



Veselības ministrija



Nacionālais veselības
dienests



NACIONĀLAIS PSIHISKĀS
VESELĪBAS CENTRS

Izvērtējums

Ārstniecības likuma 68.pantā ietverto lietu izskatīšanas process

2025

Ārstniecības likuma 68.pantā ietverto lietu izskatīšanas process, 2025

Izvērtējuma autoru kolektīvs:

Nacionālais psihiskās veselības centrs, Valsts SIA

Metodiskās vadības institūcija psihiatrijas jomā: Jeļena Vrublevska,
Linda Šeldere, Zane Egle, Deniss Ovčarenko

Nacionālais psihiskās veselības centrs, Valsts SIA

Psihiatriskās palīdzības dienesta stacionāra virsārste Beāte Šternberga

VSIA "Slimnīca" "Ģintermuiža"

valdes loceklis Artūrs Blekte

VSIA "Piejūras slimnīca"

galvena ārste Evija Siliņa

VSIA "Strenču Psihoneiroloģiskā slimnīca"

galvenā ārste Inga Bauska

VSIA "Daugavpils Psihoneiroloģiskā slimnīca"

psihiatrs Ņikita Šakels

Izvērtējums saskaņots ar:

Nacionālais psihiskās veselības centrs, Valsts SIA

Iveta Ķiece, Beāte Šternberga

VSIA "Slimnīca "Ģintermuiža""

Artūrs Blekte

VSIA "Piejūras slimnīca"

Evija Siliņa

VSIA "Daugavpils psihoneiroloģiskā slimnīca"

Sarmīte Ķikuste, Reinis Joksts

VSIA "Strenču psihoneiroloģiskā slimnīca"

Maija Ancveriņa, Inga Bauska

Latvijas Psihiatru asociācija

Māris Taube, Elmārs Tērauds



ĢINTERMUIŽA



PIEJŪRAS
SLIMNĪCA



LATVIJAS
PSIHIATRU
ASOCIĀCIJA

**Pārpublicēšanas un citēšanas gadījumā atsauce obligāta!*

SATURA RĀDĪTĀJS

Ievads	4
1. Vēsture	6
2. Esošais normatīvais regulējums	8
3. Citu valstu pieredze	11
4. Pašreizējo Ārstniecības likuma 68.panta lietu konsīliju prakse	14
5. Pastāvošie trūkumi un iespējamie risinājumi.....	22
5.1. Tiesas sēdes formāta neatbilstība Ārstniecības likuma 68.panta devītās daļas prasībai par izskatīšanu psihiatriskajā ārstniecības iestādē.....	22
5.2. Psihiatra obligāta dalība tiesas sēdē.....	25
5.3. Policijas ziņojumu trūkums par pacienta nogādāšanas apstākļiem psihiatriskajā slimnīcā	28
5.4. Pacientu informēšanas trūkums ierobežo viņu autonomiju un tiesības uz līdzdalību ārstēšanā.....	30
5.5. Formāla advokātu pārstāvība ierobežo pacienta tiesības uz efektīvu aizstāvību	34
5.6. Cieņpilnas attieksmes trūkums un pacientu uzticēšanās zudums ārstniecības procesā.....	38
5.7. Neaktuālas vai nepilnīgas informācijas izmantošana tiesas lēmuma pieņemšanā	41
5.8. Sociālo pakalpojumu trūkums kā faktors, kas paildzina vai liek uzsākt psihiatriskās palīdzības sniegšanu bez pacienta piekrišanas.....	43
6. Konsīlija lēmuma standartizācija.....	47
Secinājumi un priekšlikumi.....	49
Izmantoto avotu un literatūras saraksts	50
Pielikumi	52
1.pielikums “Ārstniecības likuma 68.panta konsīlija forma”.....	52

Ievads

Personu ar psihiskiem traucējumiem un psihiskām slimībām ārstniecību reglamentē Ārstniecības likuma XI nodaļa - Psihiskās slimības. Ārstniecības likuma¹ 65.pants nostiprina principu, ka psihiatrijas pacientiem pienākas visas likumos noteiktās tiesības un ka psihiska slimība nedrīkst būt par iemeslu personas diskriminācijai. Psihiatrijas palīdzība parasti balstās uz brīvprātības principu (Ārstniecības likuma 67.panta pirmā daļa) - pacienta stacionēšanai nepieciešama pacienta rakstveida piekrišana un ārsta - psihiatra pamatots lēmumus par ārstēšanas nepieciešamību (otrā daļa). Tomēr likums paredz arī divus izņēmumus, kad pacienta ārstēšana psihiatriskajā slimnīcā iespējama pret viņa gribu (piespiedu kārtā). Līdz ar to Ārstniecības likuma XI nodaļas normām izriet, ka ārstēšanās psihiatriskajā slimnīcā iespējama:

- 1) brīvprātīgi (Ārstniecības likuma 67.pants);
- 2) bez pacienta piekrišanas (Ārstniecības likuma 68.pants);
- 3) pēc tiesas lēmuma krimināllietā kā medicīniska rakstura piespiedu līdzeklis.²

Ārstniecības likuma 68.pants ir izstrādāts, lai līdzsvarotu sabiedrības un paša pacienta drošības intereses ar pacienta tiesību aizsardzību. Nenoliedzami piespiedu ārstēšana psihiatrijā būtībā ir cilvēka tiesību ierobežojums, tādēļ likums nosaka stingrus kritērijus un procedūru, kas jāievēro šādos gadījumos. Psihiatriskās palīdzības sniegšana bez piekrišanas pieļaujama tikai izņēmuma gadījumos, kad konstatējami tādi akūti psihiski traucējumi, kas reāli apdraud pacienta vai citu personu dzīvību (piemēram, agresīva rīcība). Lai garantētu pacienta tiesības, lēmumu par šādas palīdzības sniegšanu pieņem ārstu konsīlijs un tas pakļauts tūlītējai tiesas kontrolei.³ Vienlaikus norādāms, ka tiesu praksē ir konstatēti gadījumi, kad persona atzīta par

¹ Ārstniecības likums: *Latvijas Republikas likums*. Latvijas Vēstnesis Nr.167/168, 01.07.1997.

² Augstākās tiesas Senāta Civillietu departamenta 2013.gada 18.oktobra sprieduma lietā Nr.SKC-216/2013 7.3.punkts.

³ Turpat.

nelikumīgi turētu psihiatrijas stacionārā, jo nav ievērota likumā noteikta kārtība, un pacientam piespriesta kompensācija par morālo kaitējumu.⁴

Metodiskā standarta mērķis bija izvērtēt un pilnveidot Ārstniecības likuma 68.panta lietu izskatīšanas procesu, lai nodrošinātu vienotu un juridiski korektu pieeju visās psihiatriskajās ārstniecības iestādēs. Šī mērķa sasniegšanai tika analizēta pašreizējā prakse un identificētas nepilnības, ņemot vērā ārstniecības iestāžu un speciālistu pieredzi. Pamatojoties uz veikto izvērtējumu, ir izstrādātas rekomendācijas vienotas konsīlija lēmuma formas un procedūras ieviešanai, kas veicinās ne tikai pacientu tiesību ievērošanu, bet arī paša procesa efektivitāti.

⁴ Vidzemes apgabaltiesas Civillietu tiesas kolēģijas 2013.gada 27.decembra spriedums lietā Nr.C38042610.

1. Vēsture

Līdz Ārstniecības likuma pieņemšanai 1997. gadā Latvijā nebija vienota un visaptveroša normatīvā akta, kas regulētu ārstniecību, tostarp psihiatriskās palīdzības sniegšanu. Ārstniecības jomu regulēja dažādi normatīvie akti, kas bija saglabājuši savu spēku pēc neatkarības atgūšanas. Psihiatrisko pacientu ārstēšana bez viņu piekrišanas galvenokārt balstījās uz PSRS Veselības aizsardzības ministrijas instrukcijām, kā arī Kriminālkodeksa un Civilkodeksa normām.

1997. gada 12. jūnijā pieņemtā Ārstniecības likuma (spēkā kopš 01.10.1997.) XI nodaļa nosaka normatīvo regulējumu psihisko traucējumu ārstēšanā. 67. pants noteic, ka psihiatriskā palīdzība balstās uz brīvprātības principu. Savukārt, 68. pantā ir definēti nosacījumi, pie kuriem psihiatrisko palīdzību var sniegt pret pacienta gribu – konstatēta vai paredzama bīstamība sev vai apkārtējiem, kā arī nespēja pieņemt apzinātus lēmumus ar sekojošu nopietnu veselības stāvokļa pasliktināšanos vai sabiedriskās kārtības traucējumiem.

2007. gada 30. janvārī pēc Valsts cilvēktiesību biroja (šobrīd - Tiesībsarga biroja) pieteikuma Satversmes tiesā, kur tika apstrīdēta Ārstniecības likuma 68.panta atbilstība Latvijas Republikas Satversmes 91. un 92.pantam, Eiropas Cilvēka tiesību un pamatbrīvību aizsardzības konvencijas 5.pantam un ANO Starptautiskā pakta par pilsoniskajām un politiskajām tiesībām 9.pantam.

Latvijas Republikas Saeima veica grozījumus Ārstniecības likumā. 2007. gada 15. martā izsludinātie grozījumi (spēkā no 29.03.2007.) noteic, ka, personas ievietošana likumā noteiktajos gadījumos psihiatriskās palīdzības sniegšanai psihiatriskās ārstniecības iestādē bez viņas piekrišanas ir iespējama vienīgi ar tiesas akceptu. Proti, psihiatru konsīlija pieņemto lēmumu par psihiatriskās palīdzības sniegšanu psihiatriskajā ārstniecības iestādē bez pacienta piekrišanas ikvienā gadījumā jāizvērtē tiesai. Attiecībā uz piespiedu psihiatrisko palīdzību un piespiedu psihiatrisko ārstēšanu Eiropas Cilvēka tiesību un pamatbrīvību aizsardzības konvencijas 5. pants nosaka, ka piespiedu ievietošana psihiatriskajā ārstniecības iestādē notiek saskaņā ar likumā noteiktu kārtību un piespiedu ievietošana psihiatriskajā ārstniecības iestādē tiek izskatīta tiesā. Tādējādi, ar minētajiem grozījumiem likumā tika iekļauta piespiedu psihiatriskās palīdzības sniegšanas kārtība, paredzot, ka personas piespiedu

hospitalizācija psihiatriskās palīdzības sniegšanai tiek izskatīta neatkarīgā un objektīvā tiesā jau 72 stundu laikā pēc hospitalizācijas. Tostarp likumā tika iekļauta norma, saskaņā ar kuru personai tiek paredzētas tiesības uz juridisko pārstāvību.

2. Esošais normatīvais regulējums

Ārstniecības likuma 68.pants nosaka konkrētus gadījumus un kārtību, kādā persona var tikt stacionēta psihiatriskajā ārstniecības iestādē pret savu gribu. Psihiatriskā palīdzība bez pacienta piekrišanas drīkst tikt sniegta tikai tad, ja pacients:

1) ir draudējies 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.

Šie kritēriji nodrošina, ka piespiedu hospitalizācija tiek izmantota tikai situācijās, kad pastāv reāls nopietns apdraudējums pacienta vai citu personu dzīvībai, veselībai vai drošībai, vai arī kritisks pašaprūpes trūkums. Ja konstatēts kaut viens no iepriekš minētajiem apstākļiem, Ārstniecības likuma 68.pantā ir noteikta turpmākā procesuālā kārtība.

Sākotnēji psihiatru konsīlijs 72 stundu laikā izmeklē pacientu un pieņem lēmumu par psihiatriskās palīdzības sniegšanu psihiatriskajā ārstniecības iestādē bez pacienta piekrišanas vai par šīs palīdzības pārtraukšanu (Ārstniecības likuma 68.panta trešā daļa). Tādējādi ne vēlāk kā 72 stundu laikā no pacienta uzņemšanas ir nepieciešams izvērtēt pacienta psihisko stāvokli (tostarp veikt nepieciešamās apskates un novērošanu), lai pieņemtu lēmumu - apstiprināt nepieciešamību sniegt psihiatrisko palīdzību bez pacienta piekrišanas vai arī atteikt/pārtraukt piespiedu palīdzību. Šāds lēmums nekavējoties ir jāpieņem pacientam (ceturtās daļas pirmais teikums), bet ja tiek pieņemts lēmums par psihiatriskās palīdzības sniegšanu - jāinformē arī pacienta likumiskais pārstāvis (ceturtās daļas otrais teikums). Minētā rīcība nodrošina, ka lēmumu par pacienta tiesību ierobežošanu pieņem koleģiāli pieredzējuši speciālisti,

nevis viens ārsts individuāli, kā arī Pacientu tiesību likuma⁵ 4.¹. panta ievērošanu attiecībā uz pacienta tiesībām uz informāciju par savu veselību.

Ja psihiatru konsīlijs ir pieņēmis lēmumu par psihiatriskās palīdzības sniegšanu bez pacienta piekrišanas, ārstniecības iestādei 24 stundu laikā rakstveidā jāinformē rajona (pilsētas) tiesa pēc ārstniecības iestādes atrašanās vietas, vienlaikus tiesai nosūtot konsīlija lēmuma norakstu un visus dokumentus, kas pamato pacienta piespiedu ievietošanu stacionārā, kā arī sniedz ziņas par pacienta pārstāvi, ja tāds ir (piektā daļa). Šī prasība nodrošina ātru tiesas iesaisti - faktiski piespiedu hospitalizācijas leģitimitāte tiek pārbaudīta jau pirmajās dienās neatkarīgā un objektīvā tiesu varas institūcijā.

Pēc materiālu saņemšanas tiesnesis 72 stundu laikā izskata slēgtā tiesas sēdē pašā psihiatriskajā ārstniecības iestādē, kur atrodas pacients. Šādā tiesas sēdē piedalās pacients (ja to pieļauj viņa veselības stāvoklis), prokurors, pacienta pārstāvis vai advokāts (devītā un desmitā daļa). Lietas izskatīšana notiek slēgtā tiesas sēdē, lai aizsargātu pacienta privātumu un ievērotu, Vispārīgās datu aizsardzības regulas prasības. Tiesnesim ir paredzētas arī tiesības pēc sava ieskata vai arī pēc prokurora, pacienta pārstāvja vai advokāta motivēta lūguma var lemt par materiālu izskatīšanas atlikšanu uz laiku, kas nav ilgāks par 48 stundām, ja vien materiālus nav iespējams izskatīt tāpēc, ka 1) nav ieradusies kāda no lietas izskatīšanai likumā paredzētajām personām vai 2) nepieciešams iegūt papildu pierādījumus.

Tiesnesis, iepazīstoties ar iesniegtajiem materiāliem un uzklusot klātesošos, pieņem lēmumu - apstiprināt psihiatru konsīlija lēmumu vai atteikt apstiprināt konsīlija lēmumu (vienpadsmitā daļa). Praktiski tas nozīmē, ka tiesa lemj, vai pacienta piespiedu stacionēšanu turpināt (atzīstot, ka tā ir bijusi pamatota), vai arī nekavējoties to izbeigt un pacientu izrakstīt no stacionāra. Tādējādi tiesa veic neatkarīgu kontroli pār psihiatru konsīlija lēmumu, nodrošinot, ka piespiedu brīvības ierobežojums tiek piemērots tikai tad, ja tiešām pastāv likumā minētie priekšnoteikumi un ir pietiekami pierādījumi, kas to apliecina.

Ja tiesnesis apstiprina konsīlija lēmumu (t.i. atzīst pacienta piespiedu ārstēšanu par pamatotu), tad saskaņā ar Ārstniecības likuma 68.panta trīspadsmito daļu šāds

⁵ Pacientu tiesību likums: *Latvijas Republikas likums*. Latvijas Vēstnesis Nr.205, 30.12.2009.

lēmumus ir spēkā līdz diviem mēnešiem. Divu mēnešu termiņš ir maksimālais piespiedu ārstēšanas periods, ko var turpināt bez jauna tiesas izvērtējuma.

