīcībspējīgu.

Īrijā garīgās veselības aprūpi regulē atsevišķs tiesību akts – Garīgās veselības likums (angļu val. *The Mental Health Act*), kura reforma pašlaik tiek apspriesta. Saskaņā ar šo likumu ir divi galvenie iemesli, kuru dēļ cilvēki var tikt piespiedu kārtā ievietoti psihiatriskās ārstniecības iestādē. Viens no tiem – persona rada nopietnu un tūlītēju apdraudējumu sev vai citiem. Otrais attiecas uz gadījumiem, kad personas spriestspēja ir tik izteikti pasliktinājusies, ka bez ārstēšanas tās veselības stāvoklis varētu nopietni pasliktināties. Garīgās veselības likuma 57. pantā noteikts: ja persona tiek ievietota slimnīcā piespiedu kārtā, ārstēšanai parasti ir nepieciešama personas piekrišana, izņemot gadījumus, kad personai trūkst rīcībspējas un psihiatrs uzskata, ka ārstēšana ir nepieciešama, lai aizsargātu personas dzīvību un veselību. (Oireachtas, 2001)

Tomēr pastāv vairākas neatbilstības starp Garīgās veselības likumu un Atbalstītās lēmumu pieņemšanas (rīcībspējas) likumu, kuras vēl jāprecizē un jāsašķir. Šajā kontekstā 2018. gadā tika veikti grozījumi Garīgās veselības likumā – pieņemti Garīgās veselības likuma papildinājumi (angļu val. – *The Mental Health Amendment Act*), kuros īpaši noteikts, ka Atbalstītās lēmumu pieņemšanas (rīcībspējas) likuma pamatprincipi attiecas arī uz garīgo veselību. (Oireachtas, 2018) Tomēr šis 2018. gada grozījums vēl nav stājies spēkā, līdz ar to netiek piemērots.

Kopumā var teikt, ka Atbalstītās lēmumu pieņemšanas (rīcībspējas) likuma pilnīga īstenošana Īrijā būs pastāvīgs izaicinājums, jo tas prasa būtiskas izmaiņas pašreizējā praksē, bet ilgstoši iesakņojušās tradīcijas ne vienmēr viegli mainīt. Likuma mērķis ir nodrošināt, lai ikviena persona saņemtu uz viņu vērstus

DĪRDRE MADENA. Atbalstītās lēmumu pieņemšanas tiesiskais regulējums Īrijā ..

pakalpojumus, saņemtu informāciju viņai saprotamā veidā un saņemtu nepieciešamo atbalstu, lai pati varētu pieņemt sev piemērotu lēmumu. Cerams, ka šis mērķis tiks īstenots un pārmaiņas – gan kultūrā un jurisprudencē – notiks pēc iespējas drīzāk.

IZMANTOTĀ LITERATŪRA

TIESĪBU AKTI

Starptautiskie tiesību akti

Government of Ireland (n.d.) Convention on the Rights of Persons with Disabilities. Declarations and Reservations: Ireland. *United Nations Treaty Collection*. https://treaties.un.org/pages/viewdetails.aspx?src=treaty&mtdsg_no=iv-15&chapter=4&clang=en#EndDec

United Nations (2006) *Convention on the Rights of Persons with Disabilities*. <https://www.ohchr.org/en/instruments-mechanisms/instruments/convention-rights-persons-disabilities>

Īrijas Republikas tiesību akti

Oireachtas (2001) *The Mental Health Act, 2001*. <https://www.irishstatutebook.ie/eli/2001/act/25/enacted/en/html>

Oireachtas (2015) *The Assisted Decision-Making (Capacity) Act 2015*. Assisted Decision-Making (Capacity) Bill 2013 (Bill 83 of 2013). <https://www.oireachtas.ie/en/bills/bill/2013/83>

Oireachtas (2018) *The Mental Health (Amendment) Act 2018*. <https://www.oireachtas.ie/en/bills/bill/2017/23>

Citu valstu tiesību akti

United Kingdom Parliament (1871) *Lunacy Regulation (Ireland) Act, 1871*. <https://www.irishstatutebook.ie/eli/1871/act/22/enacted/en/print.html>

LITERATŪRA UN CITI AVOTI

Decision Support Service (n.d.) <https://www.decisionsupportservice.ie/> [skatīts 20.05.2025.]

Department of Children, Disability and Equality (2023) Ireland and the UNCRPD. *Gov.ie*. <https://gov.ie/en/department-of-children-disability-and-equality/publications/ireland-and-the-uncrpd/>

Flynn, Á. (2021, May 20) *Opening statement to the Joint Committee on Disability Matters*. Houses of the Oireachtas. https://data.oireachtas.ie/ie/oireachtas/committee/dail/33/joint_committee_on_disability_matters/submissions/2021/2021-05-20_opening-statement-aine-flynn-director-decision-support-service_en.pdf

Flynn, E. (2016) The General Comment on Article 12 of the Convention on the Rights of Persons with Disabilities: A roadmap for equality before the law. *International Journal of Human Rights*, 20 (4), 471–490. <https://doi.org/10.1080/13642987.2015.1107052>

DĪRDRE MADENA. Atbalstītās lēmumu pieņemšanas tiesiskais regulējums Īrijā ..

Ireland. Law Reform Commission (2003) *Consultation Paper Series: Law and the elderly*. No. LRC CP 23-2003. <https://publications.lawreform.ie/Portal/External/en-GB/RecordView/Index/33876>

Ireland. Law Reform Commission (2005) *Consultation Paper Series: Vulnerable adults and the law: capacity*. No. LRC CP 37-2005. <https://publications.lawreform.ie/Portal/External/en-GB/RecordView/Index/35379>

Law Reform Commission (n.d.) <https://www.lawreform.ie/>

Mental Health Commission (n.d.) <https://www.mhcirl.ie/>

Oireachtas (2013) *The Assisted Decision-Making (Capacity) Bill 2013*. <https://data.oireachtas.ie/ie/oireachtas/bill/2013/83/eng/initiated/b8313d.pdf>

Rakstu krājumā lietotie jēdzieni¹

Aizvietotā lēmumu pieņemšana (angļu val. *substitute decision-making*). Pieejas (režīmi) var būt dažāda, tostarp pilnīga vai daļēja, aizgādība, tiesas noteikti ierobežojumi kādā jomā. Šīm pieejām ir kopīgas un sistēmiskas pazīmes:

- 1) personai tiek atņemta rīcībspēja, pat ja ierobežojums attiecas uz vienas jomas lēmumu pieņemšanu;
- 2) aizstājēju lēmumu pieņemšanai ieceļ kāds cits, nevis pati persona, un tas var notikt arī pret personas gribu;
- 3) aizstājēja lēmumi tiek pamatoti ar objektīvu vērtējumu par attiecīgās personas "labākajiem interesēm", nevis ar pašas personas gribu un vēlmēm.

