MYKOLO ROMERIO UNIVERSITETO
TEISĖS FAKULTETO
TEISĖS ISTORIJOS IR FILOSOFIJOS KATEDRA

INDRĖ SKIRMANTAITĖ
(BIOTEISĖS STUDIJŲ PROGRAMA)

PSICHIKOS LIGONIŲ, PADARIUSIŲ VISUOMENEI PAVOJINGĄ VEIKĄ, PSICHIKOS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS REGULIAVIMAS

Magistro baigiamasis darbas

Darbo vadovas -
prof. dr.
Jonas Juškevičius

Vilnius, 2014

TURINYS

ĮVADAS 3

SANTRUMPŲ SĄRAŠAS 8

1. PSICHIKOS LIGOS IR JŲ ĮTAKA NUSIKALSTAMUMUI 9

1.1. Psichikos ligos ir psichikos ligonio teisinė samprata 9

1.2. Psichikos ligos ir nusikalstamumas 12

2. PSICHIKOS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS TEISINIS REGULIAVIMAS 16

2.1. Psichikos sveikatos priežiūros samprata 16

2.2. Psichikos sveikatos priežiūros paslaugos ir jų teikimas Lietuvoje 17

3.PRIVERSTINIS PSICHIKOS LIGONIŲ HOSPITALIZAVIMAS 24

3.1. Priverstinio hospitalizavimo samprata ir epidemiologija 24

3.2. Priverstinio hospitalizavimo teisinis reguliavimas Lietuvoje ir pasaulyje 26

3.3. Nepakaltinamumo samprata, nustatymo ypatumai 29

4.PRIVERČIAMOSIOS MEDICINOS PRIEMONĖS 33

4.1. Priverčiamųjų medicinos priemonių samprata ir paskirtis 33

4.2. Priverčiamųjų medicinos priemonių rūšys 35

4.2.1. Priverstinis ambulatorinis stebėjimas 38

4.2.2.Priverstinis stacionarinis stebėjimas bendro, sustiprinto ir griežto stebėjimo sąlygomis 41

4.3. Priverčiamųjų medicinos priemonių taikymo, pratęsimo, rūšies pakeitimo ar panaikinimo teisiniai pagrindai 43

4.4. Europos Žmogaus Teisių Teismo praktika bylose dėl priverčiamųjų medicinos priemonių ir priverstinio hospitalizavimo taikymo 47