Ja tiesnesis apstiprina konsīlija lēmumu (t.i. atzīst pacienta piespiedu ārstēšanu par pamatotu), tad saskaņā ar Ārstniecības likuma 68.panta trīspadsmīto daļu šāds lēmumus ir spēkā līdz diviem mēnešiem. Divu mēnešu termiņš ir maksimālais psihiatriskās palīdzības bez pacienta piekrišanas sniegšanas periods, ko var turpināt bez jauna tiesas izvērtējuma. Pirms šī termiņa beigām (saskaņā ar Ārstniecības likuma septiņpadsmito daļu - ne vēlāk kā 7 dienas pirms termiņa iztecējuma) psihiatriskajā iestādē tiek sasaukts psihiatru konsīlijs, kas atkārtoti izmeklē pacientu. Konsīlijs lemj, vai psihiatriskā palīdzība bez piekrišanas joprojām nepieciešama vai pacients jau var turpināt ārstēšanos brīvprātīgi (vai tikt izrakstīts). Ja šāda ārstēšana bez pacienta piekrišanas vairs nav nepieciešama, pacients nekavējoties jāatbrīvo pirms tiesneša lēmumā noteiktā termiņa beigām. Savukārt, ja konsīlijs uzskata, ka pacienta stāvokļa dēļ nepieciešams turpināt ārstēšanu, tas drīkst pieņemt lēmumu pagarināt psihiatrisko palīdzību bez piekrišanas vēl uz laiku līdz sešiem mēnešiem. Šo konsīlija atkārtoto lēmumu iestāde atkal nosūta tiesai, un rajona (pilsētas) tiesas tiesnesis atkārtot izskata lietas materiālus un lemj par konsīlija lēmuma apstiprināšanu vai atteikšanos apstiprināt tādā pašā kārtībā kā norādīts iepriekš.

Ārstniecības likuma 68.panta divdesmitajā daļā paredzēts arī ka pacients, kurš ievietots ārstēšanai psihiatriskajā ārstniecības iestādē, ir tiesīgs reizi divos mēnešos iesniegt tiesā lūgumu pārskatīt lēmumu par psihiatriskās palīdzības sniegšanu bez piekrišanas. Tas nozīmē - ja pacients uzskata, ka vairs nepastāv psihiatriskās palīdzības sniegšanas bez pacienta piekrišanas pamats vai ka viņa tiesības tiek nepamatoti ierobežotas, viņš var regulāri vērsties tiesā pēc pašas iniciatīvas. Tiesa šādu pacienta pieteikumu izskata tādā pašā kārtībā, un var lemt par šādas ārstēšanas turpināšanu vai izbeigšanu. Šis mehānisms papildus garantē pacienta tiesību ievērošanu ilgstošas piespiedu ārstēšanas gadījumā.

3. Citu valstu pieredze

Salīdzinošā aktuālo likumu analīzes kopsavilkums rāda, ka vairumā Eiropas valstu piespiedu (bez pacienta piekrišanas) psihiatriskās hospitalizācijas procedūras ir organizētas, lai nodrošinātu maksimālu pacientu tiesību aizsardzību un **neatkarīgu kontroles mehānismu, vienlaikus būtiski samazinot ārstniecības personu administratīvo un laika slodzi.**

Kopīga tendence ir **atteikšanās no ārstējošā ārsta (konsilija/slimnīcas pārstāvja) automātiskas klātbūtnes tiesas sēdēs**, dodot priekšroku **rakstveida atzinumiem un neatkarīgas medicīniskās ekspertīzes principam.** Šāda pieeja tiek balstīta atziņā, ka ārstējošā ārsta uzdevums ir profesionāli dokumentēt pacienta klīnisko stāvokli, savukārt pacienta tiesību ievērošanu un lēmuma likumību nodrošina neatkarīga pārraudzības institūcija (speciālists, vai atsevišķa neatkarīga ārstniecības persona) vai specializēta tiesa. Ārstējošā ārsta iesaiste šāda veidā tiesas procesos ir praktiski izslēgta, jo pretējā gadījumā var būt par pamatu interešu konfliktam un terapeitiskas alianses (uzticības) zudumam.

Francijā (CSP L3211–L3213) kontrole tiek īstenota tiesas kārtībā ar 12 dienu laikā notiekošu pārbaudi, kurā tiesa balstās uz **rakstveida ārstu atzinumiem** – ārstējošā ārsta mutiska liecība ir fakultatīva un tiek pieprasīta tikai, ja ir konstatējamās, pārliecinošas pretrunas, vai nepieciešami papildu skaidrojumi.

Vācijā (BGB §1906 un FamFG §312) līdzīga kārtība paredz, ka tiesa vērtē **ārstu atzinumus un neatkarīga eksperta slēdzienus**, un ārsta personiska dalība tiek uzskatīta par izņēmumu, nevis normu.

Lielbritānijā (Mental Health Act 1983) tiek izmantots daudzpakāpju mehānisms, kurā galvenā loma ir **Approved Mental Health Professional (AMHP)** – neatkarīgam speciālistam, kurš koordinē piespiedu ievietošanas procesu, nodrošinot līdzsvaru starp medicīnisko vērtējumu un pacienta tiesībām. AMHP lēmums balstās uz divu ārstu rakstveida slēdzieniem, bet ārstu personiska klātbūtne tiesā nav obligāta – viņu atzinumi tiek vērtēti dokumentāri.

Skandināvijas valstīs (Norvēģija, Zviedrija, Somija) dominē **administratīvi-kontrolējošs modelis**, kur tiesas funkciju lielā mērā aizstāj neatkarīga komisija vai

pārraudzības padome. Norvēģijā darbojas **Kontrollkommisjonen**, kas izvērtē hospitalizācijas pamatotību, balstoties uz dokumentiem un nepieciešamības gadījumā uzaicinot ārstus sniegt papildu skaidrojumus. Šāda struktūra nodrošina gan pacienta interešu aizstāvību, gan ārstniecības iestāžu darba nepārtrauktību.

Zviedrijā un Somijā tiek īstenota līdzīga pieeja – tiesai vai administratīvajai institūcijai tiek iesniegti **standartizēti medicīniskie ziņojumi**, kas satur diagnozi, ārstēšanas mērķi, riska novērtējumu un pamatojumu piespiedu ārstēšanas nepieciešamībai. Ārstu klātbūtne tiek prasīta tikai izņēmuma gadījumos, kad tiesai vai komisijai rodas būtiskas neskaidrības.

Visās minētajās jurisdikcijās ir kopīgas iezīmes:

1. **Rakstveida medicīniskā atzinuma prioritāte** – mutiska ārsta dalība tiesā ir izņēmuma gadījums;
2. **Neatkarīgās ekspertīzes vai komisijas institūcija** – nodrošina objektivitāti un samazina interešu konfliktu riskus;
3. **Automātiska juridiskā pārstāvība pacientam** – aizstāvība tiek piešķirta bez kavēšanās, tādējādi kompensējot ārsta fiziskās klātbūtnes neesamību;
4. **Administratīva efektivitāte** – lēmumi tiek pieņemti noteiktos termiņos (parasti 7–14 dienu laikā), neradot pārmērīgu slodzi medicīniskajam personālam. Pie nebrīvprātīgas pacienta hospitalizācijas tiesa (vai cita atbildīga institūcija) tika informēta par šo faktu nekavējoties, tādējādi no medicīnas institūcijas tika noņemta atbildība par faktisko pacienta brīvības ierobežojumu, līdz tiesa pieņems lēmumu par psihiatriskas palīdzības uzsākšanu.

Salīdzinājumā ar Latvijas praksi, kur tiesas sēdē obligāti piedalās ārstējošais ārsts vai slimnīcas pārstāvis, ārvalstu pieredze pierāda, ka šādas automātiskas prasības nav nepieciešamas, lai nodrošinātu likumīgu un taisnīgu procesu. Gluži pretēji – ārstējošā ārsta atbrīvošana no obligātas tiesas klātbūtnes ļauj viņam koncentrēties uz ārstniecību, saglabājot profesionālu neitralitāti un objektivitāti, bet tiesas vai komisijas darbu padara ātrāku un juridiski strukturētāku.

Kopumā ārvalstu modeļi apliecina, ka efektīvākās sistēmas ir tās, kurās:

- medicīniskā lēmuma pamatotību nodrošina **divpakāpju medicīniskā ekspertīze** (ārstējošais + neatkarīgais ārsts);

- juridisko kontroli īsteno **specializēta komisija vai tiesa ar medicīnas ekspertīzes kompetenci;**
- un pacientu tiesības uz ārstniecību un palīdzību (bez piekrišanas) aizstāv **institucionāli nodrošināts juridiskais pārstāvis,** nevis ārsta personiska klātbūtne.

Tādējādi rezolutīvi secināms, ka **ārvalstu prakse konsekventi atbalsta rakstveida un neatkarīgu ekspertīžu dominanci pār mutiskām tiesas liecībām,** un, ka ārsta automātiska, **piedalīšanās tiesas sēdēs nav uzskatāma par nepieciešamu nosacījumu tiesiskas un caurspīdīgas hospitalizācijas procedūras nodrošināšanai.**

4. Pašreizējo Ārstniecības likuma 68.panta lietu konsiliju prakse

Ārstēšana bez pacienta piekrišanas psihiskās veselības aprūpes sistēmā ir juridiski regulēts un vienlaikus klīniski pamatots process. Šādos gadījumos klīniskā izvērtēšana un konsilija lēmums kļūst par tiltu starp medicīnisko nepieciešamību un cilvēktiesību ievērošanu. Lai gan šī procedūra ir juridiski nozīmīga, tās praktiskā norise ne vienmēr ir sarežģīta - daudzos gadījumos indikācijas ir acīmredzamas un dokumentēšana pietiekama. Tādēļ ir būtiski izprast pašreizējo Ārstniecības likuma 68.panta lietu izskatīšanas praksi, īpaši izvērtējot psihiatru konsilijus, jo tieši šis dokuments tiek sūtīts uz tiesu. Tādējādi metodiskā materiāla ietvaros tika analizēti 120 konsiliji no 5 psihiatriskajiem stacionāriem (Valsts SIA, "Nacionālais psihiskās veselības centrs", VSIA "Slimnīca "Gintermuiža"", VSIA "Piejūras slimnīca", VSIA "Strenču Psihoneiroloģiskā slimnīca", VSIA "Daugavpils Psihoneiroloģiskā slimnīca") pēc vienādiem kritērijiem.

Analīzē tika iekļauti tikai tie konsiliji, kas notika no 2024.gada 1.janvārim līdz 2025.gada 30.septembrim. Analizētie konsiliji aptver pacientus vecumā no 18 līdz 81 gadam (vidējais vecums vīriešiem 39,7 gadi, savukārt sievietēm - 47,3 gadi). Kopējais dzimumu sadalījums bija gandrīz līdzīgs (59 sievietes un 61 vīrietis). Vērtējot, vai konsilijš bija pirmā vai atkārtota Ārstniecības likuma 68.panta pirmās daļas stacionēšanas reize, secināms, ka 61 gadījums bija pirmreizējs, bet 42 bija atkārtota ārstēšana bez pacienta piekrišanas likumā noteiktajā kārtībā (pārējiem gadījumiem šī informācija nebija norādīta). No likuma viedokļa 49 gadījumā pacientam konstatēta atbilstība Ārstniecības likuma pirmās daļas 1.punktam, 22 gadījumā - 2.punktam, savukārt 30 gadījumos nepieciešamība piemērot Ārstniecības likuma 68.pantu gan pēc 1.punkta, gan pēc 2.punkta; par pārējiem konsilijiem dati nav pieejami.

Ārstniecības likuma 69.¹ panta sestās daļas 3.punkts paredz, ka gadījumos, kad pastāv tieši draudi, ka patients psihisku traucējumu dēļ var nodarīt miesas bojājumus sev vai citām personām vai patients izrāda vardarbību pret citām personām un ar mutisku pārliecināšanu nav izdevies pārtraukt apdraudējumu, psihiatriskajās ārstniecības iestādēs ir tiesības izmantot ierobežojošo līdzekli - medikamentu ievadi pret pacienta gribu. 57 gadījumos nebija nepieciešams piemērot medikamentu ievadi pret pacienta gribu, bet 43 gadījumos tā tika piemērota (no kuriem 2 gadījumos tika

piemērota arī fiksācija). Vienā gadījumā norādīts, ka zāles nebija ordinētas, 3 gadījumos pacients no medikamentiem pats neatteicās un 1 gadījumā pacients saņēmusi medikamentus pēc iepriekšējā tiesas lēmuma.

2.tabula. Ārstniecības likuma 68.panta kritēriju pamatojuma satura analīze.

Pamatojuma kategorija	Reizes minēts tekstā	Piemēri no konsiliju pamatojumiem
Agresīva vai vardarbīga uzvedība	75	“Fiziski uzbruka mātei un draudēja nogalināt”, “agresīvs pret medicīnas personālu”, “uzbruka tēvam ar nazi”.
Murgi un halucinācijas	23	“Murgu idejas ar dezorganizētu domāšanu”, “halucinatori murgaina pasaule, apdraud apkārtējos”.
Ģimenes vai bērnu apdraudējums	23	“Bīstama sev un nepilngadīgajiem bērniem”, “uzbruka vīram ar cirvi”, “draud mātei nogalināt”
Pašaprūpes trūkums	10	“Dzīvo antisanitāros apstākļos, pusbadā”, “bez dzīvesvietas, nespēj parūpēties par sevi”
Suicidāla rīcība	8	“Staigājusi pa mežu puskaila ar nolūku nomirt”, “pašnāvības draudi”.
Sabiedriskā miera traucēšana, antisociāla uzvedība	8	“Traucē policijas darbu ar murgainiem jautājumiem”, “lamājas klaigā sabiedriskā vietā”.
Atrautība no realitātes, kritikas trūkums	8	“Atrauta no realitātes, nekritiska pret savu stāvokli”, “atrodas halucinatori murgainā pasaulē”
Atteikšanās no ārstēšanās vai ēdiena	6	“Nelieto nozīmētos medikamentus”, “atteikusies no ēšanas murgainu apsvērumu dēļ”
Alkohola vai vielu lietošana	5	“Agresīva alkohola reibumā”, “paralēli lieto vielas”.

Analizējot konsiliju pamatojumus, kuros norādīti Ārstniecības likuma 68.panta kritēriji, redzams, ka visbiežāk izmantotais pamatojuma motīvs ir agresīva vai vardarbīga uzvedība. Tas norāda, ka klīniskajā praksē nepieciešamība pēc ārstēšanas bez pacienta piekrišanas balstās uz acīmredzamu sabiedrības vai tuvinieku apdraudējumu, nevis tikai uz simptomu aprakstu. Tipiskos gadījumos pacienti ir fiziski iespaidojuši citus, izteikuši draudus vai izrādījuši impulsīvu uzvedību. Bieži pamatojumos minētas arī murgainas vai halucinatoras pieredzes, kas saistītas ar

realitātes uztveres traucējumiem un uzvedības dezorganizāciju. Šādos gadījumos ārsti parasti uzsver pacienta nekritiskumu un atrautību no realitātes, kas savukārt rada gan tiešu apdraudējuma risku apkārtējiem, gan nespēju patstāvīgi par sevi parūpēties.

Ģimenes vai bērnu apdraudējums ir vēl viena bieži sastopama kategorija, kas atklāj, ka vardarbīga uzvedība visbiežāk vērsta tieši pret tuviniekiem - vecākiem, laulātajiem vai bērniem. Savukārt pašaprūpes trūkums (10 reizes) un suicidāla vai pašapdraudoša rīcība (8 reizes) atspoguļo situācijas, kur pacients tieši neapdraud citus, bet viņa rīcība rada nopietnu risku sev pašam.