Konvencijā par personu ar invaliditāti tiesībām dalībvalstīm ir noteikts pienākums aizstāt aizvietotās lēmumu pieņemšanas sistēmu ar atbalstītās lēmumu pieņemšanas sistēmu. Tātad ir jāatsakās no aizvietotās lēmumu pieņemšanas mehānismiem un jāievieš atbalstītās lēmumu pieņemšanas sistēma. (UN CRPD, 2014)

Atbalstītā lēmumu pieņemšana (angļu val. *supported decision-making*) paredz, ka personai tiek nodrošināts tai nepieciešamais un piemērotais atbalsts lēmumu pieņemšanā, tādējādi ļaujot tai īstenot tiesībspēju un rīcībspēju un pieņemt lēmumus. Atbalstītās lēmumu pieņemšanas veidi var būt dažādi, bet tie neparedz rīcībspējas atņemšanu vai ierobežošanu un nepieļauj, ka kāda trešā persona ieceļ atbalstītāju lēmumu pieņemšanai pret atbalstāmās personas gribu, proti, atbalsts jāsniedz, pamatojoties uz personas gribu un vēlmēm. (Devandas Aguilar, 2017)

Atbalstītā lēmumu pieņemšanas pieeja ietver dažādas atbalsta iespējas, dodot priekšroku personas gribai un vēlmēm, vienlaikus ievērojot cilvēktiesību normas. Tiesību aizsardzība tiek nodrošināta, respektējot tiesības uz autonomiju, tiesības uz vienlīdzību, tiesības uz izvēli (piemēram, tiesības izvēlēties dzīvesvietu) un tiesības uz brīvību no vardarbības un ļaunprātīgas izturēšanās kā tiesības uz dzīvību un fizisko neaizskaramību. Turklāt atbalstītās lēmumu pieņemšanas pieeja nedrīkst pārlietu regulēt personas ar invaliditāti dzīvi. (UN CRPD, 2014)

Biomedicīniskais modelis (dēvēts arī par medicīnisko pieeju vai medicīnisko modeli) garīgās veselības aprūpē balstās uz koncepciju, ka garīgās veselības traucējumus

1 Sastādītājas Solvita Olsena un Marina Loseviča

Rakstu krājumā lietotie jēdzieni

izraisa neirobioloģiski faktori. Tā rezultātā veselības aprūpe nereti koncentrējas uz diagnozi, medikamentiem un simptomu mazināšanu, nevis uz psiholoģisko, sociālo un vides faktoru kopumu, kas ietekmē garīgo veselību. Šāda pieeja var novest pie ierobežotas aprūpes un atbalsta, nenovēršot ciešanas un traumas, (WHO & United Nations, 2023) un ir medikalizācijas pamatā.

Šī pieeja balstās uz diviem pieņēmumiem, kuriem ir samērā bīstama ietekme uz cilvēktiesībām: 1) personas ar invaliditāti nepieciešams pasargāt; 2) garīgi un fiziski traucējumi un slimības var būt pamats rīcības spējas ierobežojumam. Pirmais pieņēmums legalizē nošķirtās institūcijas personām ar invaliditāti, piemēram, speciālas skolas, sociālās aprūpes institūcijas un specializētas darbavietas. Savukārt otrais pieņēmums ir novedis pie normatīvā regulējuma, kas invaliditāti sasaista ar nespēju un tādējādi pieļauj ierobežot personu ar invaliditāti tiesības.

Biomedicīniskais modelis norāda uz nepieciešamību mazināt invaliditāti, proti, paredz, ka personām ar invaliditāti pēc iespējas vairāk ir nepieciešama ārstēšana un rehabilitācija, lai tās varētu būt normālas un tādējādi izmantot tiesības un līdzdarboties sabiedrībā. Vislielākā atbildība par invaliditātes problemātiku ir ārstniecības personām un Veselības ministrijai (ar to saistītām institūcijām). (Ilves, 2023)

Cilvēktiesībās balstīta pieeja (angļu val. *human rights based approach*) jeb **cilvēktiesību pieeja** ir konceptuāls ietvars cilvēku un sabiedrības attīstības procesam, kas normatīvi pamatots ar starptautiskajiem cilvēktiesību standartiem un praktiski ir vērsts uz cilvēktiesību veicināšanu un aizsardzību. (United Nations Sustainable Development Group, n.d.) Invaliditātes politikas kontekstā cilvēktiesībās balstīta pieeja atzīst cilvēkiem ar invaliditāti piemītošo cilvēka cieņu, morāles principus un vērtības.

Cilvēktiesības attiecas uz visiem cilvēkiem, tāpēc nav pieļaujams, ka tās var iegūt tikai tie, kuriem nav garīgu un/vai fizisku traucējumu. Cilvēktiesībās balstīta pieeja ietver pienākumu nodrošināt visu veidu tiesības, “lai arī sākotnēji personu ar invaliditāti tiesību nodrošināšana tika uztverta caur diskriminācijas prizmu, tomēr pat sabiedrībā bez barjerām un cita veida diskriminācijas cilvēkiem ir nepieciešamas sociālās, ekonomiskās un kultūras tiesības. Minētais attiecas uz visiem cilvēkiem, arī uz cilvēkiem ar invaliditāti.” (Ilves, 2023)

Cilvēktiesību pieeja atzīst, ka garīgi un fiziski traucējumi ir cilvēku daudzveidības sastāvdaļa. ANO Konvencija par personu ar invaliditāti tiesībām nepiemin šos traucējumus kā negatīvu aspektu, lai mazinātu stereotipus, tomēr preambulā ir atzīts, ka ir arī cilvēki ar invaliditāti, kuriem ir nepieciešama īpaša aprūpe. (Ilves, 2023)

Diskriminācija invaliditātes dēļ nozīmē jebkāda veida nošķiršanu, izslēgšanu vai ierobežošanu invaliditātes dēļ, kuras mērķis vai sekas ir traucēt vai pilnībā nepieļaut

Rakstu krājumā lietotie jēdzieni

visu politisko, ekonomisko, sociālo, kultūras, pilsonisko vai citu cilvēktiesību un pamatbrīvību atzišanu, izmantošanu vai istenošanu vienlīdzīgi ar citiem. Diskriminācija invaliditātes dēļ ietver visas diskriminācijas formas, arī saprātīga pielāgojuma atteikumu. (ANO, 2006)

Invaliditāte, tostarp garīgu un intelektuālās attīstības traucējumu dēļ, ir viens no Satversmes 91. pantā ietilpstošajiem kritērijiem, uz kuru pamata diskriminācija ir aizliegta. Turklāt personas ar invaliditāti ir īpaši aizsargājama personu grupa un valstij ir jāisteno arī īpaši pasākumi, lai nodrošinātu šīm personām vienlīdzīgas iespējas un likumiskās brīvības. (Satversmes tiesa, 2020a)