Neskatoties uz to, ka sabiedriskā miera traucēšana un antisociāla uzvedība konsīliju analīzē minēta retāk (8 reizes), šīs situācijas bieži sasaucas ar agresīvas vai vardarbīgas uzvedības izpausmēm, piemēram, lamāšanos, sabiedriskās kārtības traucēšanu vai konfliktsituāciju ar policijas darbiniekiem radīšana. Tādējādi var secināt, ka arī šī pamatā ir agresīvas uzvedības spektrs, tikai aprakstīts citādi.

3.tabula. Stacionēšanas apstākļu analīze

Stacionēšanas apstākļi	Reizes minēts tekstā	Piemēri no konsīlijiem
Atvests ar NMPD (tostarp policijas pavadībā)	47	<i>“Atvesta ar NMPD policijas pavadībā, jo bijusi agresīva pret piederīgajiem”, “draudēja nogalināt kolēģus”, “bija uzbrucis sievai”</i>
Radinieku / tuvinieku iniciatīva	12	<i>“Atved radinieki sakarā ar izmaiņām psihiskajā stāvoklī”, “pēc meitas iniciatīvas”, “vecāki izsauca palīdzību”</i>
No cita stacionāra / nodaļas	7	<i>“Pārvests no somatiskā stacionāra”, “pārvesta no Ventspils slimnīcas”, “no subakūtās nodaļas”.</i>
Atvests suicidālu / pašapdraudošu darbību dēļ	8	<i>“Mēģinājusi pārgriezt miega artēriju”, “griezis vēnas”, “skrien uz ceļa pretī automašīnām”, “gribēja nolekt no piektā stāva”.</i>
Policijas ziņojums par agresīvu uzvedību vai sabiedriskās kārtības traucēšanu	6	<i>“Policijas ziņojums par agresīvu uzvedību”, “apdraudējis sabiedrisko mieru un kārtību”, “uzbrucis NBS punktam”.</i>
Persona ieradās pati (pirms atteikuma)	6	<i>“Pati ieradās uzņemšanā”, “ieradās draudzenes pavadībā”, “pirmreizēji iestājās subakūtā nodaļā”.</i>

Redzams, ka visbiežāk pacienti psihiatrijas stacionārā tiek nogādāti ar Neatliekamās medicīniskās palīdzības dienesta (NMPD) starpniecību, tostarp policijas darbinieku pavadībā. Šādos gadījumos pārsvarā novērota agresīva vai apdraudoša uzvedība, kas rada tūlītēju nepieciešamību nodrošināt pacienta un apkārtējo drošību. Radnieku vai tuvinieku iniciatīva konstatēta 12 gadījumos, kas atspoguļo ģimenes locekļu būtisko lomu palīdzības piesaistē, it īpaši situācijās, kad pacienta kritiskās spējas ir ierobežotas. 6 gadījumu stacionēšana notikusi, pamatojoties uz policijas ziņojumiem par agresīvu uzvedību vai sabiedriskās kārtības traucēšanu, kas uzsver psihiskās veselības stacionāru un tiesībsargājošo iestāžu sadarbības nozīmi. Tikpat daudz gadījumos aprakstīta situācija, kad pacients ieradās stacionārā pats, parasti slimības paasinājuma sākumposmā, pirms vēl bija zaudēta spēja pieņemt racionālus lēmumus par ārstēšanu.

Kopumā dati liecina, ka ārstēšana bez pacientu piekrišanas situācijās dominē situācijas ar augsta riska pakāpi, tomēr nozīmīga loma saglabājas arī tuvinieku un ģimenes iniciatīvai, kas nereti kalpo kā starpposms starp brīvprātīgu un ārstēšanu bez pacienta piekrišanas.

Attiecībā uz psihiskā stāvokļa aprakstu, norādāms, ka **uzņemšanas laikā** visos gadījumos tas bija pilnīgs, kas liecina par konsekventu dokumentēšanas praksi un kvalitatīvu sākotnējo izvērtējumu. Tas ir nozīmīgi, jo šis apraksts kalpo kā pamats tālākajai klīniskajai un tiesiskajai lēmumu pieņemšanai (Ārstniecības likuma 68.panta pirmās daļas piemērošanai). Savukārt psihiskā stāvokļa apraksts konsīlija laikā konstatēti divi nepilnīgi ieraksti (vienā gadījumā - nepilnīgs apraksts, otrā - nepievienota Neatliekamās medicīniskās palīdzības dienesta informācija) uzskatāmi par atsevišķiem gadījumiem, kas neietekmē kopējo tendenci.

Somatiskā stāvokļa analīze liecina, ka 12 gadījumos pacientiem konstatēta akūta somatiska patoloģija (piemēram, būtiski paaugstināts asinsspiediens pacienta izvērtēšanas brīdī, akūta ļaundabīga asinsrades sistēmas slimība, dekompensēts cukura diabēts u.c.). Šie piemēri norāda uz nepieciešamību paralēli psihiskā stāvokļa izvērtēšanai izvērtēt arī somatisko veselību, kas var ietekmēt ārstēšanas taktiku un pacienta spēju piedalīties ārstēšanā. Pārējos gadījumos (87 gadījumos norādīts, ka nav akūtas patoloģijas) akūta somatiskā patoloģija netika konstatēta.

Neiroloģiskā stāvokļa izvērtējums liecina, ka tikai 2 gadījumos konstatēta akūta neiroloģiska patoloģija (cimdu-zeķu tipa jušanas traucējumi un spondilozes paasinājums). Šie atradumi ir relatīvi vieglas pakāpes un drīzāk saistīti ar hronisku neiroloģisku fonu, nevis akūtu stāvokli, kas ietekmētu psihiskās veselības ārstēšanas norisi. Pārējos gadījumos akūtas neiroloģiskās patoloģijas pazīmes netika konstatētas.

4.tabula. Pacientu pamatdiagnožu sadalījums pēc SSK-10 diagnožu grupām.

Diagnožu grupa	Pacientu skaits, kuriem pamatdiagnoze ietilpst diagnožu grupā
Organiski-psihiski traucējumi, ieskaitot simptomātiskos (F00-F09)	8
Psihiski un uzvedības traucējumi psihoaktīvo vielu lietošanas dēļ (F10-F19)	1
Šizofrēnija, šizotipiskie traucējumi un murgi (F20-F29)	82
Garastāvokļa (afektīvie) traucējumi (F30-F39)	4
Uzvedības sindromi, kas saistīti ar fizioloģiskiem traucējumiem un somatiskie faktoriem (F50-F59)	1
Pieaugušo personības un uzvedības traucējumi (F60-F69)	3
Garīgā atpalcība (F70-F79)	1

Kopumā diagnozes tika norādītas 100 pacientiem - konstatēts, ka lielākā daļa jeb 82% pacientu pamatdiagnoze ietilpa šizofrēnijas, šizotipisko traucējumu un murgu diagnožu grupā. Tas apliecina, ka piespiedu ārstēšanas gadījumos dominē smagas hroniskas psihiskas saslimšanas ar psihotisku simptomātiku, kas bieži izraisa apdraudējumu sev vai apkārtējiem. Organiski-psihiski traucējumi (8%) ir otrā biežākā diagnožu grupa, kas norāda uz psihisku traucējumu saistību ar somatiskām vai neiroloģiskām slimībām. Mazāk pārstāvētas ir garastāvokļa traucējumu (4%) un personības vai uzvedības traucējumu (3%) grupas, savukārt citas diagnožu kategorijas (piemēram, psihiski traucējumi vielu lietošanas dēļ, garīgā atpalcība, uzvedības sindromi saistīti ar fizioloģiskiem traucējumiem) sastopamas tikai atsevišķos

gadījumos. Kopumā dati parāda, ka pārsvarā piespiedu ārstēšanas indikācijas rodas pacientiem ar psihotisku simptomātiku, kam nepieciešama nepārtraukta ārstēšana un uzraudzība, savukārt citu diagnožu grupu pārstāvēniecība ir salīdzinoši neliela.

Attiecībā uz konsīliju norādēm par pacientu spēju piedalīties tiesas sēdē, secināms, ka vairumā gadījumu (72 gadījumi) pacienti tika atzīti par spējīgiem piedalīties tiesas sēdē, kas liecina par pietiekamu apziņas spēju tiesas procesa nodrošināšanai. Šajā grupā ietilpst arī viens gadījums, kad tiesas sēde tika atcelta, un viens gadījums, kad pacients atteicās piedalīties pats. Savukārt 11 gadījumos pacientiem tika rekomendēts nepiedalīties tiesas sēdē, galvenokārt psihiskā stāvokļa dēļ - izteikta agresija, psihomotorais uzbudinājums, neprognozējama impulsivitāte vai dezorganizēta uzvedība, kas padarīja neiespējamu drošu un jēgpilnu līdzdalību procesā. Atsevišķos gadījumos piedalīšanās tika liegta arī citu iemeslu dēļ, piemēram, Covid-19 infekcijas vai somatiska veselības stāvokļa pasliktināšanās dēļ. Par pārējiem gadījumiem konsīlijos informācija nav pievienota.

90 gadījumos tiesa apstiprināja psihiatru konsīlija lēmumu par ārstēšanu bez pacienta piekrišanas. Tas norāda uz augstu medicīnisko lēmumu atbilstību tiesas vērtējumam un saskaņotību starp ārstniecības un tiesu varas institūcijām piespiedu ārstēšanas procesos. Savukārt 12 gadījumos tiesa lēmumu neapstiprināja (vienā gadījumā norādīts pamatojums, ka pacienta psihiskais stāvoklis uz tiesas sēdes laiku bija uzlabojies, pacients bija kontaktējams un solīja ārstēties ambulatori, par pārējiem gadījumiem informācija nav pieejama).

Konsīliju aprakstu kvalitātes izvērtējums liecina, ka vairumā gadījumu (86 gadījumos) būtiski trūkumi netika konstatēti, un konsīliju lēmumi atbilda normatīvajos aktos noteiktajām prasībām. **Tomēr ne visos gadījumos konsīlija apraksti bija pilnvērtīgi - 16 gadījumos tika konstatētas nepilnības**, kas saistītas gan ar apraksta saturisko kvalitāti, gan ar izvēlētajā ārstēšanas risinājuma pamatojumu.

Trīs gadījumos aprakstos trūka somatiskā stāvokļa izvērtējuma, lai gan pacientu fiziskā veselība bija būtiski ietekmēta. Vienā gadījumā pacients bija stāvoklī pēc pneimohemoraksa, citā tika norādīta akūta anēmija, taču šī informācija netika atspoguļota konsīlija dokumentā. Tas norāda uz nepietiekamu starpdisciplināru pieeju, jo somatisko faktoru ignorēšana var mainīt gan klīnisko ainu, gan ārstēšanas taktiku.

Četros gadījumos konstatēts, ka konsīlija pamatojums par nepieciešamību nosūtīt lietu tiesai bija nepilnīgs vai formāls. Dažos lēmumos piespiedu ārstēšana pamatota ar sociāliem vai organizatoriskiem apsvērumiem - piemēram, “*lai izvairītos no radnieku pretenzijām*” vai “*lai novērstu pacienta manipulācijas ar citiem pacientiem*”. Vienlaikus netika pietiekami skaidrots, kāpēc ārstēšana ambulatori nebūtu iespējama vai droša. Ir arī gadījumi, kad pacienta agresivitāte bija īslaicīga vai reducējusies līdz tiesas sēdei, taču lieta tik un tā tika virzīta tiesai.

Piecos gadījumos aprakstos bija neprecīzas vai nepilnīgas atsauces uz Ārstniecības likuma 68. pantu - dažkārt minēts tikai vispārīgi “*saskaņā ar ĀL 68. pantu*”, nenorādot, uz kuru konkrēto daļas punktu (1. vai 2.) pamatojas lēmums. Atsevišķos gadījumos būtu bijis lietderīgi norādīt abus punktus, jo pacienta uzvedība ietvēra gan apdraudējumu apkārtējiem, gan nespēju rūpēties par sevi.

Divos gadījumos pamatojums bija izplūdis vai nepilnīgi dokumentēts, un nepieciešamība pēc ārstēšanas bez piekrišanas tika konkretizēta tikai tiesas sēdes laikā. Šāda prakse mazina konsīlija dokumenta juridisko stabilitāti, jo lēmuma pamatojumam jābūt skaidri izklāstītam jau medicīniskajā dokumentācijā.

Divos gadījumos tika konstatēti procesuāli trūkumi, tostarp trūkstoši tuvinieku iesniegumi, nenorādīta informācija par tulka vai advokāta klātbūtni, kā arī nepietiekama informācija par pacienta informēšanu par tiesas sēdi. Vienā gadījumā paciente tiesas dienā pieprasījusi savu advokātu, bet nebija laicīgi brīdināta par sēdi, un tiesas sēde tika pārcelta. Citā gadījumā paciente ziņoja, ka pirms tiesas saņēmusi medikamentus un jutusies “*sazāļota*”.

Atsevišķos gadījumos konstatēts, ka pacienta psihiskais stāvoklis līdz tiesas sēdei bija būtiski mainījies vai uzlabojies, tādējādi konsīlija apraksts vairs neatbilda faktiskajai situācijai. Šī neatbilstība liecina par nepieciešamību izstrādāt mehānismu, kas nodrošinātu aktuālas informācijas iesniegšanu tiesai brīdī, kad tā lemj par ārstēšanas turpināšanu.

Kopumā šie 16 gadījumi atklāj, ka, lai arī lielākā daļa konsīliju ir korekti un juridiski pamatoti, praksē joprojām pastāv nevienmērīgs informācijas un argumentācijas līmenis. Nepieciešama konsekventāka pieeja, īpaši norādot konkrētu Ārstniecības likuma 68.panta pirmās daļas punktu vai punktus un precīzi formulējot

apdraudējuma veidu, kā arī pilnīgāk atspoguļojot somatiskos un sociālos aspektus, kas ietekmē lēmuma pieņemšanu.

5. Pastāvošie trūkumi un iespējamie risinājumi

Pastāvošie trūkumi ir izvērtēti, balstoties uz Ārstniecības likuma 68.panta piemērošanas prakses padziļinātu analīzi, kurā iekļauta ārstniecības iestāžu iesniegtās konsīliju analīzes tabulas, kā arī tika iegūta informācija, vērtējot Tiesībsarga biroja redzējumu par praksē sastopamajām problēmām, tostarp par pacientu tiesību aizsardzību, tiesību uz taisnīga tiesas procesa nodrošināšanu un psihiatriskās palīdzības sniegšanas bez pacientu piekrišanas piemērošanu.⁶ Analizē tiek integrēti arī Tieslietu ministrijas sniegti skaidrojumi.⁷ Vērtējumu snieguši arī ārstniecības iestāžu ārstu-psihiatru (konsīliju locekļu) profesionālie novērojumi, kas izgaismo praktiskos un organizatoriskos šķēršļus.

5.1. Tiesas sēdes formāta neatbilstība Ārstniecības likuma 68.panta devītās daļas prasībai par izskatīšanu psihiatriskajā ārstniecības iestādē

Pastāvošais trūkums: Ārstniecības likuma 68.panta devītā daļa skaidri noteic, ka tiesnesim lieta par psihiatriskās palīdzības sniegšanu bez pacienta piekrišanas jāizskata slēgtā tiesas sēdē psihiatriskajā ārstniecības iestādē, kurā pacients atrodas. Tomēr prakse rāda, ka šī tiesiskā prasība sistemātiski netiek izpildīta. Daudzās tiesās joprojām dominē attālinātas tiesas sēdes videokonferences režīmā vai tiesas sēdes tiek organizētas tiesas nama telpās.