Lai būtu attaisnojama atšķirīga (ierobežojoša) attieksme pret personām ar invaliditāti, valstij ir jānorāda ļoti būtiski iemesli. No sociāli atbildīgas valsts principa izrietošais valsts pienākums uzlabot maz aizsargātu sociālo grupu situāciju pieļauj īstenot tādus pasākumus, kas atvieglo personu ar invaliditāti stāvokli un veicina to integrāciju sabiedrībā. Valsts drīkst pret salīdzināmām personu grupām izturēties atšķirīgi, lai labotu faktisko nevienlīdzību, turklāt noteiktos apstākļos par pārkāpumu var tikt atzīts arī tas, ka valsts ar atšķirīgu attieksmi nav veikusi pasākumus šo nevienlīdzību novēršanai. (Satversmes tiesa, 2020b)

Diskriminācijas aizliegumu veselības aprūpē, tostarp invaliditātes vai veselības stāvokļa dēļ, nosaka ne tikai Satversmes, bet arī Pacientu tiesību likuma 3. panta normas. Tajās noteikts atšķirīgas attieksmes aizliegums, kā arī pieļāvums izmantot atšķirīgu attieksmi tikai gadījumā, ja tā ir objektīvi pamatota ar tiesisku mērķi, kura sasniegšanai izraudzītie līdzekļi ir samērīgi. (Saeima, 2009) Diskriminācija ir saistīta ar tādu fenomenu kā stigmatizācija.

Garīgi traucējumi (psihiski, mentāli traucējumi, garīgās veselības traucējumi) (angļu val. *mental and behavioural disorders*) ir kliniski nozīmīgi indivīda kognitīvo funkciju, emociju regulācijas vai uzvedības traucējumi.

Garīgi traucējumi iekļauti Starptautiskajā statistiskajā slimību un veselības problēmu klasifikācijā (11. pārskatītās redakcijas² sestajā nodaļā) kā garīgās uzvedības un neirālās attīstības traucējumu grupu. Tos definē kā sindromus, kurus raksturo kliniski nozīmīgi traucējumi indivīda izzīņas procesos, emocionālajā regulācijā vai uzvedībā, kas atspoguļo psiholoģisko, bioloģisko vai attīstības procesu disfunkciju, kas ir garīgās un uzvedības funkcionēšanas pamatā. Šie traucējumi parasti ir saistīti ar stresu vai traucējumiem personiskajā, ģimenes, sociālajā, izglītības, profesionālajā vai citā svarīgā funkcionēšanas jomā. (WHO, n.d.)

Savukārt **garīgās veselības stāvokļi** (angļu val. *mental health conditions*) ir plašāks termins, kas ietver garīgos traucējumus kā tādus (*per se*), psihosociālos traucējumus

2 Latvijā vēl lieto novecojušo Starptautiskās statistiskās slimību un veselības problēmu klasifikācijas 10. redakciju (2016).

Rakstu krājumā lietotie jēdzieni

un (citus) garīgos stāvokļus, kas saistīti ar ievērojamu diskomfortu, funkcionēšanas ierobežojumiem vai paškaitēšanas risku (WHO, 2025), bet bez noteiktas diagnozes (jo klīniskās patoloģijas diagnostikai nepieciešamā smaguma pakāpe netiek sasniegta). Pie šīs pēdējās kategorijas pieder, piemēram, nepatoloģiska reakcija uz stresu (pandēmiju, karu) vai sērošanas stāvoklis.

Invaliditāte. Pie personām ar invaliditāti pieder personas, kurām ir ilgstoši fiziski, garīgi, intelektuāli vai maņu traucējumi, kas mijiedarbībā ar dažādiem šķēršļiem var apgrūtināt šo personu pilnvērtīgu un efektīvu līdzdalību sabiedrības dzīvē vienlīdzīgi ar citiem. (ANO, 2006) Latvijā invaliditātes definīcija ir šaurāka, tā noteikta Invaliditātes likumā: invaliditāte ir ilgstošs vai nepārejošs ļoti smagas, smagas vai mērenas pakāpes funkcionēšanas ierobežojums, kas ietekmē personas garīgās vai fiziskās spējas, darbības, pašaprūpi un iekļaušanos sabiedrībā. (Saeima, 2010) Uzsvērams, ka personas ar invaliditāti statuss nav attiecināms tikai uz gadījumiem, kad ķermeņa funkciju traucējumu pakāpi ir apstiprinājuši Veselības un darbības ekspertīzes valsts ārstu komisija, nosakot personai darbības zaudējumu un pieņemot lēmumu par invaliditātes noteikšanu.

Latvijā vēsturiski personu ar invaliditāti apzīmējumam tika lietots termins “gaudeņi” un “nespējnieki” (Grēviņš, 2021); mūsdienās vārds “nespēja” tiek lietots kā visaptverošs termins nevarības, aktivitātes un dalības ierobežojumu apzīmēšanai (PVO, 2003).

Invaliditāte var izpausties dažādos veidos, arī kā fiziski, garīgi, psihosociāli vai maņu traucējumi. Jēdzienu “psihosociāla invaliditāte” lieto, lai norādītu uz mijiedarbību starp personām ar faktiskām vai šķietamām garīgās veselības grūtībām un attieksmes un vides šķēršļiem, kas kavē šo personu pilnvērtīgu un efektīvu līdzdalību sabiedrībā uz vienlīdzīgiem pamatiem ar citiem. Šādu šķēršļu piemēri ir diskriminācija, stigmatizācija un atstumtība. Šā termina mērķis ir atspoguļot nevis medicīnisku, bet gan sociālu pieeju garīgās un emocionālās pieredzes risināšanai, galveno uzmanību pievēršot attieksmes un vides šķēršļiem, kas ierobežo personas vienlīdzīgu līdzdalību sabiedrībā. Lai gan Konvencijā par personu ar invaliditāti tiesībām ir lietots termins “invaliditāte”, piemēram, PVO vadlīnijās no tā lietošanas izvairās, respektējot gan personu, kurām ir psihosociāla invaliditāte, daudzveidīgo skatījumu uz šo jēdzienu, gan garīgo un emocionālo stāvokļu dinamisko raksturu. (WHO & United Nations, 2023)

Pakalpojumi kopienā³ jeb **kopienas nodrošinātā aprūpe** (angļu val. *community care*, latviski parasti tulko “sabiedrības nodrošināti vai sabiedrībā balstīti pakalpojumi”) – pakalpojumi, kurus atbilstoši aktuālām iedzīvotāju kompleksām vajadzībām (veselības,

3 Sociālo pakalpojumu un sociālās palīdzības likumā (Saeima, 2002) noteikts, ka kopiena ir tādu personu kopums, kuras vieno ģeogrāfiska piederība, kopīgas intereses vai kopīga identitāte.