Latvijas Republikas Satversmes 92.panta pirmais teikums paredz, ka ikvienam ir tiesības uz taisnīgu tiesu. Tiesības uz taisnīgu tiesu ietver tiesības uz tiesas pieejamību, kas ir viens no būtiskākajiem taisnīgas tiesas elementiem; iztrūkstot šim elementam vai tam neesot efektīvam, bezjēdzīgas kļūst pārējās no tiesībām uz taisnīgu tiesu izrietošās garantijas.⁸ Tas sevī ietver arī procesuālās līdztiesības principu (*equality of arms*), kas ir būtisks tiesību uz taisnīgu tiesas elements,⁹

⁶ Tiesībsarga birojs: *Par Ārstniecības likuma 68.panta piemērošanu*. 12.11.2025, reģ Nr.NPVC/14-09/25/9320.

⁷ Tieslietu ministrija: *Par informācijas sniegšanu saistībā ar Ārstniecības likuma 68.panta piemērošanu*. 10.11.2025, reģ Nr.NPVC/14-09/25/9194.

⁸ Satversmes tiesas 2008.gada 9.maija spriedums lietā Nr.2007-24-01, 8.punkts.

⁹ Matscher F. *The right to a fair trial in the case-law of the organs of the European convention or human rights. The right to a fair trial*. Starsbourg: Council of Europe publishing, p. 12.

Apvienoto Nāciju organizācijas (turpmāk - ANO) Konvencijas par personu ar invaliditāti 13.panta 1.punkts paredz, ka 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.

Tiesībsardze norāda, ka tā redzeslokā ir nonākuši gadījumi, kad pacienti nav spējusi uztvert un saprast attālināta tiesas procesa būtību - gan šādas formas, gan tehnisku problēmu dēļ; attālinātās tiesas sēdes tiek noteiktas bez objektīva izvērtējuma (piemēram, vienas administratīvās teritorijas ietvaros šāda veida lietas ir piekritīgas divām konkrētām tiesnesēm, no kurām viena tiesas sēdes rīko klātienē, savukārt otra konstanti izvēlas attālinātu procesu).¹⁰

Attālinātās tiesas sēdēs pacienti var nespēt orientēties, neredz visus procesa dalībniekus, var nespēt identificēt tiesnesi vai advokātu, nesaprot jautājumus vai izjūt trauksmi tehnisko traucējumu dēļ. Jāņem vērā arī apstākļi, ka attālinātais formāts var ierobežot personas spēju pilnvērtīgi paust savu viedokli, kas var tikt kavēta tehnisku neprasmi dēļ. Turklāt šāds formāts arī neveicina personas saziņu ar tās juridiskās palīdzības sniedzēju tiesas sēdes laikā, ja juridiskās palīdzības sniedzējs atrodas tiesas sēžu zālē vai attālinātā formātā, ne kopā ar pacientu.

Eiropas Cilvēktiesību tiesa vairākkārt ir atzinusi, ka personas ar psihiska rakstura traucējumiem ir īpaši ievainojama sabiedrības grupa, kurai jānodrošina īpaši rūpīga un efektīva tiesību izmantošana procesā. Eiropas Cilvēktiesību tiesa uzsvēra, ka šādām personām jānodrošina “*praktiska un efektīva, nevis teorētiska un iluzora*” tiesību īstenošana, īpaši procesos, kas saistīti ar brīvības ierobežošanu.¹¹

Personas ar psihiska rakstura traucējumiem aizsardzības līmenim psihiatriskās palīdzības sniegšanas bez pacienta piekrišanas procesos jābūt pastiprinātam. Šādās lietās ir jānodrošina praktiska un efektīva tiesību izmantošana, kas ietver arī pienākumu organizēt procesu tādā formātā, kas reāli ļauj personai saprast notiekošo un piedalīties savas brīvības ierobežošanas izvērtēšanā.

¹⁰ Tiesībsardzes 2025.gada 12.novembra vēstules Nr.1-5/229 “*Par Ārstniecības likuma 68.panta piemērošanu*” 3. - 4. lpp.

¹¹ Eiropas Cilvēktiesību tiesas 2012.gada 17.janvāra spriedums lietā *Stanev v. Bulgārija* (pieteikums Nr.36760/06).

Attālināts sēdes formāts arī ierobežo tiesneša iespējas objektīvi vērtēt personas stāvokli, tostarp orientācijas spējas, līdzdalību un uzvedību, kas šādās lietās ir būtiska daļa nolēmuma motivācijai. Valstij ir pienākums nodrošināt tādu procesu, kas ļauj tiesai iegūt pietiekami pilnīgu un kvalitatīvu priekšstatu par personas faktisko stāvokli, tādējādi atsevišķi vērtējams, vai šis pienākums ir savienojams ar attālinātu formātu, ja tas faktiski var liegt tiesai iegūt pilnvērtīgu informāciju. Ņemot vērā apstākli, ka psihiatriskās palīdzības sniegšana bez pacienta piekrišanas ir Eiropas Cilvēka tiesību un pamatbrīvību aizsardzības konvencijas 5.panta izpratnē brīvības atņemšana, tiesai ir pastiprināts pienākums pārliecināties, ka personas procesuālās tiesības tiek nodrošinātas pilnā apjomā. Tiesas sēdes formai ir tieša ietekme uz procesa kvalitāti, un gadījumos, kad attālinātais formāts kavē personas iespēju izmantot savas tiesības praktiski un efektīvi, tas nav savienojams ar tiesībām uz taisnīgu tiesu. Līdz ar to automātiska vai neizvērtēta attālināta tiesas sēžu norise neatbilst ne nacionālā likuma prasībām, ne starptautiskajiem cilvēktiesību principiem.

Iespējamie risinājumi

- 1. Starpinstitucionāls dialogs par tiesas sēžu formātu un nepieciešamajiem grozījumiem Ārstniecības likuma 68.pantā**
Jāorganizē mērķtiecīga diskusija starp Tieslietu ministriju, Veselības ministriju, Tiesībsarga biroju, psihiatriskajām ārstniecības iestādēm, Ģenerālprokuratūru un Latvijas Zvērinātu advokātu padomi, lai vienotos par vienotu praksi tiesas sēžu norisei Ārstniecības likuma 68.panta procesos. Diskusijas mērķis būtu: atjaunot un nostiprināt klātienē tiesas sēdes kā primāro un paredzēto formātu (tostarp diskutējot, vai būtu nepieciešams tiesas sēdēm norisināties ārstniecības iestādē, kā to šobrīd paredz Ārstniecības likuma 68.pants), vienoties par gadījumiem, kad attālinātā tiesas sēde vispār būtu pieļaujama, izvērtēt nepieciešamību papildināt Ārstniecības likuma 68.pantu, kas paredz, ka attālinātajam procesam ir izņēmuma raksturs, kas skaidri pamatojams ar pacienta interesēm. Šāds risinājums nodrošinātu gan tiesisko noteiktību, gan vienotu piemērošanas praksi visās tiesās, novēršot ne tikai Tiesībsarga biroja konstatētās situācijas, kur identiskas lietas vienā pašvaldībā tiek skatītas dažādos formātos bez objektīva pamatojuma, bet arī ievērotu pacientu intereses.

2. **Obligāta konsīlija sadaļa par pacienta spēju dalībai tiesas sēdē**
Konsīlija formā ir vienmēr jāiekļauj sadaļa, kurā konsīlijs izvērtē to, vai pacienta stāvoklis ļauj piedalīties klātienē tiesas sēdē, vai pastāv faktori, kuru dēļ būtu nepieciešams ierobežot dalību tiesas sēdē (piemēram, akūta dezorientācija, agresija u.c.). Šāds konsīlija atzinums kalpotu kā objektīvs pamats tiesas lēmumam par procesa formu, aizsardzības mehānisms pret nepamatotu attālinātu sēžu piemērošanu un pacienta tiesību īstenošanas nodrošinātājs, ja piedalīties ir iespējams.
3. **Pacientam jānodrošina saprotama un pieejama informācija pirms tiesas sēdes**

Lai pacients varētu reāli un efektīvi savas procesuālās tiesības, ārstniecības iestādei jānodrošina, ka pirms tiesas sēdes pacients saņem īsu, skaidru un viegli uztveramu informāciju par to, kas ir tiesas sēde, kur tā notiks, kas tajā piedalās, kādi ir pacienta pienākumi un tiesības, skaidrojumu par tiesībām sazināties ar advokātu, par tiesībām uz jautājumu uzdošanu un savu viedokli. Šī informācija ir jāpielāgo pacienta izpratnes līmenim un jāsniedz vai nu a) klātienē mutiski, nepieciešamības gadījumā atkārtojot; b) papildinot ar rakstisku informatīvo materiālu (arī vienkāršotā valodā). Tas novērstu Tiesībsarga biroja konstatēto problēmu, ka pacienti attālinātos procesos “*nesaprot, kas notiek*”, nespēj identificēt procesa dalībniekus un izjūt trauksmi, tādējādi tiek būtiski ierobežota ne tikai viņu autonomija, bet arī tiesības uz taisnīgu tiesas procesu.

5.2. Psihiatra obligāta dalība tiesas sēdē

Pastāvošais trūkums: Ārstniecības likuma 68.panta devītā daļa nosaka, ka tiesnesis iesniegtos materiālus par psihiatriskās palīdzības sniegšanu psihiatriskajā ārstniecības iestādē bez pacienta piekrišanas izskata slēgtā sēdē psihiatriskajā ārstniecības iestādē, kurā ievietots pacients, sēdē piedalās pacients (ja to pieļauj viņa veselības stāvoklis), prokurors, pacienta pārstāvis vai advokāts. Savukārt vienpadsmitajā daļā noteikts, ka, izskatot materiālus, tiesnesis uzklausa psihiatru konsīlija pārstāvi, pacienta pārstāvi vai advokātu, pacientu (ja tas ir iespējams), kā arī

prokuroru. Tiesību normas mērķis ir nodrošināt, ka tiesai ir iespēja iegūt profesionālu, medicīniski pamatotu un precīzu informāciju par personas psihiskās veselības stāvokli, tās bīstamību sev vai citiem un nepieciešamību uzsākt vai turpināt psihiatriskās palīdzības sniegšanu bez pacienta piekrišanas. Tomēr praksē šī norma nereti tiek īstenota formāli, un psihiatra klātbūtne ne vienmēr pievieno tiesai reālu saturisku vērtību.

No analizētajiem konsīlijiem izriet, ka psihiatrs nereti nolasīja vai pārstāstīja konsīlija lēmumu, nepiedāvājot nekādu papildu skaidrojumu, dinamisku informāciju par pacienta pašreizējo stāvokli vai individuālu pamatojumu par ārstēšanas nepieciešamību. Tādējādi psihiatra dalība tiesas sēdē bieži kļūst par mehānisku procesu, kas neatbilst likuma mērķim - nodrošināt tiesai kvalitatīvu, profesionāli argumentētu medicīnisku viedokli. Jāņem vērā, ka citās valstīs (piemēram, Zviedrijā un Somijā), psihiatra klātbūtne tiesas sēdē tiek prasīta tikai izņēmuma gadījumos.¹²

Turklāt psihiatru obligāta piedalīšanās tiesas sēdē būtiski ietekmē ārstniecības iestāžu ikdienas darbu un jau tā ierobežotos cilvēkresursus. Psihiatrisko ārstniecības iestāžu kapacitāte ir saspringta, jo vairāku slimnīcu struktūrvienībās trūkst ārstniecības personu un nereti ārsti ir spiesti pārtraukt savu tiešo ārstniecības darbu, lai piedalītos tiesas sēdē, kas savukārt rada papildu slodzi ārstniecības procesam un pagarina citu pacientu izmeklēšanas un konsultāciju gaidīšanas laiku. Šāda prakse nozīmē, ka psihiatrs tiesas sēdes dēļ nevar nodrošināt pierakstītos ambulatoros pieņemšanas laikus, vadīt konsīlijus vai veikt akūtu situāciju izvērtējumus nodaļās.

Iespējamie risinājumi

- 1. Psihiatra obligātas klātbūtnes ierobežošana līdz gadījumiem, kad tiesai ir objektīvi nepieciešams papildu skaidrojums.** Ņemot vērā, ka psihiatra dalība tiesas sēdēs nereti ir formāla un klīniski nepievieno jaunu informāciju, būtu jāizvērtē iespēja, ka psihiatrs piedalās tikai tajās tiesas sēdēs, kurās tiesai ir konkrēti jautājumi vai nepieciešams mutisks papildu skaidrojums. Šāda pieeja ļautu ārstniecības iestādēm saudzēt ierobežotos cilvēkresursus, vienlaikus saglabājot iespēju tiesai saņemt profesionālu medicīnisku viedokli gadījumos, kad tas ir

¹² Skat. metodiskā materiāla 3.sadaļu "Citu valstu pieredze".

nepieciešams. Vienlaikus būtu izvērtējams apstāklis, ka, ja tiesa vēlas aicināt psihiatru piedalīties tiesas sēdē, tiesai būtu jāsniedz īss un skaidrs pamatojums, kādēļ psihiatra klātbūtne konkrētajā lietā ir nepieciešama - tas mazinātu situācijas, kurās ārstiem tiek liegta iespēja pildīt savus pamatpienākumus nodaļās tikai tāpēc, ka tiesas sēdes organizēšana notiek automātiski.

2. “Dežūrijurista” modelis psihiatriskajās ārstniecības iestādēs

Psihiatriskās slimnīcas uzņemšanas nodaļā darbinieks – jurists var nodrošināt juridisko izvērtējumu stacionēšanas brīdī, tostarp pārbaudot dokumentus, pacienta statusu, nepieciešamību piemērot Ārstniecības likuma 68.pantu un konsultējot ārstniecības iestādes personālu. Šāds modelis mazinātu tiesas un psihiatru slodzi, jo jau sākotnējā posmā tiktu sakārtota dokumentācija un izvērtēts, vai pastāv pamats psihiatriskās palīdzības sniegšanai bez pacienta piekrišanas. Dežūrijurists varētu arī sniegt atbalstu, sagatavojoties tiesas sēdei, palīdzot izveidot vienotu dokumentu paketi un novēršot formālas kļūdas. Dežūrijurists varētu būt slimnīcas darbinieks vai persona, kurai ir uzņēmuma līgums un kura tiek finansēta no ārstniecības iestādes līdzekļiem.

3. Vienota konsīlija forma ar detalizētu argumentāciju, kas ļautu psihiatram nepiedalīties tiesas sēdē

Ekspertu ieskatā, ņemot vērā, ka konsīliju atzinumu kvalitāte un detalizācijas līmenis būtiski atšķiras dažādās ārstniecības iestādēs un pat vienas iestādes ietvaros, vienota konsīlija veidlapas ieviešana ar vienotām sadaļām nodrošinātu tiesai kvalitatīvu, pietiekami pilnīgu informāciju. Tas ļautu tiesai lēmumu pieņemt, neiesaistot psihiatru, ja viss nepieciešamais ir skaidri izklāstīts dokumentos. Vienota forma arī nodrošinātu prognozējamu kvalitātes līmeni, tādējādi mazinot nepieciešamību prasīt mutisku papildinājumu.

5.3. Policijas ziņojumu trūkums par pacienta nogādāšanas apstākļiem psihiatriskajā slimnīcā

Pastāvošais trūkums: Ārstniecības likuma 69.panta pirmā daļa paredz, ka, ja persona psihisko traucējumu vai psihiskās slimības dēļ pārkāpj sabiedrisko kārtību, tās aizturēšanu, nogādāšanu un uzraudzību pie psihiatra veic policijas darbinieki saskaņā ar likumu “Par policiju”, savukārt otrā daļa nosaka, ka policijas darbinieki iesniedz psihiatram rakstveida ziņojumu par slimnieka uzvedības pretsabiedrisko raksturu. Šāds ziņojums ir būtisks gan konsīlija objektīvai izvērtēšanai, gan tiesas kontroles nodrošināšanai, jo tas sniedz tiešu informāciju par apstākļiem, kas pamatotu personas piespiedu nogādāšanu pie psihiatra, kā arī potenciālo bīstamību sev vai citiem.