Rakstu krājumā lietotie jēdzieni

izglītības, nodarbinātības, ģimenes un sociālā atbalsta jomā) plāno un nodrošina administratīvās teritorijas pārvalde jeb pašvaldība (WHO Regional Office for Europe, 2022), tostarp arī iepērkot pakalpojumus no attiecīgo pakalpojumu sniedzējiem, piemēram, nevalstiskām organizācijām, privātiem uzņēmumiem, ārstniecības iestādēm. Pakalpojumi ietver arī integrētus veselības aprūpes pakalpojumus (angļu val. *community mental care*), tostarp stacionāro palīdzību, psihiatra konsultācijas un mājas vizītes, cita veida palīdzību pēc iespējas tuvāk pacienta dzīves vietai, piemēram, izmantojot atvērto dialogu (angļu val. *Open Dialogue*) modeli (Saxena & Sharan, 2008). Kopienā balstītie pakalpojumi konceptuāli izriet no biopsihosociāli ekoloģiskās veselības izpratnes, saskaņā ar kuru indivīda veselību nosaka arī sociālā un strukturāla vide. Tie praktiski īsteno vidē balstīto veselības veicināšanas pieeju (angļu val. *Settings-based health promotion approach*). (Whitelaw et al., 2001) Tieši izmaiņas pacienta dzīves apstākļos atšķir šo pieeju no individuālas ārstniecības ambulatorajos apstākļos. Ja pēc izrakstīšanas no slimnīcas netiek nodrošinātas šādas izmaiņas, ārstēšana nav ilgtspējīga, jo pacients atgriežas vidē, kas turpina veicināt viņa psihiskus traucējumus. Tādējādi, pat saņemot ambulatoros veselības aprūpes pakalpojumus, saglabājas augsts psihisko traucējumu atkārtošāšanās risks un atveseļošanās netiek sekmēta.

Uzsverams, ka pretēji Latvijā valdošam uzskatam (PVO, 2021) ārstniecības iestāde (slimnīcas ambulatorā nodaļa vai filiāle), sniedzot veselības aprūpes pakalpojumus medicīnisko manipulāciju veidā (psihiatriskā dienas stacionāra pakalpojums vai psihiatra konsultācijas), kopienā balstītus veselības aprūpes pakalpojumus nesniedz. Kopienā nodrošināta un primārajā aprūpē balstīta psihiatriskā palīdzība tiek tradicionāli pretstatīta nošķirtām, specializētām psihiatriskām slimnīcām.

Lemtspēja. Vispārīgi ar to saprot personas faktiskās spējas konkrētā situācijā pieņemt informētu un saprātīgu lēmumu un to izpildīt, piemēram, piekrist ārstēšanai vai veikt konkrētu funkciju. Atšķirībā no rīcībspējas, lemtspēja vispārīgi personas statusu neraksturo, to neuzskata par vienmēr pastāvošu (neprezumē). Latvijas tiesību avotos lemtspējas jēdziens vēl nav definēts un netiek lietots. (Olsena & Kadile, 2021) Medicīnas tiesību avotos norādīts, ka lemtspēja veselības aprūpes kontekstā, bet ne tikai, ietver vairāku savstarpēji saistītu apstākļu izvērtējumu. Pirmkārt, jāvērtē izpratne jeb pacienta spēja saprast informāciju par savu veselības stāvokli, spēja saprast informāciju par konkrēto piedāvāto ārstēšanu, par tās ieguvumiem un riskiem, par alternatīvām un citiem apstākļiem, kas ar to saistīti. Jāvērtē spēja saprast iespējamās sekas, ja ārstēšanu neveiktu. Otrkārt, jāvērtē spēja izvērtēt informāciju jeb spēja attiecināt saņemto informāciju uz savu konkrēto situāciju, tostarp spēja atcerēties informāciju un to izmantot savā labā. Treškārt, jāvērtē argumentācija jeb spriešanas procesa klātbūtne pacienta lēmumā. Piemēram, tas var ietvert spēju veikt salīdzinošus spriedumus, kā arī racionāli apieties ar informāciju. Ceturtkārt, jāvērtē

Rakstu krājumā lietotie jēdzieni

pacienta spēja izteikt vai citā veidā paust viedokli un lēmumu. Reizumis izvēles izteikšanas kritērijs tiek arī niansēts, izvirzot prasību pēc skaidra un konsekventa gribas izpauduma. (Slokenberga & Olsena, 2022) Pacienta lemtspēja ir galvenais priekšnoteikums, lai konstatētu, vai pacienta lēmums par ārstniecību, arī atteikšanās no ārstniecības, ir tiesiski saistoša. (European Court of Human Rights, 2013) Sīkāk par lemtspēju skatīt rakstā “Pacienta lemtspējas tiesiskais regulējums Latvijā un tā attīstības iespējas” 109. lpp.

Piespiešana ir darbības vai prakses, kad, izmantojot spēku vai draudus, cilvēks tiek pierunāts vai piespiests kaut ko darīt, arī pacientu tiesību jomā. Piespiešana attiecas uz dažādām intervencēm, sākot ar viegla rakstura iedarbību, piemēram, pārliecināšanu, līdz būtiskām un ietekmīgām piespiešanas darbībām, piemēram, ierobežojošu ierīču piemērošanu. Piespiešana garīgās veselības aprūpē ir dažādas praksē izmantotas pieejas, kuras raksturo spēka (gan formāla, gan neformāla) un draudu izmantošana. Tās ir: piespiedu nogādāšana, stacionēšana, aizturēšana, medicīniskā izmeklēšana (psihiatrijā – novērošana un saruna), piespiedu medikamentu ievadīšana. (Lickiewicz et al., 2024; Szmukler, 2015; WHO & United Nations, 2023)

Piespiešana var būt:

- 1) **formāla** – medicīniski vai juridiski pasākumi, kurus nosaka saskaņā ar tiesību normās ietvertu regulējumu, pamatojoties uz personas īpašu tiesisko vai medicīnisko stāvokli (visbiežāk – bīstamība sev vai apkārtējiem, tieši draudi sev vai apkārtējiem, vajadzība pēc ārstēšanas);
- 2) **neformāla** – darbības, kas notiek ārpus likumā paredzētās formālās piespiešanas neatkarīgi no tā, vai piespiešanu īsteno ārstniecības iestādes personāls, personas tuvinieki vai citi aprūpētāji.

Rīcībspēja ir tiesību subjekta spēja ar savām darbībām patstāvīgi iegūt un realizēt tiesības un uzņemt juridiskus pienākumus. (Autoru kolektīvs, 2000) Rīcībspēja atzīst personu par aģentu, kuram ir tiesības rīkoties, arī iesaistoties darījumos, – radot, grozot vai izbeidzot tiesiskās attiecības. Tā ir galvenais priekšnoteikums, lai varētu pilnvērtīgi piedalīties sabiedrības dzīvē. Rīcībspēja un garīgās spējas (angļu val. *mental capacity*) ir atšķirīgi jēdzieni. Garīgās spējas ir personas spējas pieņemt lēmumus, kas indivīdiem dabiski ir atšķirīgas un var atšķirties vienam un tam pašam cilvēkam dažādu faktoru, tostarp vides un sociālo, ietekmē. (UN CRPD, 2014)

Saprātīgi pielāgojumi – tās ir vajadzīgās un atbilstošās izmaiņas un korekcijas (ja tās konkrētā gadījumā ir nepieciešamas un neuzliek nesamērīgu vai nepamatotu slogu), lai nodrošinātu, ka personas ar invaliditāti vienlīdzīgi ar citiem var izmantot vai īstenot visas cilvēktiesības un pamatbrīvības. (ANO, 2006) Satversmes tiesa ir skaidrojusi, ka šādi pielāgojumi nenostāda konkrētās personu grupas labākā stāvoklī kā citas personas un līdz ar to var tikt īstenoti ilgtermiņā. Saprātīgie pielāgojumi ietver,

Rakstu krājumā lietotie jēdzieni

piemēram, pasākumu reorganizēšanu, darba grafika maiņu, mācību programmu un mācīšanas stratēģiju pielāgošanu, medicīnisko procedūru pielāgošanu vai iespēju piekļūt atbalsta personālam bez nesamērīga sloga. Saprātīgi pielāgojumi ir tieši saistīti ar diskriminācijas aizliegumu, bet īpašie pasākumi nodrošina labvēlīgāku attieksmi pret noteiktām personām, lai tādējādi labotu vēsturisko, sistemātisko un sistēmisko šo personu atstumšanu no tiesību izmantošanas. Turklāt saprātīgie pielāgojumi pēc savas dabas ir individuāli, bet īpašie pasākumi – vispārēji un mērķēti uz visiem sociāli nelabvēlīgākā stāvoklī esošas grupas locekļiem. (Satversmes tiesa, 2020b)

Stigmatizācija ir sarežģīts daudzlīmeņu sociāls process, kas ietver sevī marķēšanu, stereotipizāciju, nošķiršanu, statusa zaudēšanu un diskrimināciju varas situācijā. (Link & Phelan, 2001) Cilvēku ar garīgās veselības traucējumiem stigmatizācija var notikt dažādos līmeņos. Žurnāla *Lancet* garīgās veselības komisijas 2022. gada ziņojumā klasificēti četri stigmatizācijas veidi. Pašstigmatizācija ir definēta kā veids, kādā cilvēki ar garīgās veselības traucējumiem uztver sevi kā garīgi neskaidrus un tādējādi mazāk vērtīgus. Asociatīvā stigmatizācija attiecas uz stigmatizācijas internalizāciju, ko veic cilvēki, kuri ir tuvi cilvēkiem ar garīgās veselības traucējumiem (piemēram, ģimenes locekļi). Sabiedrības stigmatizācija (saukta arī par starppersonu stigmatizāciju) ir veids, kādā konkrētas kopienas vai sabiedrības locekļi uztver cilvēkus ar garīgās veselības traucējumiem un izturas pret viņiem. Strukturālā stigmatizācija (saukta arī par sistēmisko vai organizatorisko stigmatizāciju) ir diskriminācija likumos, politikā, kultūras un organizatoriskajā praksē. Tiek atzīts, ka termins “stigmatizācija” pats par sevi ir stigmatizējošs (Thornicroft et al., 2022).

Tiesībspēja ir spēja būt par civilo tiesību nesēju (subjektu). Fiziskai personai tā piemīt no dzimšanas (Autoru kolektīvs, 2000). Tiesībspēja ir neatņemama tiesība, kas piešķirta visiem cilvēkiem, arī personām ar invaliditāti. Tiesībspēja ir juridiskais statuss, kas norāda, ka persona tiek atzīta par tiesību subjektu. Tas var ietvert, piemēram, dzimšanas apliecības esamību, medicīniskās palīdzības saņemšanu, reģistrēšanos vēlēšanu sarakstā vai pases saņemšanu. Tiesības būt tiesību subjektam nodrošina personai iespēju pilnībā aizsargāt savas tiesības. (UN CRPD, 2014)

Vienlīdzība nenozīmē visiem vienādas tiesības. Vienlīdzība pieļauj diferencētu pieeju, ja tā demokrātiskā sabiedrībā ir attaisnojama. Latvijas Republikas Satversmes 91. panta pirmajā teikumā nostiprinātais vienlīdzības princips pieļauj un pat prasa atšķirīgu attieksmi pret personām, kuras atrodas atšķirīgos apstākļos, kā arī pieļauj atšķirīgu attieksmi pret personām, kuras atrodas vienādos apstākļos, ja tam ir objektīvs un saprātīgs pamats. Savukārt Satversmes 91. panta otrajā teikumā ietvertais diskriminācijas aizliegums ir vienlīdzības principa aspekts, kas noteiktās situācijās šo principu precizē un palīdz to piemērot. (Satversmes tiesa, 2020b)

Rakstu krājumā lietotie jēdzieni

IZMANOTĀ 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

Saeima (2002) *Sociālo pakalpojumu un sociālās palīdzības likums*. <https://likumi.lv/ta/id/68488>

Saeima (2009) *Pacientu tiesību likums*. <https://likumi.lv/ta/id/203008-pacientu-tiesibu-likums>

Saeima (2010) *Invaliditātes likums*. <https://likumi.lv/ta/id/211494-invaliditates-likums>

TIESU PRAKSE

Eiropas Cilvēktiesību tiesa

European Court of Human Rights (2013, December 5) *Arskaya v. Ukraine*, App. No. 45076/05, HUDOC, paras. 69–70. <https://hudoc.echr.coe.int/fre?i=001-138590>

Satversmes tiesa

Satversmes tiesa (2020a) 2020. gada 6. septembra spriedums lietā Nr. 2019-27-03. https://www.satv.tiesa.gov.lv/web/viewer.html?file=/wp-content/uploads/2019/11/2019-27-03_Spriedums-1.pdf#search=

Satversmes tiesa (2020b) 2020. gada 10. jūlijā spriedums lietā Nr. 2019-36-01. https://www.satv.tiesa.gov.lv/web/viewer.html?file=/wp-content/uploads/2019/12/2019-36-01_Spriedums.pdf

LITERATŪRA UN CITI AVOTI

Autoru kolektīvs (2000) *Latvijas Republikas Civillikuma komentāri. Saistību tiesības*. K. Torgāna vispārīgā zin. red. Rīga: Mans Īpašums, 24.

Devandas Aguilar, C. (2017) *Report of the Special Rapporteur on the rights of persons with disabilities*. <https://docs.un.org/en/A/%20HRC/37/56>

Grēviņš, V. (2021) Smirnova, Anastasija. Sociālā aprūpe pilsētās Latvijas teritorijā (19. gs. beigās – 1940. g.): daži fakti un ieskats 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.].