Tomēr praksē šī likumā noteiktā prasība bieži netiek ievērota. Tiesībsardze norāda, ka *“slimnīcām problēmas nereti sagādā neatliekamās medicīniskās palīdzības dienesta pavadošās policijas ekipāžas kūtrums ziņojuma sagatavošanā, kas attiecīgi liedz iegūt pilnīgu informāciju par aizturēšanas apstākļiem un agresivitātes iemesliem”*.¹³ Minētais iezīmē sistemātisku un atkārtotu problēmu - policijas ziņojumi vai nu netiek sniegti, vai tie ir iesniegti nepilnīgi, nereti aprobežojoties ar dažiem teikumiem, kas neatspoguļo personas reālo uzvedību, apdraudējuma raksturu, policijas pielietotās metodes vai objektīvos riskus. Vienlaikus policijas sākotnējie novērojumi bieži ir vienīgais detalizētais ārpus stacionāra avots par pacienta akūto uzvedību. Tiesībsardze arī norāda, ka ārstniecības iestādes uzņemšanas nodaļu darbiniekiem ir jāuzsver, ka šādu prasību paredz likums, tāpēc viņam jāuzstāj uz policijas darbinieku pienākumu iesniegt Ārstniecības likuma 69.panta otrajā daļā noteikto ziņojumu.¹⁴ Tādējādi ir gadījumi, kad policijas ziņojuma iesniegšana balstās uz ārstniecības iestāžu iniciatīvu un spiedienu, nevis policijas procesuālo disciplīnu un tiesību normās ietvertu prasību neievērošanu.

Jāņem vērā, ka policijas ziņojums var būt vienīgais objektīvais fakts par pacienta uzvedību stacionēšanas brīdī. Turpmākajos stundu vai dienu laikā pacienta stāvoklis var būtiski mainīties, un bez policijas ziņojuma ārstu konsīlijs un tiesa vērtē tikai stacionāra brīdī fiksēto informāciju, kas var neatspoguļot sākotnējā apdraudējuma

¹³ Tiesībsardzes 2025.gada 12.novembra vēstules Nr.1-5/229 “Par Ārstniecības likuma 68.panta piemērošanu” 8. lpp.

¹⁴ Tiesībsardzes 2025.gada 12.novembra vēstules Nr.1-5/229 “Par Ārstniecības likuma 68.panta piemērošanu” 8. lpp.

intensitāti un sabiedriskās bīstamības pakāpi. Tādējādi policijas ziņojuma trūkums var radīt situācijas, kurās tiesai nav pietiekami pilnvērtīgu datu par to, kādēļ persona vispār nokļuva stacionārā, kāds bija risks. Policijas ziņojuma neesamība traucē gan taisnīga un objektīva lēmuma pieņemšanai, gan tiek radīts risks nepietiekamai un nepamatotai apdraudējuma nenovērtēšanai, ja pacienta stāvoklis brīdī, kad viņu izmeklē konsīlijs, ir citādāks nekā nogādāšanas brīdī.

Iespējamie risinājumi:

1. Ārstniecības iestāžu proaktīva rīcība un komunikācija ar policiju, lai nodrošinātu ziņojuma obligātu saņemšanu

Ņemot vērā, ka policijas ziņojums ir likumā noteikta obligāta sastāvdaļa un nereti vienīgais objektīvais informācijas avots par pacienta uzvedību nogādāšanas brīdī, ārstniecības iestādēm būtu jāstiprina institucionālā sadarbība ar policiju. Jāizvērtē iespēja noteikt, ka ārstniecības iestāde nepieņem pacientu bez policijas ziņojuma, izņemot akūtās situācijās, vienlaikus atgādinot policijai par viņu pienākumu iesniegt ziņojumu.

2. Policijas struktūrvienības vadītāja informēšana par gadījumiem, kuros policijas ziņojums netiek iesniegts

Lai nodrošinātu policijas iekšējo uzraudzību un disciplīnu attiecībā uz policijas ziņojuma iesniegšanas pienākumu, ārstniecības iestādēm būtu jāievieš kārtība, ka gadījumos, kad policijas ekipāža neiesniedz vēlamo ziņojumu, slimnīca rakstiski informē attiecīgās policijas struktūrvienības vadītāju. Šāds mehānisms ļautu policijai identificēt problēmas struktūrvienību līmenī (piemēram, atsevišķu policijas ekipāžu sistemātisku bezdarbību) un novērstu situācijas, kurās problēmas tiek risinātas tikai neformāli.

Papildu drošības mehānisma nodrošināšanai ārstniecības iestādei ir jāinformē Tiesībsarga birojs, ja policijas ziņojuma neesamība ir sistemātiska. Tiesībsarga birojs vairākkārt ir norādījis uz šo problēmu, tādēļ šāda informācija veicinātu uzraudzības stiprināšanu un palīdzētu policijas darbiniekiem ievērot likumā noteiktās prasības. Šāda kārtība ne tikai disciplinētu policijas darbu, bet arī nodrošinātu, ka psihiatriskās palīdzības

sniegšana bez pacienta piekrišanas process tiktu balstīts uz pilnvērtīgiem un objektīvi nepieciešamiem datiem.

5.4. Pacientu informēšanas trūkums ierobežo viņu autonomiju un tiesības uz līdzdalību ārstēšanā

Pastāvošais trūkums: Lai gan psihiatriskās palīdzības sniegšana Ārstniecības likuma 68.panta gadījumā tiek īstenota bez pacienta piekrišanas, tas neizslēdz pienākumu pacientu informēt par viņa veselības stāvokli, ārstēšanas mērķiem, pielietotajiem medikamentiem un iespējamām blakusparādībām. Pacientu tiesību likuma 6.panta pirmā daļa nosaka, ka ārstniecība ir pieļaujama, ja pacients tai ir devis informēto piekrišanu. Pacientam ir tiesības pirms informētās piekrišanas došanas uzdot jautājumus un saņemt atbildes. Savukārt Pacientu tiesību likuma 4.¹ pants paredz pacienta tiesības uz informāciju par savu veselības stāvokli.

Eiropas Komitejas Spīdzināšanas un necilvēcīgas vai pazemojošas rīcības vai soda novēršanai (turpmāk - **Komiteja**) ir uzsvērusi, ka piespiedu ievietošana psihiatriskajā iestādē nenozīmē, ka terapijai nav vajadzīga viņa piekrišana. No tā izriet, ka ikvienam pacientam, kas brīvprātīgi vai piespiedu kārtā ir ievietots psihiatriskajā iestādē, ir jādod iespēja atteikties no ārstēšanas vai citas medicīniskas iejaukšanās. Jebkurai atkāpei no šī pamatprincipa ir jābūt pamatotai ar likumu un attiecinātai uz skaidri un stingri definētiem ārkārtas apstākļiem.¹⁵

Arī Eiropas Padomes Rekomendācija attiecībā uz personu ar garīga rakstura traucējumiem cilvēktiesību un cieņas aizsardzību norādīts, ka, kad vien tas iespējams, ārstēšanas plāns sagatavojams un apspriežams ar konkrēto pacientu, ņemot vērā arī pacienta viedokli.¹⁶ Arī sniedzot psihiatrisko palīdzību bez pacienta piekrišanas, ja tas ir iespējams, viņam jāizskaidro šādas psihiatriskās palīdzības sniegšanas nepieciešamību, kā arī pacientam ir tiesības saņemt informāciju par savām tiesībām un pienākumiem.¹⁷

¹⁵ Eiropas Komiteja Spīdzināšanas un necilvēcīgas vai pazemojošas rīcības vai soda novēršanai: Astotais Vispārējais ziņojums. 40. paragrāfs. Pieejams: <https://rm.coe.int/16806cd434>.

¹⁶ Eiropas Padomes Rekomendācija Nr. REC(2004)10 Attiecībā uz personu ar garīga rakstura traucējumiem cilvēktiesību un cieņas aizsardzību, 2004. gada 22. septembrī.

¹⁷ Tiesībsarga 2021.gada 7.decembra ziņojums par cilvēktiesību nodrošināšanu VSIA "Daugavpils psihoneiroloģiskā slimnīca" Aknīstes psihoneiroloģiskajā slimnīcā. 4. - .5 lpp.

Tādējādi, neraugoties uz apstākli, vai persona psihiatriskajā ārstniecības iestādē ir uzņemta brīvprātīgi (Ārstniecības likuma 67.pants) vai pret tās gribu (Ārstniecības likuma 68.pants), personai ir jābūt nodrošinātām tiesībām uz informētu piekrišanu terapijai, bet gadījumos, kad persona atsakās saņemt ārstniecību, tikai likumā skaidri noteiktos gadījumos to var nodrošināt pret tās gribu.

Tiesībsardze uzsver, ka, lai gan Ārstniecības likuma 68.pants paredz psihiatriskās palīdzības sniegšana bez pacienta piekrišanas, tiešā veidā nenosakot nepieciešamību saņemt informētu piekrišanu ārstēšanai, tomēr šāda pieeja neatbilst starptautiskajiem cilvēktiesību standartiem, tādējādi arī akūtā stāvoklī stacionējot pacientu Ārstniecības likuma 68.panta kārtībā, normatīvajā regulējumā pastāv atkāpe no brīvprātības principa un informētās piekrišanas nepieciešamības, tomēr šādas atkāpes nebūtu attiecināmas uz pienākumu sniegt pacientam informāciju un skaidrojumu par ārstēšanas procesu. Jebkādas atkāpes ir pamatojamas tikai ar personas akūtu veselības stāvokli, kam nostabilizējoties, turpmākas atkāpes no norādītajiem principiem attiecībā uz pacienta iesaisti un informēšanas pienākumu nav saskatāms objektīvs un tiesisks pamats.¹⁸

Tiesībsardze arī norāda, ka Tiesībsarga birojs turpina saņemt sūdzības par to, ka pacientiem, kuri tiek stacionēti Ārstniecības likuma 68.panta kārtībā, *“tiek doti dažāda veida medikamenti, kuru lietošanai viņi nav piekrituši, nereti norādot uz dažāda veida zāļu blaknēm, kā arī uz apstākli, ka pacientiem tiek draudēts ar dažāda veida sankcijām, ja medikamenti netiks lietoti, vai arī viņu viedoklis tiek ignorēts un medikamenti ievadīti pret pacienta gribu”*.¹⁹ Starptautiskie cilvēktiesību standarti uzsver, ka piespiedu ārstēšana ir ārkārtas pasākums, un pacientam vienmēr ir jāsniedz skaidrojums par terapijas iemesliem, pat ja viņš akūti atsakās sadarboties. Informācijas nesniegšana var radīt situāciju, kurā pacients var uztvert ārstēšanu kā sodu vai represīvu rīcību, kas būtiski pasliktina pacienta un personāla attiecības, rada savstarpējo neuzticību un var izraisīt agresīvu vai satraucošu uzvedību.

Medikamentu ievadīšanu pacientam pret pacienta gribu paredz Ārstniecības likuma 69.¹ panta sestās daļas 3.punkts, nosakot, ka psihiatriskajām ārstniecības

¹⁸ Tiesībsardzes 2025.gada 12.novembra vēstules Nr.1-5/229 *“Par Ārstniecības likuma 68.panta piemērošanu”* 9. - 10. lpp.

¹⁹ Tiesībsardzes 2025.gada 12.novembra vēstules Nr.1-5/229 *“Par Ārstniecības likuma 68.panta piemērošanu”* 9. - 10. lpp.

iestādēm ir tiesības to piemērot kā ierobežojošu līdzekli var 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.**

No veiktās konsīliju analīzes nav viennozīmīgi skaidrs, vai un kā pacientam ir sniegta informācija, piemēram: vai pacientam paskaidrota diagnoze; vai apspriests ārstēšanas plāns; vai izskaidrotas medikamentu blakusparādības; vai uzklauts pacienta viedoklis. Tas rada priekšstatu, ka informēšanas pienākums nav integrēts ārstniecības procesā, bet drīzāk tiek uztverts kā tās fakultatīvs elements. Minētais ir pretrunā ar Pacientu tiesību likuma 4.¹ pantu, kurš nostiprina pacienta tiesības uz informāciju par savu veselības stāvokli neatkarīgi no ārstēšanas veida.

Papildu problēmu rada fakts, ka informācijas nesniegšana bieži tiek skaidrota ar pacienta “*nespēju izprast situāciju*”, tomēr šāds pamatojums bieži netiek objektīvi pamatots. Sistemātiska informēšanas trūkuma gadījumā pacienti tiek pakļauti situācijai, kurā viņi nesaprot notiekošo, nespēj orientēties ārstēšanas plānā, nevar izteikt pamatotus iebildumus un faktiski tiek izslēgti no lēmuma pieņemšanas. Informēšanas trūkums praktiski padara neiespējamu pacienta efektīvu līdzdalību viņa ārstēšanas procesā, kas ir būtisks elements arī psihiatriskās palīdzības sniegšanas bez pacienta piekrišanas gadījumā. Pacients, kurš nav informēts, nevar

- paust sūdzības par blakusparādībām;
- piedāvāt alternatīvas terapijas pieejas;
- saprast ārstēšanas mērķi;
- sekot līdzi savam atveseļošanās procesam u.c.

Tādējādi informēšanas pienākuma neievērošana ne tikai ierobežo pacienta autonomiju, bet arī vājina tiesu kontroli par ārstēšanas pamatojumu, jo tiesai tiek iesniegts konsīlijs bez informācijas par to, vai pacients ir bijis iesaistīts procesā un vai viņam ir sniegti nepieciešamie skaidrojumi.

Vienlaikus jāņem vērā, ka pastāv klīniski akūti stāvokļi, kuros pacienta psihiskā veselība objektīvi neļauj sniegt viņam pilnvērtīgu informāciju vai nodrošināt viņa reālu līdzdalību ārstēšanā - piemēram, smaga psihomotorā uzbudinājuma epizode, akūta psihoze ar dezorientāciju, stupors vai situācijas, kurās pastāv tieši un reāli draudi

pacienta vai citu personu drošībai. Šādos gadījumos ārstniecības personai ir tiesības un pienākums rīkoties nekavējoties, primāri nodrošinot drošību un stabilizējot pacienta stāvokli. Tomēr šādas atkāpes no informēšanas pienākuma ir pieļaujamas tikai kā īslaicīgi, klīniski pamatoti izņēmumi, un tiem jābūt skaidri fiksētiem medicīniskajā dokumentācijā. Tiklīdz pacienta stāvoklis ir stabilizējies un viņš ir atguvis spēju sazināties, ārstam ir jāievēro pienākums sniegt informāciju saprotamā formā. Informēšanas pienākuma ierobežojumi nav automātiski piemērojami ikvienā psihiatriskās palīdzības sniegšanas bez pacienta piekrišanas gadījumā, bet tiem ir jākalpo par atkāpi nepieciešamības gadījumā, savukārt pacienta autonomija un līdzdalība ārstēšanas procesā tiek atjaunota tiklīdz, kad to pieļauj pacienta veselības stāvoklis.

Iespējamie risinājumi

1. Noteikts minimālais informācijas apjoms, kas jāsniedz personai, kam ir piemērots psihiatriskās palīdzības bez pacienta piekrišanas process

Lai novērstu situācijas, kurās informēšana tiek īstenota fragmentāri vai vispār netiek veikta, psihiatriskajām ārstniecības iestādēm būtu jānosaka minimālais informācijas apjoms, kas ārstniecības personai obligāti jāsniedz pacientam – diagnozes skaidrojums saprotamā valodā, ārstēšanas mērķis un iespējamie riski, lietoto medikamentu veids un potenciālās blakusparādības, pacienta tiesības un pienākumi ārstniecības procesā, iespējas iesniegt sūdzības, kā arī kādos gadījumos var tikt pielietoti ierobežojošie līdzekļi.