Ilves, A. (2023) Kā izprast ANO Konvenciju par personu ar invaliditāti tiesībām? *Latvijas Republikas Tiesībsargs*. https://www.tiesibsargs.lv/wp-content/uploads/2023/11/parskats_invaliditates_modeli.pdf [skatīts 30.06.2025.].

Lickiewicz, J., Efke, S. A., Husum, T. L., Lantta, T., Pingani, L., Whittington, R. (2024) Expert opinions on improving coercion data collection across Europe: A concept mapping study. *Frontiers in Psychiatry*, 15. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2024.1403094>

Rakstu krājumā lietotie jēdzieni

Link, B. G., Phelan, J. C. (2001) Conceptualizing Stigma. *Annual Review of Sociology*, 27 (1), 363–385. <https://doi.org/10.1146/annurev.soc.27.1.363>

Olsena, S., Kadile, L. (2021) *Lemtpējas un rīcībspējas nošķiršana pacientu tiesību aizsardzības procesā*. [Stenda referāts]. LU Juridiskās fakultātes 8. starptautiskā zinātniskā konference “Jaunā tiesiskā realitāte: Izaicinājumi un risinājumi”, Rīga, 22. oktobris. https://www.lawconference.lu.lv/fileadmin/user_upload/LU.LV/Apaksvietnes/Fakultates/www.jf.lu.lv/zinas/2021/Posters/Poster_Olsena-Kadile.pdf

PVO (2003) Starptautiskā funkcionēšanas, nespējas un veselības klasifikācija: SFK. Tulk. latv. val. Rīga. <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. <https://www.vm.gov.lv/lv/media/10325/download?attachment> [skatīts 10.02.2026.].

Saxena, S., Sharan, P. (2008) Mental Health Resources and Services. In: *International Encyclopedia of Public Health*, pp. 418–430. <https://doi.org/10.1016/B978-012373960-5.00043-5>

Szmukler, G. (2015) Compulsion and “coercion” in mental health care. *World Psychiatry*, 14, 259–261. <https://doi.org/10.1002/wps.20264>

Slokenberga, S., Olsena, S. (2022) Pacientu tiesības. No: *Medicīnas tiesības. Otrais papildinātais izdevums*. Aut. kol. S. Slokenbergas un S. Olsenas zin. red. Rīga: Tiesu namu aģentūra, 51.–112. lpp.

Thornicroft, G., Sunkel, C., Aliev, A. A., Baker, S., Brohan, E., Chammay, R., et al. (2022) The Lancet Commission on ending stigma and discrimination in mental health. *The Lancet*, 400 (10361), pp. 1438–1480. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(22\)01470-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)01470-2)

UN CRPD – United Nations, Committee on the Rights of Persons with Disabilities (2014) *General comment No. 1 (2014)*. <https://docs.un.org/en/CRPD/C/GC/1>

United Nations Sustainable Development Group (n.d.) *Human Rights-Based Approach*. <https://unsdg.un.org/2030-agenda/universal-values/human-rights-based-approach> [skatīts 15.03.2025.].

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 (n.d.) *International Classification of Diseases for Mortality and Morbidity Statistics, Eleventh Revision, Reference Guide*. <https://icd.who.int/browse/2024-01/mms/en#334423054>

WHO (2025) *Mental disorders*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>

WHO Regional Office for Europe (2022) *WHO European framework for action on mental health 2021–2025*. <https://www.who.int/europe/publications/i/item/9789289057813>

WHO & United Nations (2023) *Mental Health, Human Rights and Legislation: Guidance and Practice*. 1st ed. Geneva: World Health Organization and the United Nations (represented by the Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights).

Ziņas par autoriem About authors

Mari Amosa (*Mari Amos*) ir igauņu juriste ar starpdisciplināru izglītību Eiropas studijās un sabiedrības veselībā. Ieguvusi jurista grādu Igaunijā, maģistra grādu Eiropas studijās Lundas Universitātē un maģistra grādu sabiedrības veselībā Tartu Universitātē, specializējoties iedzīvotāju garīgajā veselībā. Papildus absolvējusi Igaunijas Diplomātijas skolu un specializētas apmācības stratēģiskajā publiskā sektora vadībā un veselības aprūpes vadībā. Strādājusi vairākās Igaunijas valsts iestādēs veselības un sociālās politikas jomā. Igaunijas prezidentūras laikā Eiropas Savienības Padomē pildījusi saziņas koordinatores pienākumus Eiropas Parlamenta komitejās ENVI, EMPL un FEMM. Koordinējusi ES veselības aprūpes tiesību aktu transponēšanu valsts tiesību aktos, īpašu uzmanību pievēršot informētajai piekrišanai pārrobežu veselības aprūpē.

Mari Amos is an Estonian lawyer with interdisciplinary training in European studies and public health. She holds a BA from Institute of Law, Tallinn, Estonia, an MA in European Studies from Lund University, and an MPH from University of Tartu, specialising in population mental health. In addition, she has completed studies at the Estonian School of Diplomacy, as well as executive programmes in strategic public sector management and healthcare leadership.

Her professional experience encompasses positions at several Estonian public institutions in the fields of health and social policy, including within the Estonian Presidency of the Council of the European Union, serving as liaison to the European Parliament committees ENVI, EMPL and FEMM. She has coordinated the transposition of EU health legislation into national law, with particular attention to informed consent in cross-border healthcare.

She currently serves as Adviser on Pharmaceuticals at the Estonian Ministry of Social Affairs and is a member of the European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment. For eight years, she was a member of the United Nations Subcommittee on Prevention of Torture. During her membership, she contributed to the drafting of several health-related standards and thematic papers, including the document on reasonable accommodation under the Convention on the Rights of Persons with Disabilities and on smoking in prisons.

Inesa Fauša (Inesa Fausch), *PhD*, ir tiesību pētniece un juriste ar vairāk nekā 10 gadu profesionālo pieredzi veselības tiesību jomā. Patlaban viņa ir pētniece Bāzeles Universitātes Nacionālās pētniecības programmas projektā “Organoīdu izmantošana 3R veicināšanai saskaņā ar Šveices tiesību aktiem”. 2019. gadā ieguvusi doktora grādu Bāzeles Universitātes Juridiskajā fakultātē, aizstāvot disertāciju “Personalizētā medicīna kā izaicinājums patentu tiesībām”. Ieņēmusi amatus valsts un akadēmiskajās institūcijās (Bāzeles Universitāte, Šveices Salīdzinošo tiesību institūts), uzņēmumā *Novartis AG*, nevalstiskajās organizācijās *AO Foundation* un *EUCOPE*, kā arī advokātu birojā *Ellex*. Daudzu publikāciju autore veselības tiesību jomā, tostarp raksta “Tiesību akti par miniatūriem orgānu prototipiem laboratorijas traukā. Organoīdu juridiskā statusa iespēju kartēšana Šveices tiesību aktos” (*Journal of Law and the Biosciences, Oxford University Press, 2024. gada decembris*) un sadarbībā ar Aurēliju Mahalāčimiju (*Aurelie Mahalatchimy*) enciklopēdijas (*Online Encyclopaedia of EU Health Law, Oxford University Press, 2025*) šķirklī par uzlabotas terapeitiskās iedarbības zālēm. Arī tiesību un zinātnes jautājumiem veltīta starpdisciplinārā raidieraksta *Law in Science* vadītāja.