2. Pacientam izsniedzams informatīvais materiāls saprotamā formā

Pacientam, tiklīdz to ļauj viņa psihiskais stāvoklis, būtu jāizsniedz īss un saprotams informatīvais materiāls, kas izskaidro stacionēšanas iemeslus un procesu: *kāpēc es esmu stacionēts, kas notiek turpmāk, kādas ir manas tiesības, kādi speciālisti ar mani strādā, kas ir tiesas sēde un kāda ir manas dalības jēga, kā un vai es varu atteikties no ārstēšanas un kādas ir šāda lēmuma sekas?* Šāds materiāls mazinātu pacientu trauksmi, uzlabotu kontaktu ar personālu un stiprinātu pacienta autonomiju, jo persona vairs nejustos kā pasīvs procesa “objekts”, bet gan kā subjekts, kas izprot notiekošo procesu un tajā var līdzdarboties.

3. Informēšanas fakta obligāta fiksēšana medicīniskajā dokumentācijā

Lai nodrošinātu pārskatāmību un pacienta tiesību aizsardzību, informēšanas fakts ir obligāti jāfiksē medicīniskajā dokumentācijā. Būtu vēlams norādīt, kāda informācija pacientam ir sniegta, kādā stāvoklī pacients ir bijis, vai pacients ir sapratis sniegto informāciju, kā arī gadījumos, ja informācija nav sniegta, objektīvs medicīnisks pamatojums, kāpēc tas nav bijis iespējams. Tas novērstu situācijas, kur viena un tā pati informācija tiek vai nu interpretēta atšķirīgi, vai netiek atspoguļota vispār.

4. Ārstniecības personu apmācība par Ārstniecības likuma 68.panta piemērošanu un komunikāciju ar pacientiem

Informēšanas pienākuma kvalitatīva izpilde ir atkarīga no ārstniecības personu zināšanām un prasmēm, tādēļ ārstniecības iestādēm ir jāorganizē apmācības par Ārstniecības likuma 68.panta praktisko piemērošanu, pacienta tiesībām un komunikāciju ar šādiem mērķiem. Apmācību mērķis būtu nodrošināt, ka ārstniecības iestādes personāls spētu vienkāršā valodā izskaidrot notiekošo, pamatot ārstēšanas nepieciešamību, veidot cieņpilnu dialogu. Šādas prasmes būtiski mazinātu konfliktus, uzlabotu ārstēšanas efektivitāti un stiprinātu pacienta uzticēšanos ārstniecības personālam.

5.5. Formāla advokātu pārstāvība ierobežo pacienta tiesības uz efektīvu aizstāvību

Pastāvošais trūkums: Ja tiek konstatēts, ka pacientam nav pārstāvja, tiesnesis pēc dokumentu saņemšanas (psihiatru konsīlija lēmuma par psihiatriskās palīdzības sniegšanu bez pacienta piekrišanas) nekavējoties lūdz Latvijas Zvērinātu advokātu padomi pacienta interešu pārstāvībai norīkot zvērinātu advokātu un vienlaikus informē Latvijas Zvērinātu advokātu padomi par materiālu izskatīšanas dienu, laiku un vietu (Ārstniecības likuma 68.panta septītā daļa). Praksē tika konstatēts, ka zvērinātu advokātu iesaiste nereti ir formāla, fragmentāra un nepietiekama, liedzot pacientam efektīvi izmantot savas procesuālas tiesības.

Advokāta pieaicināšana pati par sevi nenodrošina pacientu tiesību efektīvu īstenošanu, jo advokāta darbība bieži aprobežojas ar minimālām vai formālām

procesuālām darbībām. Tiesībsarga biroja apkopotā informācija liecina, ka pacientiem “*pat tiesas sēdes laikā nav efektīvu iespēju apspriesties ar advokātu*” un ka pieaicinātais advokāts šādā situācijā “*pēc būtības pacientam ir pilnīgi sveša persona*”.²⁰ Jo īpaši šis jautājums ir aktuāls attālināto tiesas sēžu procesos, kas tiesas sēdēs rada mulsumu par šīs personas dalību, jo pacientam nav skaidrības par pārstāvības būtību, tostarp situācijās, kad advokāts pauž pacientam pretēju viedokli.²¹ Tādējādi advokāta pārstāvībai trūkst tās būtiskā elementa - profesionālas, pacienta interesēs balstītas komunikācijas un procesuālās stratēģijas.

Tiesībsarga birojs un ārsti-psihiatri, kas piedalās konsīlijos par psihiatriskās palīdzības sniegšanas bez pacienta piekrišanas lēmuma pieņemšanu, norāda arī uz situācijām, kad advokāts pievienojas procesam tieši pirms tiesas sēdes, nereti bez iespējas iepazīties ar lietas materiāliem vai medicīnisko dokumentāciju pietiekamā laika posmā. Šādos gadījumos advokāts objektīvi nevar juridiski kvalitatīvi pārstāvēt pacientu, identificēt nepilnības konsīlija lēmumā, uzdot jautājumus vai iesniegt lūgumus par papildu informācijas iegūšanu. Rezultātā pacienta aizstāvība tiek nodrošināta tikai formāli.

Tiesībsardze savā vērtējumā ir norādījusi, ka klātienē tiesas sēdē “*tiesnesis objektīvāk spētu novērot pacienta uzvedību un reakciju uz procesu*” nekā attālinātā formā. Šis secinājums ir attiecināms ne tikai uz tiesu, bet arī uz advokāta iespējām nodrošināt kvalitatīvu pārstāvību. Ja advokāts nav klātienē un neredz pacientu, arī viņš nespēj novērtēt, vai pacients saprot situāciju, vai ir kontaktpējīgs, vai nepieciešams lūgt pārtraukumu, vai pacients vispār ir spējīgs dot piekrišanu kādām procesa darbībām. Tas būtiski ietekmē aizstāvības kvalitāti.

Advokāti arī ne vienmēr sazinās ar pacientu pēc tiesas sēdes, lai izskaidrotu lēmumu un informēt par pārsūdzības iespējām. Tas ne tikai neatbilst profesionālās ētikas standartiem, bet faktiski liedz pacientam izmantot Ārstniecības likuma 68.panta piecpadsmītajā daļā noteiktās tiesības desmit dienu laikā iesniegt sūdzību augstākās

²⁰ Tiesībsardzes 2025.gada 12.novembra vēstules Nr.1-5/229 “*Par Ārstniecības likuma 68.panta piemērošanu*” 4. - 5. lpp.

²¹ Sk., piemēram, pētījumā “Apvienoto Nāciju Organizācijas Konvencijas par personu ar invaliditāti tiesībām ieviešanas izvērtējums” norādītos pozitīvos aspektus klātienē tiesas sēdēm un akcentēto problemātiku par advokāta un pārstāvja dalību Ārstniecības likuma 68.panta procesos, 93.lpp., pieejams: <https://ppdb.mk.gov.lv/database/petijums-apvienoto-naciju-organizācijas-konvencijas-par-personu-ar-invaliditāti-tiesībām-ieviešanas-izvertejums/>.

instances tiesai. Situācijās, kurās pacients objektīvi nespēj pats sagatavot sūdzību, advokāta pasivitāte noved pie tā, ka psihiatriskās palīdzības bez pacienta piekrišanas sniegšanas lēmums netiek pārskatīts vispār. Ārstniecības likuma 68.¹ panta otrā daļa paredz, ka Tiesu administrācija samaksā advokātam par iepazīšanos ar lietas materiāliem, juridisko konsultāciju, pārstāvību tiesa sēdē, kā arī par sūdzības sagatavošanu. Tiesībsardze norāda, ka minimālās prasības šādā gadījumā būtu *“pacienta viedokļa noskaidrošana par vēlmi izmantot savas pārsūdzības tiesības”*.²²

Ne tikai advokāti nav ieinteresēti izskaidrot pacientam pārsūdzības iespējas, bet gan no Tiesībsarga biroja, gan no ārstniecības iestāžu ārstu novērojumiem konstatējama apstākļi, ka advokāti nav ieinteresēti tālākā komunikācijā ar pacientu un pēc tiesas sēdes neatstāj pacientam savu kontaktinformāciju. Šādā situācijā pacients objektīvi paliek bez iespējas ne tikai saņemt papildu juridisko skaidrojumu, bet arī noskaidrot, vai viņš vēlas un var izmantot savas tiesības desmit dienu laikā pārsūdzēt lēmumu. Pacientam nav pieejama informācija (ne telefona numurs, ne elektroniskais e-pasts), lai pacients varētu turpināt saziņu ar advokātu. Vairumā gadījumu pacients objektīvi nespēj pats atrast informāciju vai meklēt juridisku palīdzību, ja advokāts nav nodrošinājis elementāru iespēju turpināt komunikāciju.

Šie aspekti norāda uz būtisku neatbilstību starp normatīvajā regulējumā paredzēto advokāta lomu un faktisko pārstāvības kvalitāti. Lai gan Ārstniecības likuma 68.panta sistēma paredz pacienta tiesības uz aizstāvību, praksē juridiskās palīdzības sniedzēju darbība nereti nesasniedz tās mērķi, proti, garantēt, ka persona, par kuru tiek pieņemts lēmums par psihiatriskās palīdzības sniegšanu bez pacienta piekrišanas, saņem profesionālu un pacienta interesēs orientētu juridisko palīdzību. Rezultātā aizstāvības mehānisms nereti zaudē savu jēgu un faktiski pārvēršas par procesuālu formalitāti, kas ne tikai neefektīvi aizsargā pacienta tiesības uz taisnīgu procesu, bet arī neatbilst cilvēktiesību standartu prasībām, kas piemērojami piespiedu hospitalizācijas gadījumos. Šāda situācija būtiski ietekmē tiesas spēju pieņemt objektīvu, vispusīgi pamatotu un samērīgu lēmumu, kā arī grauj pacienta uzticību tiesiskajai sistēmai un procesam kopumā.

²² Tiesībsardzes 2025.gada 12.novembra vēstules Nr.1-5/229 *“Par Ārstniecības likuma 68.panta piemērošanu”* 6. lpp.

Iespējamie risinājumi

1. Sadarbības mehānisma stiprināšana starp ārstniecības iestādēm un Latvijas Zvērinātu advokātu padomi

Lai nodrošinātu, ka pacienta pārstāvība nav formāla, ārstniecības iestādēm būtu jāievieš skaidrs mehānisms situāciju dokumentēšanai un nosūtīšanai Latvijas Zvērinātu advokātu padomei gadījumos, kad ir konstatējama acīmredzami nekvalitatīva, formāla vai nepietiekama pacientu pārstāvība. Šāds mehānisms ļautu Latvijas Zvērinātu advokātu padomei identificēt atkārtoto problēmas, pievērst uzmanību konkrēto advokātu praksei un nodrošināt atbilstošu profesionālo uzraudzību. Ņemot vērā, ka pacients bieži objektīvu apsvērumu dēļ nespēj pats iesniegt sūdzību par zvērināta advokāta rīcību, ārstniecības iestādes iesaiste ir būtiska, lai nodrošinātu personas tiesību aizsardzību un advokātu profesionālās darbības kvalitāti.

2. Ārstniecības likuma 68.¹ panta trešās daļas piemērošanas pārskatīšana un skaidri kritēriji konsultācijas fakta apstiprināšanai

Situāciju, kurās advokāts faktiski nepiedalās pacientu konsultēšanā, bet tomēr saņem valsts apmaksu, novēršanai būtu jāievieš skaidri kritēriji, kādos gadījumos ārstniecības iestādei ir pamats neapstiprināt advokāta paziņojumu par juridiskās konsultācijas sniegšanu. Tie varētu ietvert situācijas, kad zvērināts advokāts ierodas tikai dažas minūtes pirms tiesas sēdes, nav nodrošinājis privātu komunikāciju ar pacientu, nav iepazīsies ar lietas materiāliem vai nav noskaidrojis pacienta viedokli par pārsūdzības iespējām. Šāda prakse radītu motivāciju zvērinātiem advokātiem pildīt likumā noteiktās profesionālās funkcijas un vienlaikus nodrošinātu, ka valsts finansējums netiek izmantots formālai vai nekvalitatīvai pārstāvībai.

3. Minimālo kvalitātes standartu ieviešana advokātu darbībai Ārstniecības likuma 68.panta lietās

Pacienta tiesību uz efektīvu aizstāvību nodrošināšanai, būtu jānosaka konkrēts minimālais darbību kopums, kas advokātam obligāti jāveic, uzsākot pacienta pārstāvību Ārstniecības likuma 68.panta procesā. Šādi standarti varētu ietvert:

- pienākumu sazināties ar pacientu pirms tiesas sēdes, izskaidrojot procesa būtību un tiesību apjomu;
- pienākumu izskaidrot pacienta tiesības un tiesas lēmuma juridisko nozīmi pēc tiesas sēdes;
- pienākumu noskaidrot, vai pacients vēlas izmantot savas pārsūdzības tiesības;
- pienākumu atstāt pacientam savu kontaktinformāciju, lai pacients varētu turpināt saziņu un īstenot savas tiesības;
- pienākumu iepazīties ar lietas materiāliem.

5.6. Cieņpilnas attieksmes trūkums un pacientu uzticēšanās zudums ārstniecības procesā

Pastāvošais trūkums: Ārstniecības likuma 68.panta regulējums paredz, ka psihiatriskā palīdzība bez pacienta piekrišanas tiek piemērota kā izņēmuma instruments, kura mērķis ir nodrošināt pacienta un apkārtējo drošību, vienlaikus respektējot personas tiesības un cieņu. Tomēr pacientu tiesību aizsardzības mehānisma efektivitāti būtiski ietekmē tas, kādā veidā ārstniecības iestādes personāls komunicē un sadarbojas ar pacientu. No Tiesībsarga biroja viedokļa izriet, ka regulāri tiek saņemtas sūdzības par personāla nepietiekami cieņpilnu attieksmi, kas izpaužas gan kā nepietiekama skaidrošana par ārstēšanas gaitu, gan kā emocionāli ietekmējoši komentāri vai draudi pacientam par tiesas iesaisti, ja viņi atsakās sadarboties.

Tiesībsardze norāda, ka iesniedzēji ārstniecības iestādes personāla norādes *“ja nesadarbosies, tiks pielietots 68.pants”* uztver kā draudus un iebiedēšanu, jo īpaši situācijās, kad pacients atrodas akūtā psihisku traucējumu epizodē ar traucētu realitātes uztveri un paaugstinātu trauksmi. Šādā situācijā šāds formulējums nevis informē pacientu par likumā noteiktu drošības mehānismu, bet rada tieši pretēju efektu – pastiprina bailes no ārstniecības iestādes, veicina neuzticēšanos ārstiem un traucē līdzestības veidošanai.

Tāpat Tiesībsarga biroja pārbaudes lietu laikā gūtie novērojumi un iesniedzēju sūdzības liecina, ka pacientiem nereti netiek pietiekami izskaidroti ārstēšanas mērķi, procedūras, medikamentu veids un to iedarbība. Dažos gadījumos pacienti ir norādījuši, ka medikamenti ievadīti bez jebkāda skaidrojuma no ārstniecības iestādes darbinieku

puses vai pret pacienta gribu, dažkārt ar norādi, ka atteikuma gadījumā sekos sankcijas vai tiesas iesaiste.

Būtiski norādāms, ka cieņpilnas komunikācijas trūkums nav uzskatāms par atsevišķu darbinieku attieksmes problēmu, bet rada sistēmisku uzticēšanas trūkumu. Ja pacients uzskata, ka personāls pret viņu izturas kā pret objektu, nevis pret tiesībspējīgu personu, tiek mazināta gatavība sadarboties, sniegt informāciju, pieņemt ārstēšanas gaitu, to saprast un uzticēties ārstniecības personām. Tas savukārt kavē ārstēšanas efektivitāti, var pagarināt stacionēšanas laiku un dažkārt rada konfliktsituācijas starp pacientu un personālu.