Inesa Fausch, *PhD*, is a postdoctoral scholar, legal researcher and attorney-at-law with over 10 years of professional experience in health law. She is currently a researcher at Basel University within the National Research Programme “The Use of Organoids to Promote 3Rs under Swiss Law”, project No. 79. In 2019, she received her PhD from the University of Basel, Faculty of Law, with the thesis “Personalized medicine as a challenge for patent law”. She has held positions in state institutions and academia (University of Basel, Swiss Institute of Comparative Law), industry (Novartis AG), non-governmental organisations (AO Foundation, EUCOPE) and law firm (Ellex). Inesa Fausch is the author of numerous publications in the field of health law, including “The law for mini-organ prototypes in a dish. Mapping the legal status options for organoids in Swiss law” (*Journal of Law and the Biosciences, Oxford University Press, December 2024*), and the entry on ATMPs (with Aurelie Mahalatchimy) in the *Online Encyclopaedia of EU Health Law* (Oxford University Press, 2025).

Inesa Fausch is the host of the interdisciplinary podcast “Law in Science”.

Laura Kadīle, *PhD* (Latvijas Universitāte), medicīnas tiesību docente Rīgas Juridiskajā augstskolā. Izstrādājusi promocijas darbu, iepazīstinot tiesību zinātniekus Latvijā ar lemtspējas jēdzienu un lemtspējas novērtēšanu ārstniecībā. Latvijas Zvērinātu notāru padomes Personu rīcības spējas un gribas novērtēšanas vadlīniju autore. Aktīvi piedalās starptautiskās zinātniskās konferencēs un publicē pētījumus par mazāk aizsargātu personu aizsardzību, mentālo veselību, medicīnas ētiku, ilgtspējīgu veselības aprūpi un farmācijas tiesībām. Pēdējie pētījumi aptver arī tēmas par kibernetiķi, mākslīgo

intelektu un digitālo transformāciju. Docē studiju kursus un vieslekcijas gan Rīgas Juridiskajā augstskolā, gan arī ārpus Latvijas.

Laura Kadile, *PhD*, is assistant professor of health law at Riga Graduate School of Law. In her doctoral thesis, she has introduced the concept of decision-making capacity in healthcare and the procedure for assessing this capacity in Latvia. Laura Kadile is the author of the guidelines of the Council of Sworn Notaries of Latvia for assessing a person's capacity to act and will. She actively participates in international scientific conferences and publishes her research results, focusing on topics such as the protection of vulnerable persons, mental health, medical ethics, sustainable healthcare, and pharmaceutical law. Her latest research encompasses topics such as cybersecurity, artificial intelligence, and digital transformation. In addition, Laura Kadile teaches courses and gives guest lectures at Riga Graduate School of Law, as well as abroad.

Marina Loseviča ir pieredzējusi psihiatre, pētniece un pedagoģe. Ieguvusi ārsta grādu Latvijas Medicīnas akadēmijā (tagad RSU) 2002. gadā, ārsta-psihiatra sertifikātu – 2005. gadā. 2020. gadā ieguvusi sociālo zinātņu maģistra grādu Rīgas Stradiņa universitātē, aizstāvot darbu par medicīnisku piespiedu līdzekļu problēmjautājumiem. Strādājot klīnisko, pedagoģisko un pētniecisko darbu, ieguvusi eksperta zināšanas un pieredzi vairākās psihiatrijas apakšnozarēs, arī tiesu psihiatrijā un kopienā balstīto psihiatrisko pakalpojumu sniegšanā, kā arī bērnu tiesību aizsardzības jautājumos. Pētniecības intereses: psihiatrijas vēsture, psihiatriskās palīdzības organizācija, kvalitāte un pacientu tiesību īstenošana. Latvijas Ārstu biedrības un Latvijas Psihiatru asociācijas biedre, bijusi Latvijas pārstāve COST akcijā CA19133 *Fostering and Strengthening Approaches to Reducing Coercion in European Mental Health Services*.

Marina Loseviča is an experienced psychiatrist, researcher and educator. She received her medical degree from the Latvian Medical Academy (now Riga Stradiņš University) in 2002, followed by her licensure as a psychiatrist in 2005. In 2020, she obtained a Master's degree in social sciences from Riga Stradiņš University with a thesis focusing on coercive medical measures. Through her clinical, teaching and research work, she has gained expert knowledge and experience in various subfields of psychiatry, *inter alia*, forensic psychiatry and community-based mental care, as well as safeguarding children's rights. Her research interests include history of psychiatry, the provision and quality of psychiatric care, and the implementation of patient rights. She is a member of the Latvian Medical Association and the Latvian Psychiatric Association and has represented Latvia in the COST Action CA19133,

“Fostering and Strengthening Approaches to Reducing Coercion in European Mental Health Services”.

Dirdre Madena (*Deirdre Madden*), PhD, ir Korkas Universitātes tiesību zinātnes profesore, kas specializējas veselības aprūpes tiesībās. Bijusi daudzu valsts konsultatīvo komiteju, ekspertu darba grupu un regulatīvo iestāžu locekle bioētikas, pacientu drošības un veselības aprūpes regulējuma jomā, arī Komisijā par asistēto cilvēka reprodukciju, Komisijā par pacientu drošību, Medicīnas padomē, Veselības un sociālās aprūpes profesionāļu padomē, Veselības informācijas un kvalitātes iestādē, HSE Nacionālajā piekrišanas grupā un Ekspertu konsultatīvajā grupā Pilsoņu asamblejā par 8. konstitūcijas grozījumu. Bijusi viesprofesore Apvienotajā Karalistē, ASV un Austrālijā. 2020. gadā ievēlēta par Īrijas Karaliskās akadēmijas locekli (*MRIA*), no 2019. līdz 2024. gadam bija Veselības aprūpes dienesta izpilddirektora vietniece. 2025. gada oktobrī iecelta par Cilvēka reprodiktīvo veselību regulējošās iestādes priekšsēdētāju.

Deirdre Madden, PhD, is a professor of law at University College Cork specialising in healthcare law. She has served as a member of many national advisory committees, expert working groups and regulatory bodies in the areas of bioethics, patient safety, and healthcare regulation including the Commission on Assisted Human Reproduction, the Commission on Patient Safety, the Medical Council, the Health and Social Care Professionals Council, the Health Information and Quality Authority, the HSE National Consent Group, and the Expert Advisory Group to the Citizen's Assembly on the 8th Amendment to the Constitution. She has been a visiting professor in the UK, US, and Australia. She was elected as a Member of the Royal Irish Academy (*MRIA*) in 2020 and was Deputy Chair of the Health Service Executive in 2019–2024. Professor Madden was appointed Chair of the Assisted Human Reproduction Regulatory Authority in October 2025.