Jāņem vērā, ka Ārstniecības likuma 68.panta process pats par sevi jau ir augstas intensitātes brīvības ierobežojuma. Tādēļ tiesas iesaiste ir jākomunicē kā pacienta aizsardzības mehānisms, nevis sods vai sankcija. Pretējā gadījumā pacientam tiek radīts priekšstats, ka 68.panta procedūra ir ārstniecības iestādes personāla kontrolēts instruments pacienta sodīšanai, nevis neatkarīga tiesu kontrole pār personas tiesību ierobežojumu. Turklāt pacientu uzticēšanos mazina arī apstākļi, ka dažos gadījumos pacienti tiek agresīvā veidā mudināti parakstīt piekrišanu stacionēšanai draudot ar 68.panta piemērošanu, ja piekrišana netiks sniegta. Šāda prakse grauj pacienta autonomiju un rada priekšstatu, ka personāla mērķis ir panākt formālu dokumentu parakstīšanu, nevis nodrošināt pacienta tiesību ievērošanu.

Cieņpilnas un profesionālas komunikācijas trūkums ne tikai rada emocionālu pārdzīvojumu pacientiem, bet arī mazina uzticēšanos visam ārstniecības procesam, kavē sadarbību un tikai nostiprina stigmatizējošus priekšstatus par psihiatriskajām ārstniecības iestādēm. Minētais ir pretrunā ar mūsdienu psihiatrijas principiem un cilvēktiesību standartiem, kas uzsver cieņu, skaidrošanu un pacienta aktīvu iesaisti ārstēšanā.

Iespējamie risinājumi

1. Regulāru apmācību organizēšana ārstniecības personām par deeskalācijas tehnikām, empātisku komunikāciju un pacientu tiesību ievērošanu

Lai mazinātu komunikācijas kļūdas un situācijās, kurās pacienti uztver ārstniecības iestādes personāla rīcību kā draudus vai iebiedēšanu, ārstniecības iestādēm būtu jāievieš regulāras apmācības par profesionālu

saskarsmes kultūru psihiatriskajā vidē. Šādam apmācībām būtu jāietver ne tikai teorētiskās zināšanas par pacientu tiesībām un Ārstniecības likuma 68.pantā ietverto procesu, bet arī praktiskas situāciju simulācijas - kā skaidrot ārstēšanas mērķus, kā runāt ar pacientu akūtā stāvoklī, kā paziņot par ierobežojošiem pasākumiem bez iebiedēšanas un kā veidot uzticēšanos. Tas veicinātu personāla profesionālo kompetenču attīstību, mazinātu konfliktu risku un atjaunotu pacientu uzticēšanos ārstniecības procesam.

2. Iekšējo uzraudzības mehānismu stiprināšana un konsekventa reaģēšana uz komunikācijas kvalitātes pārkāpumiem

Ārstniecības iestādēm jāievieš vai jānostiprina iekšējie mehānismi, kas ļauj identificēt un analizēt gadījumus, kuros pacienta cieņa vai tiesības nav ievērotas. Tas ietver pacienta sūdzību izskatīšanas kārtību, regulāru kvalitātes pārbaudi par komunikāciju un tiesību ievērošanu. Ir būtiski, lai katrs gadījums, kurā konstatēta draudīga, nepietiekami skaidrojoša komunikācija, tiktu izmantots kā mācību materiāls visai komandai, nevis kalpotu par individuālu incidentu.

3. Regulāru supervīziju nodrošināšana apsvēršana personālam, īpaši strādājot ar sarežģītiem, agresīviem vai smagi psihotiski dezorganizētiem pacientiem

Nemot vērā augsto emocionālo slodzi, kas raksturīga akūtās psihiatrijas nodaļām, jāizvērtē iespēja ieviest regulāras profesionālās supervīzijas ārstniecības iestādes personālam. Supervīzijas ļautu ārstniecības personām profesionāli analizēt sarežģītas situācijas, apspriest emocionālo pārslodzi, apgūt jaunas komunikācijas un stresa vadības tehnikas. Tas ne tikai uzlabotu ārstniecības iestādes personāla labbūtību, bet arī tiešā veidā celtu komunikācijas kvalitāti ar pacientiem un mazinātu risku, ka personāla rīcība tiktu uztverta kā draudīga vai represīva.

5.7. Neaktuālas vai nepilnīgas informācijas izmantošana tiesas lēmuma pieņemšanā

Pastāvošais trūkums: Ārstniecības likuma 68.panta piektā daļa paredz, ka, ja psihiatru konsīlijs ir pieņēmis lēmumu par psihiatriskās palīdzības sniegšanu, psihiatriskā ārstniecības iestāde par to rakstveidā 24 stundu laikā informē rajona (pilsētas) tiesu, savukārt desmitā daļa paredz, ka materiālus par psihiatriskās palīdzības sniegšanu bez pacienta piekrišanas izskata 72 stundu laikā pēc psihiatru konsīlija lēmuma saņemšanas. Faktiski Ārstniecības likuma 68.panta sistēma paredz, ka tiesai ir jāpārbauda, vai pastāv pamatots iemesls turpināt psihiatriskās palīdzības sniegšanu bez pacienta piekrišanas. Vienlaikus tiesas rīcībā bieži nonāk neaktuāla, nepilnīga vai faktiski novecojusi informācija, kas neļauj tiesnesim objektīvi izvērtēt, vai Ārstniecības likuma 68.panta pirmās daļas kritēriji joprojām ir aktuāli. Tādējādi tiesas lēmums tiek balstīts uz materiāliem, kas neatspoguļo pacienta reālo stāvokli lēmuma pieņemšanas brīdī.

Šāda situācija ir pretrunā likuma mērķim - nodrošināt tiesai iespēju pārliecināties, vai joprojām pastāv pamats psihiatriskās palīdzības sniegšanai bez pacienta piekrišanas. Psihiatriskās saslimšanas raksturojas ar dinamisku klīnisko gaitu, un pacienta stāvoklis var būtiski mainīties pat dažu stundu laikā, īpaši pēc terapijas uzsākšanas vai krīzes deeskalācijas. No konsīliju analīzes arī izriet, ka atsevišķos gadījumos bija konstatēts, ka pacienta psihiskais stāvoklis līdz tiesas sēdei bija būtiski mainījies vai uzlabojies, tādējādi konsīlija apraksts vairs neatbilda faktiskajai situācijai (sk. 4.sadaļu *“Pašreizējo Ārstniecības likuma 68.panta lietu konsīliju prakse”*). Tas uzskatāmi atklāj, ka tiesas rīcībā esošie materiāli bieži atspoguļo iepriekšējo, nevis aktuālo klīnisko realitāti.

Laika nobīde starp konsīliju un tiesas sēdi praksē nozīmē, ka tiesa lemj par personas brīvības turpmāku ierobežojumu, balstoties uz dokumentiem, kas atklāj situāciju 24 un vairāk stundas pirms tiesas nolēmuma pieņemšanas, nevis pacienta patieso psihisko stāvokli tiesas sēdes dienā. Atsevišķos analizētajos gadījumos arī dokumentēts, ka pacienta stāvoklis iestāšanās brīdī bija smags, bet jau pēc diennakts tiesas sēdē pacients bijis *“pilnīgi adekvāts”* un bez uzvedības traucējumiem, kas radīja krasu neatbilstību starp konsīlija dokumentu un faktiskajiem apstākļiem tiesas sēde. Tādējādi faktiski tiesai nav mehānisma, kas nodrošinātu aktualizētu informāciju.

Arī Eiropas Cilvēktiesību tiesa uzsver, ka psihiatriskās piespiedu hospitalizācijas gadījumā tiesas uzdevums ir ne tikai pārbaudīt dokumentus, bet arī pārliecināties par personas reālo psihisko stāvokli lēmuma pieņemšanas brīdī.²³ Tas nozīmē, ka, ja stāvoklis ir būtiski uzlabojies, vairs nepastāv sabiedriskā bīstamība vai nespēja par sevi parūpēties, kas atbilst Ārstniecības likuma 68.panta pirmajai daļai, turpināta psihiatriskās palīdzības sniegšana bez pacienta piekrišanas nav samērīga. Nepietiekamu un neatjauninātu materiālu izmantošana ne tikai ietekmē tiesas lēmuma kvalitāti, bet rada reālu risku nepamatoti turpināt personas brīvības ierobežošanu.

Tiesai faktiski nav nodrošināta atjaunota, dinamiski fiksēta un klīniski aktuāla informācija par pacienta psihisko stāvokli. Tiesas sēdes mēdz tikt nozīmētas ar būtisku laika nobīdi vai notiek attālināti, kā to uzsvērusi arī tiesībsardze, norādot, ka attālināta forma ierobežo tiesneša iespēju objektīvi novērtēt personas faktisko stāvokli un uzvedību.²⁴

Saskaņā ar Ārstniecības likumu, kopīgais laiks līdz tiesas lēmuma pieņemšanai var sasniegt 1 nedēļu un atsevišķos gadījumos (pēc tiesneša ieskata vai motivēta prokurora, advokāta vai pacienta pārstāvja lūguma) pat 9 dienas. (72 h ārstu konsīlijam + 24 h nosūtīšanai tiesai + 72 izskatīšanai tiesā + 48 h atsevišķos gadījumos).

Iespējamie risinājumi

1. **Konsīlija informācijas aktualizēšana pirms tiesas sēdes, ja ir notikušas izmaiņas**

Lai nodrošinātu, ka tiesai tiek iesniegta aktuāla un klīniski precīza informācija par pacienta stāvokli, būtu ieviešama prasība ārstniecības iestādei atjaunot būtiskākos datus pirms tiesas sēdes, ja ir notikušas izmaiņas. Praktiski tas nozīmētu, ka psihiatrs vai konsīlija pārstāvis sagatavo īsu informāciju, kas būtu nosūtāma tiesai ne vēlāk kā 24 stundas pirms tiesas sēdes. Šajā informācijā būtu jāiekļauj pacienta psihiskā stāvokļa dinamika, līdzestība, orientācija, un citi būtiski klīniskie parametri. Šāda informācijas iesniegšana novērstu risku, ka tiesa balstās uz novecojušu konsīlija aprakstu, kas vairs nebalstās uz pacienta faktisko stāvokli

²³ Eiropas Cilvēktiesību tiesas 2000.gada 5.oktobra spriedums lietā *Varbanov v. Bulgārija* (pieteikums Nr.31365/96).

²⁴ Tiesībsardzes 2025.gada 12.novembra vēstules Nr.1-5/229 “*Par Ārstniecības likuma 68.panta piemērošanu*”.

nolēmuma pieņemšanas brīdī. Ja informācija netiek aktualizēta pirms tiesas sēdes, tad prezumējams, ka informācija ir aktuāla un nav mainījušies apstākļi.

5.8. Sociālo pakalpojumu trūkums kā faktors, kas paildzina vai liek uzsākt psihiatriskās palīdzības sniegšanu bez pacienta piekrišanas

Pastāvošais trūkums: Ārstniecības likuma 68.pantā paredzētā psihiatriskā palīdzība bez pacienta piekrišanas ir piemērojama tikai tik ilgi, kamēr pastāv Ārstniecības likuma 68.panta pirmās daļas 1. vai 2.punktā definētie priekšnoteikumi. Šāds brīvības ierobežojums var tikt piemērots tikai tik ilgi, cik tas ir objektīvi ir nepieciešams, un tas nevar kļūt par sociālās aprūpes aizstājēju. Tomēr praksē tiek konstatēts, ka pacienta stacionēšana nereti ieilgst nevis medicīnisku iemeslu dēļ, bet gan sociālo pakalpojumu nepieejamības dēļ.

Pacienti, kuri sava veselības stāvokļa dēļ nespēj paust brīvprātīgu piekrišanu, tiek sākotnēji stacionēti Ārstniecības likuma 68.panta kārtībā, vienlaikus pēc stāvokļa stabilizēšanas netiek izrakstīti no ārstniecības iestādes, jo viņiem nav konkrēta dzīvesvieta vai ir kādas citas sociāla rakstura problēmas, tādējādi šis mehānisms, kas primāri ir paredzēts akūtu stāvokļu stabilizēšanai, turpmāk tiek izmantots, jo personai nav iespējams piedāvāt citu, tai piemērotāku pakalpojumu tādējādi slimnīca faktiski uzņemas ilgstoša sociāla aprūpes centra funkcijas.²⁵ Par šādas prakses esamību bažas paudusi arī ANO Komiteja par personu ar invaliditāti tiesībām, norādot, ka sabiedrībā balstītu pakalpojumu neesamība nedrīkst attaisnot piespiedu ievietošanu psihiatriskajās ārstniecības iestādēs.²⁶

Tiesībsarga birojs vairākkārt uzsvēris, ka šāda prakse ir problemātiska, jo tā rada situācijas, kurās pacients tiek turēts stacionārā ilgāk, nekā to nosaka medicīniskā nepieciešamība. Tiesībsarga biroja norādes apliecina, ka atsevišķi pacienti atrodas ārstniecības iestādē formāli kā brīvprātīgi, lai gan viņi objektīvi nespēj pieņemt

²⁵ Eiropas Komitejas Spīdzināšanas un necilvēcīgas vai pazemojošas rīcības vai soda novēršanai (CPT) 2023.gada 11.jūlija ziņojuma Nr.CPT/Inf (2023) 16 par vizīti Latvijā (2022.gada 10. līdz 22.maijā), 119.pārgrāfs, 40.lpp., pieejams: <https://rm.coe.int/1680abe946>.

²⁶ Committee on the Rights of Persons with Disabilities. Concluding observations on the initial report of Latvia. CRPD/C/LVA/CO/1 (10 October 2017). Liberty and security of the person (art. 14), pieejams: https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CRPD%2fC%2fLVA%2fCO%2f1&Lang=en.

informētu lēmumu par ārstēšanos vai neapzinās savas tiesības pamest slimnīcu. Šādos gadījumos būtu pārskatāms pacienta juridiskais statuss un nepieciešamības gadījumā jārosina Ārstniecības likuma 68.pantā noteiktā procedūra.²⁷

Līdzīgu problēmu ir konstatējusi arī Eiropas Spīdzināšanas novēršanas komiteja, kuras ziņojumā norādīts, ka liela daļa Aknīstes slimnīcas pacientu atrodas slēgtā tipa nodaļās, kuras nav iespējams brīvi un bez uzraudzības atstāt. Komiteja secinājusi, ka daļa pacientu neapzinās savas tiesības, tostarp tiesības pamest ārstniecības iestādi, un nespēj sniegt brīvprātīgu piekrišanu stacionēšanai - līdz ar to ir apšaubāmi uzskatīt šādu pacientu uzturēšanos slimnīcā par brīvprātīgu, kas atkal uzsver nepieciešamību izmantot Ārstniecības likuma 68.pantā noteikto procedūru un nodrošināt tiesisko skaidrību par pacienta statusu.²⁸

Ne tikai sociālo pakalpojumu trūkums rada problēmas, bet arī nepietiekama pacienta gribas fiksēšana. Tiesībsarga birojs ir norādījis, ka ārstniecības iestādes personāls nereti atstāj bez ievēribas brīvprātīgi stacionētu pacientu mutiski izteiktus lūgumus izrakstīties. Pacientiem bieži tiek sniegta maldinoša informācija, ka šāds lūgums jāformulē rakstiski un pašrocīgi jāiesniedz slimnīcai. Vienlaikus Pacientu tiesību likuma 6.panta ceturtā daļa nosaka, ka pacients var atteikties no ārstēšanas arī tās laikā, savukārt šī panta piektā daļa paredz, ka ārstējošais ārsts informē pacientu par šā panta ceturtajā daļā minētā lēmuma iespējamām sekām. Pēc ārstējošā ārsta sniegtās informācijas saņemšanas pacients ar savu parakstu apstiprina lēmumu par atteikšanos no ārstniecības vai par tās pārtraukšanu, vai par atteikšanos no ārstniecībā izmantojamās metodes, norādot, ka ir saņēmis attiecīgo informāciju. Līdz ar to pats atteikums ir pieņemams arī mutiskā veidā, pēc kā pacients konsultējams par atteikuma sekām, ko attiecīgi pēc pārrunu veikšanas noformē rakstiski. Tādā veidā pacientam ir iespēja arī ārstniecības procesa gaitā pieņemt informētu lēmumu. Tādējādi uzsverams, ka nav saskatāms pamats mutiska atteikuma atstāšanai bez ievēribas, jo likums konkrētu formu sākotnējam gribas (atteikuma) izpauzumam neparedz.

²⁷ Tiesībsardzes 2025.gada 12.novembra vēstules Nr.1-5/229 "*Par Ārstniecības likuma 68.panta piemērošanu*". 11. - 13. lpp.

²⁸ Eiropas Komitejas Spīdzināšanas un necilvēcīgas vai pazemojošas rīcības vai soda novēršanai (CPT) 2023.gada 11.jūlija ziņojuma Nr.CPT/Inf (2023) 16 par vizīti Latvijā (2022.gada 10. līdz 22.maijā), 146.-147.punkts, 47.lpp., sk., arī Eiropas Komitejas Spīdzināšanas un necilvēcīgas vai pazemojošas rīcības vai soda novēršanai (CPT) 2017.gada 29.jūnija ziņojuma CPT/Inf (2017) 16 par vizīti Latvijā (2016.gada 12. līdz 22.aprīlī), 123.-126.paragrāfs, 48.-49.lpp., pieejams: <https://rm.coe.int/pdf/168072ce52>.

Ja šāds lūgums netiek fiksēts un ārstējošais ārsts neizvērtē pacienta lēmumu, rodas sekas, kurā pacienta “brīvprātīgais statuss” turpinās formāli, kaut arī pats patients ir paudis nevēlēšanos turpināt ārstēšanos. Savukārt, ja patients objektīvi nav spējīgs informēti pieņemt šādu lēmumu, tas var norādīt uz nepieciešamību izvērtēt Ārstniecības likuma 68.panta piemērošanu. Tādēļ šāda prakse – mutiska lūguma atstāšana bez ievēriības - var novest pie prettiesiskas atrašanās ārstniecības iestādē un neatbilstību gan nacionālajam regulējumam, gan cilvēktiesību standartiem.

Sociālo pakalpojumu nepieejamība un pacienta juridiskā statusa neskaidrība savstarpēji pastiprina risku, ka psihiatriskās palīdzības sniegšana bez pacienta piekrišanas tiek nepamatoti paildzināta. Brīvības ierobežojuma turpināšana sociālu apstākļu dēļ, nevis medicīnisku indikāciju rezultātā, ir pretrunā Ārstniecības likuma mērķim, ANO Konvencijas par personu ar invaliditāti prasībām.

Iespējamie risinājumi

1. Ārstniecības iestādes sociāla darbinieka aktīva, savlaicīga un strukturēta iesaiste pacienta sociālās situācijas risināšanā

Lai novērstu situācijas, kurās psihiatriskā stacionēšana tiek paildzināta nevis medicīnisku, bet sociālu iemeslu dēļ, ārstniecības iestādēm ir jānodrošina, ka sociālais darbinieks tiek iesaistīts ārstēšanas procesā tūlīt pēc pacienta stāvokļa stabilizēšanās. Šāda agrīna un strukturēta iesaiste palīdzētu novērst situācijas, kurās medicīniskais pakalpojums tiek izmantots kā sociālās aprūpes “aizstājējs”. Sociālajam darbiniekam būtu jāveic

- pacienta dzīvesvietas situācijas izvērtējums;
- piederīgo spēju nodrošināt aprūpi un drošu vidi apzināšana;
- nepieciešamības gadījumā pašvaldības sociālo dienestu informēšana;
- iespēju meklēšana nodrošināt sociālos pakalpojumus ārpus ārstniecības iestādes.

2. Obligāts pienākums fiksēt ikvienu pacienta mutiski izteiktu lūgumu par izrakstīšanos un nodrošināt tā izvērtēšanu

Ārstniecības personām ir jāievēro Pacientu tiesību likuma 6.panta ceturtās un piektās daļas prasības, kas atļauj pacientam atteikties no ārstēšanas mutiski, lai novērstu situācijas, kur pacienta faktiskais lēmums tiek ignorēts

un saglabāts formāls “brīvprātīgais” statuss. Katra mutiski izteikta vēlme izrakstīties, pārtraukt ārstēšanu vai izvērtēt alternatīvas ārstēšanas metodes ir jāfiksē medicīniskajā dokumentācijā, jāpapildina ar ārstējošā ārsta izvērtējumu par pacienta spēju sniegt informētu piekrišanu/atteikumu u.c.

6. Konsīlija lēmuma standartizācija

Psihiatru konsīlija lēmums par psihiatriskās palīdzības sniegšanu bez pacienta piekrišanas ir viens no būtiskākajiem dokumentiem piespiedu ārstēšanas procesā, jo tas kalpo kā pamats tiesas lēmumam par psihiatriskās palīdzības sniegšanu bez pacienta piekrišanas un tādējādi arī faktiski personas brīvības ierobežošanu. Līdz ar to konsīlija kvalitāte un tā standartizācija ir tieši saistīta ar pacienta pamattiesību aizsardzību un ārstniecības procesa caurspīdīgumu.

No juridiskā viedokļa vienota konsīlija formas struktūra nodrošinās caurskatāmību un pierādāmu lēmuma pamatojumu tiesas procesā. Vienota forma ļaus mazināt interpretācijas riskus, veicinās vienlīdzīgu piemērošanu dažādās ārstniecības iestādēs un kalpos kā instruments pacienta tiesību ievērošanas uzraudzībai. Tā arī nodrošinās konsekventu atsauču lietošanu uz Ārstniecības likuma 68.panta pirmās daļas konkrēto punktu vai punktiem, samazinās juridisko kļūdu iespējamību un stiprinās ārstniecības iestādes atbildību. Savukārt no klīniskā viedokļa vienota forma uzlabos datu kvalitāti un salīdzināmību, ļaujot ārstiem strukturēti atspoguļot pacienta stāvokli, simptomātiku un pamatojumu ārstēšanai bez piekrišanas. Standartizēta pieeja veicinās klīnisko lēmumu pamatotību, precizitāti un uzraudzību, mazinot nepilnīgas dokumentācijas risku, kā arī palīdzēs nodrošināt, ka katrs konsīlijs ietver visus klīniskos elementus.

Lai nodrošinātu vienotu, caurspīdīgu un juridiski korektu psihiatriskās palīdzības sniegšanas procesu bez pacienta piekrišanas, ir būtiski, ka visās ārstniecības iestādēs tiek izmantota vienota konsīlija formas struktūra ar skaidri noteiktiem obligātajiem elementiem. Katras sadaļas iekļaušanai ir gan juridisks pamats, kas izriet no tiesību aktiem, gan klīnisks pamatojums, kas nodrošina objektīvu pacienta stāvokļa izvērtējumu un pamatotu ārstēšanas nepieciešamības noteikšanu.

5. tabula. Konsīlija formas klīniskais un juridiskais pamatojums.

Sadaļa	Klīniskais pamatojums	Juridiskais pamatojums
Situācijas apraksts	Konkrēts esošās situācijas raksturojums, kas pamato nepieciešamību neatliekamai psihiatriskās palīdzības sniegšanai bez pacienta piekrišanas.	Norādīto sadaļu atspoguļošana ir nepieciešama, lai tiesa varētu objektīvi pārbaudīt, vai ir iestājušies Ārstniecības likuma 68.panta pirmās daļas 1. vai 2.punktā minētie priekšnoteikumi.
Anamnēze	<ul style="list-style-type: none"> - Kā nokļuvis stacionārā? (NMPDD / policija), pēc kura iniciatīvas (radi / kaimiņi utml.) - Slimības raksturs (hroniskas slimības paasinājums / akūts pirmreizējs) - Medikamenti (lieto / nelieto) - Kritikas trūkums (daļējs / pilnīgs) - Iepriekšējās stacionēšanas bez piekrišanas (ir / nav) 	
Psihiskais stāvoklis uzņemšanas laikā un novērojumi pēc tās (tikai patoloģija)	Atspoguļo tikai patoloģiju, kas pamato konsīlija lēmumu.	
Psihiskais stāvoklis konsīlija laikā (tikai patoloģija)	Atspoguļo tikai patoloģiju, kas pamato konsīlija lēmumu.	Ārstniecības likuma 67.panta trešā daļa paredz, ka psihiatru konsīlijs 72 stundu laikā izmeklē pacientu, no kā izriet, ka lēmumā par psihiatriskās palīdzības sniegšanu bez pacienta piekrišanas jāietver izvērtējums par pacienta psihisko stāvokli izvērtējums konkrētajā brīdī.
Somatiskais un neiroloģiskais stāvoklis	Atspoguļo tikai patoloģiju, kas pamato vai ir saistoša konsīlija lēmumam.	-
Diagnoze	Pilna diagnoze pēc SSK-10.	Ņemot vērā, ka Ārstniecības likuma 68.pants attiecas uz psihiskām slimībām un ir attiecināms tikai uz psihiatriskās palīdzības sniegšanu bez pacienta piekrišanas, nepieciešams konstatēt, vai 1) ir psihiska slimība; 2) diagnozes raksturs un smagums var atbilst 68.panta pirmās daļas priekšnoteikumiem.
Slēdziens	<i>“Ir indikācijas stacionārai ārstēšanai bez pacienta piekrišanas.”</i>	Slēdziens juridiski nostiprina konsīlija profesionālo vērtējumu par to, vai ir iestājušies Ārstniecības likuma 68.panta pirmās daļas priekšnoteikumi.

Secinājumi un priekšlikumi

1. Attālināto tiesas sēžu plašā izmantošana neatbilst Ārstniecības likuma 68.panta prasībai par klātienas izskatīšanu ārstniecības iestādē un var apdraudēt pacienta tiesības uz taisnīgu tiesu, jo pacients bieži nespēj pilnvērtīgi uztvert attālinātu procesu, savukārt tiesnesis nevar pilnvērtīgi izvērtēt personas psihisko stāvokli.

2. Psihiatra klātbūtne tiesas sēdēs bieži kļūst formāla - mutiski sniegtā informācija neatšķiras no konsīlija rakstveida lēmuma, tomēr būtiski noslogo ārstus, samazina ārstniecības procesa efektivitāti un neatbilst starptautiskajai praksei.

3. Policijas ziņojumi par personas nogādāšanas apstākļiem mēdz nebūt pievienoti, nebūt pilnīgi vai nesniedz nepieciešamo informāciju, lai objektīvi izvērtētu sākotnējo apdraudējumu.

4. Dažos gadījumos pacienti netiek savlaicīgi informēti par tiesas sēdi, nesaprot savas tiesības, nav sniegta informācija par ārstniecību, blakusparādībām, tās mērķiem vai nav dokumentēts, ka šāda informācija būtu sniegta.

5. Zvērinātu advokātu klātbūtne un dalība mēdz būt formāla - pacients nesaņem pilnvērtīgu juridisku skaidrojumu, nenotiek kvalitatīva konsultācija pirms tiesas sēdes, un nereti zvērināti advokātu neiepazīstas ar lietas materiāliem pietiekamā apjomā, tādējādi samazinot aizstāvības efektivitāti.

6. Konstatēti gadījumi, kad pacients tiek stacionēts nevis primāri medicīnisku apsvērumu dēļ, bet gan sociālā atbalsta trūkumu dēļ. Sociālo pakalpojumu nepieejamība veicina hospitalizācijas un neļauj nodrošināt pacientam atbilstošāko aprūpes modeli.

7. Vienotas konsīlija formas ieviešana ir būtiska kvalitātes nodrošināšanai, uzlabojot dokumentācijas kvalitāti, nodrošinātu vienveidību un ļautu tiesai pieņemt lēmumu bez psihiatra obligātas klātbūtnes.

8. Esošie trūkumi atklāj, ka problēmas nav atrisināmas tikai ārstniecības iestāžu iekšienē un nepieciešams veidot strukturētu diskusiju starp iesaistītajām institūcijām, lai panāktu vienotu izpratni par tiesas formu, dokumentācijas prasībām, pacientu tiesību nodrošināšanu un profesionālo atbildību.

Izmantoto avotu un literatūras saraksts

1. Latvijas tiesību akti:

1. Ārstniecības likums: Latvijas Republikas likums. Latvijas Vēstnesis, Nr.167/168, 01.07.1997.

2. Pacientu tiesību likums: Latvijas Republikas likums. Latvijas Vēstnesis, Nr.205, 30.12.2009.

2. Tiesu prakse

1. Eiropas Cilvēktiesību tiesas 2000. gada 5. oktobra spriedums lietā Varbanov v. Bulgaria (pieteikums Nr. 31365/96).

2. Eiropas Cilvēktiesību tiesas 2012. gada 17. janvāra spriedums lietā Stanev v. Bulgaria (pieteikums Nr. 36760/06).

3. Satversmes tiesas 2008. gada 9. maija spriedums lietā Nr. 2007-24-01, 8. punkts.

4. Augstākās tiesas Senāta Civillietu departamenta 2013. gada 18. oktobra spriedums lietā Nr. SKC-216/2013, 7.3. punkts.

5. Vidzemes apgabaltiesas Civillietu tiesas kolēģijas 2013. gada 27. decembra spriedums lietā Nr. C38042610.

3. Starptautiskās organizācijas un rekomendācijas:

1. Eiropas Komiteja Spīdzināšanas un necilvēcīgas vai pazemojošas rīcības vai soda novēršanai. Astotais vispārējais ziņojums, 40. paragrāfs. Pieejams: <https://rm.coe.int/16806cd434>

2. Eiropas Padomes Rekomendācija Nr. REC(2004)10 "Attiecībā uz personu ar garīga rakstura traucējumiem cilvēktiesību un cieņas aizsardzību", 22.09.2004.

3. Eiropas Komitejas Spīdzināšanas un necilvēcīgas vai pazemojošas rīcības vai soda novēršanai (CPT) 2023. gada 11. jūlija ziņojums Nr. CPT/Inf (2023)16 par vizīti Latvijā (2022. gada 10.–22. maijā).

4. Eiropas Komitejas Spīdzināšanas un necilvēcīgas vai pazemojošas rīcības vai soda novēršanai (CPT) 2017. gada 29. jūnija ziņojums CPT/Inf (2017)16 par vizīti Latvijā (2016. gada 12.–22. aprīlī).

5. Committee on the Rights of Persons with Disabilities. Concluding observations on the initial report of Latvia, CRPD/C/LVA/CO/1, 10 October 2017.

4. Valsts iestāžu dokumenti:

1. Tiesībsarga birojs. Par Ārstniecības likuma 68. panta piemērošanu. 12.11.2025., reģ. Nr. NPVC/14-09/25/9320.

2. Tieslietu ministrija. Par informācijas sniegšanu saistībā ar Ārstniecības likuma 68. panta piemērošanu. 10.11.2025., reģ. Nr. NPVC/14-09/25/9194.

3. Tiesībsarga 2021. gada 7. decembra ziņojums par cilvēktiesību nodrošināšanu VSIA “Daugavpils psihoneiroloģiskā slimnīca” Aknīstes psihoneiroloģiskajā slimnīcā, 4.–5. lpp.

5. Zinātniskā literatūra:

1. Matscher, F. The right to a fair trial in the case-law of the organs of the European Convention on Human Rights. In: The Right to a Fair Trial. Strasbourg: Council of Europe Publishing.

Pielikumi



1.pielikums "Ārstniecības likuma 68.panta konsīlija forma"

Pievienots atsevišķā failā