Solvita Olsena, Dr. iur., ir pieredzējusi zvērināta advokāte un Latvijā vadošā tiesību zinātniece, kas specializējas veselības (medicīnas) tiesībās un cilvēktiesībās. Latvijas Universitātes Medicīnas fakultātes asociētā profesore un vadošā pētniece (2013–2024), lektore un docente Rīgas Stradiņa universitātē (2006–2013). Ieguvusi ārsta grādu Latvijas Medicīnas akadēmijā (tagad RSU) 1996. gadā, profesionālo jurista kvalifikāciju Latvijas Universitātē 2004. gadā. Tiesību zinātnes doktore, promocijas darbu “Mirusā cilvēka aizsardzība un audu izmantošana medicīnā” aizstāvējusi Latvijas Universitātē 2010. gadā. Pētniecības intereses: cilvēktiesības veselības aprūpē un tiesības uz veselības aizsardzību, pacientu tiesības, cilvēku ar garīgiem traucējumiem cilvēktiesību aizsardzība, privātās dzīves aizsardzības tiesības, seksuālās un reprodiktīvās veselības aizsardzības tiesības. Latvijas Zinātnes padomes finansētā

pētniecības projekta “Cilvēktiesībās balstīta pieeja pacientu ar garīga rakstura traucējumiem un ierobežotu lemtspēju ārstēšanā: tiesiskā, ētiskā un klīniskā perspektīva” (Nr. lzp-2020/1-0397) vadītāja (2021–2024).

Solvita Olsena, Dr. iur., is an experienced attorney at law and a leading legal scholar in Latvia specialising in health and medical law, as well as human rights. She has been an associate professor and leading researcher at the University of Latvia, Faculty of Medicine (2013–2024), as well as a lecturer and docent at Riga Stradiņš University (2006–2013). She obtained her medical degree from the Latvian Medical Academy (now Riga Stradiņš University) in 1996, and her professional legal qualification from the University of Latvia in 2004. Solvita Olsena holds a doctoral degree in law, and her thesis “Protection of the Deceased and Use of Tissue in Medicine” was defended at the University of Latvia in 2010. Her research interests include human rights in healthcare, the right to health protection, patients’ rights, the protection of the human rights of people with mental disorders, the right to protection of private life, and the sexual and reproductive health and rights. She has headed the project financed by the Latvian Council of Science “Towards a human rights approach for mental health patients with a limited capacity: A legal, ethical and clinical perspective”, No. lzp-2020/1-0397 (2021–2024).

Sanita Osipova, Dr. iur., ir Latvijas Universitātes Juridiskās fakultātes profesore (kopš 2006), Latvijas Republikas Augstākās tiesas senatore (kopš 2024), bijusi Satversmes tiesas tiesnese (2011–2022) un priekšsēdētāja (2020–2022). Vairāk nekā 150 dažādu publikāciju par tiesību vēsturi, konstitucionālajām tiesībām (konstitucionālo identitāti, valsts valodu, personas pamattiesībām un Satversmes vērtībām), tiesību socioloģiju (piemēram, tiesību efektivitāti un juridisko kultūru) un jurista ētiku autore. Latvijas Zinātņu akadēmijas īstenā locekle. Profesora Kārļa Dišlera fonda dibinātāja un asamblejas locekle. Starptautiskās Eiropas salīdzināmās tiesību vēstures asociācijas (ESCLH) biedre un starptautiskās Tiesību socioloģijas pētniecības komitejas (RCSL) dalībniece. 2021. gadā saņēmusi Latvijas Zinātņu akadēmijas Arveda Švābes vārdbalvu Latvijas vēsturē par rakstu krājumu “Nācija, valoda, tiesiska valsts: ceļā uz rītdienu”. 2022. gadā iecelta par Triju Zvaigžņu ordeņa komandieri.

Sanita Osipova, Dr. iur., is a professor at the Faculty of Law at the University of Latvia (since 2006), a senator at the Supreme Court of the Republic of Latvia (since 2024), a former judge at the Constitutional Court (2011–2022), and a former president of the Constitutional Court (2020–2022). She is the author of over 150 publications on legal history and constitutional law, including works on constitutional identity, state language, the fundamental rights of individuals, constitutional values, the sociology of law (e.g. legal effectiveness and legal culture), and legal ethics. She is a full

member of the Latvian Academy of Sciences, as well as the founder and member of the Professor Kārlis Dišlers Foundation. She is also a member of the European Society for Comparative Legal History (ESCLH) and the Research Committee on the Sociology of Law (RCSL). In 2021, she was awarded Arvids Švābe Prize for Latvian History by the Latvian Academy of Sciences for her collection of articles “Nation, Language, Rule of Law: On the Road to Tomorrow”. In 2022, she was appointed Commander of the Order of the Three Stars.

Cilvēktiesībās balstīta veselības aprūpe cilvēkiem ar garīgiem traucējumiem
Rakstu krājuma sastādītāja Solvita Olsena

LU Akadēmiskais apgāds
Aspazijas bulvāris 5-132, Rīga, LV-1050, Latvija

www.apgads.lu.lv

Interneta grāmatnīca: gramatas.lu.lv

Rakstu krājumā tiek analizētas cilvēktiesībās balstītas garīgās veselības aprūpes ieviešanas iespējas Latvijā, īpašu uzmanību pievēršot nepieciešamajām tiesību un prakses reformām, lai tiktu ievēroti ANO Konvencijas par personu ar invaliditāti principi. Tiek raksturots pastāvošais tiesiskais regulējums, analizēti tā trūkumi un piemērošanas iespējas, kā arī aplūkota citu Eiropas valstu – Lietuvas, Igaunijas un Īrijas – pieredze

Rakstu autori cer, ka krājumā apkopotās atziņas un priekšlikumi sniegs ieguldījumu cilvēktiesībās balstītā garīgās veselības aizsardzībā un aprūpē, kā arī aicina tos izmantot reformas plānošanā un īstenošanā.

This collection of articles is devoted to analysing the potential for introducing a human rights-based approach to mental healthcare in Latvia, with a particular focus on the legal and practical reforms required to ensure compliance with the principles of the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities.

This analysis outlines the existing legal framework, evaluates its shortcomings and potential for application, as well as considers the experiences of other European countries – Lithuania, Estonia and Ireland.

The authors hope that the findings and proposals contained in this collection will contribute to human rights-based mental healthcare, and urge policy-makers to consider them in reform planning and implementation.



LATVIJAS
UNIVERSITĀTE