4.4.1. EŽTT byla Liuiza prieš Lietuvą 48

4.5. Prievartos priemonių taikymo reguliavimo ypatumai 50

IŠVADOS 62

LITERATŪRA 64

ANOTACIJA LIETUVIŲ IR ANGLŲ KALBOMIS 71

SANTRAUKA 72

SUMMARY 73

ĮVADAS

Darbo aktualumas, naujumas. Pasaulio sveikatos organizacijos (PSO) duomenimis, apie 450 mln. planetos žmonių kenčia nuo psichikos sveikatos sutrikimų ir su jais glaudžiai susijusių fizinių negalavimų. Psichikos sutrikimai sudaro apie 12 proc. visų pasaulio ligų, o iki 2020 metų šis skaičius gali išaugti iki 15 proc.[1]. Lietuvos Valstybinio psichikos sveikatos centro duomenimis psichikos ligų skaičius bendroje populiacijoje nuolat auga. Lietuvoje 2012 metais bendras susirgimas psichikos ligomis 100 000 tūkstančių gyventojų buvo 5513,3 atvejų, tai 521,2 susirgimais daugiau lyginant su 2006 metais[2]. Vienas iš pagrindinių sveikatos teisės institutų bei daugelio Europos ir Lietuvos sveikatos teisės problemų yra pacientų teisės ir jų apsauga. Psichikos ligomis sergantys asmenys gali būti vieni iš labiausiai socialiai pažeidžiamų asmenų grupių dėl to, jog vis dar visuomenėje stebima psichikos ligonių stigmatizacija, negatyvus požiūris bei neadekvatus elgesys šių asmenų atžvilgiu. PSO teigia, jog žmonės turintys psichikos sutrikimų visame pasaulyje vis dar susiduria su diskriminacija, smurtu ir prievarta visose gyvenimo srityse[3]. Pasaulyje ši problema plačiai aptariama, visuomenė stigmatizuodama psichikos ligomis sergančiuosius, užkerta jiems kelia į visapusišką socialinę adaptaciją. Kuomet padaroma „sveiku protu“ nesuvokiama nusikalstama veika dažniausiai tokių veikų padarymą visuomenė sieja su asmenims, turinčiais psichikos sutrikimų, taip diskriminuodama ir pažeisdama šių asmenų teises. 1995 m. birželio 6 d. buvo priimtas Lietuvos Respublikos (LR) psichikos sveikatos priežiūros įstatymas, kuriame imperatyviai nurodyta, jog „psichikos ligoniai turi visas politines, ekonomines, socialines ir kultūrines teises ir negali būti diskriminuojami dėl psichikos sveikatos sutrikimų”[4].Taip pat šiame įstatyme numatytos aplinkybės, kurioms esant psichikos paciento teisės gali būti ribojamos. Teikiant sveikatos priežiūros paslaugas psichiatrijoje yra naudojamos prievartinės gydymo intervencijos, kurios nėra būdingos kitoms medicinos sritimis. Būtų galima išskirti : priverstinį hospitalizavimą, izoliavimą, priverstinį vaistinių preparatų skyrimą, fizinius suvaržymus, priverčiamųjų medicinos priemonių taikymą psichikos ligoniams, kurie padaro visuomenei pavojingą veiką.Prievartos priemonių taikymo psichiatrijoje reglamentavimas yra sudėtingas ir šiuo metu tebesitęsiantis procesas. Siekiant apsaugoti tiek patį pacientą, tiek ir aplinkinius nuo psichikos sutrikimo sukelto neigiamo elgesio padarinių yra ribojama žmogaus laisvė, todėl priverstinio hospitalizavimo bei priverčiamųjų medicinos priemonių procese turi būti atsižvelgiama į teisinį reguliavimą ir jo ypatumus.

[1]http://www.who.org/mentalhealth/epidemiology/en/ ; prisijungimo laikas 2013-09-26.
[2]http://www.vpsc.lt/index.php?option=com_content&view=article&id=43%3Asergani-psichikos-ligomis-sk respublikoje&catid=12%3Apsichikos-sveikatos-statistika&Itemid=23&lang=lt ;prisijungimo laikas 2013-10-29.
[3]www.who.int/mental_health/evidence/en/; prisijungimo laikas 2014-02-27.
[4] Lietuvos Respublikos psichikos sveikatos priežiūros įstatymas // Valstybės žinios. 1995, Nr. 53-1290.

Lietuvos Respublikos Konstitucijos 20straipsnis teigia : „Niekam neturi būti atimta laisvė kitaip, kaip tokiais pagrindais ir pagal tokias procedūras, kokias yra nustatęs įstatymas“[5].

Lietuvoje priverstinio hospitalizavimo tvarką reglamentuoja LR civilinio kodekso ir LR psichikos sveikatos priežiūros įstatymo nuostatos. Psichikos ligoniai, kurie padaro visuomenei pavojingą veiką ir yra teismo pripažinti nepakaltinamais, priverstinai hospitalizuojami taikant priverčiamąsias medicinos priemones, kurios suprantamos kaip gydymo ir valstybės prievartos priemonių visuma ir jų taikymo procesą reglamentuoja LR baudžiamasis ir baudžiamojo proceso kodeksai bei LR psichikos sveikatos priežiūros įstatymas. Psichikos ligonių, kurie padaro visuomenei pavojingą veiką, psichikos sveikatos priežiūra skiriasi lyginant su „paprastais“ psichikos ligoniais. Jei įtariama, jog asmuo, kuris padarė nusikaltimą serga psichikos liga, skiriama teismo psichiatrijos ekspertizė siekiant nustatyti nepakaltinamumą. Jei nustatomas nepakaltinamumas skiriamos priverčiamosios medicinos priemonės, kurios atitinkamai grupuojamos į 4 rūšis priklausomai nuo teisių ribojimo apimties.

Ištirtumas. Mokslinių tyrimų, kurie tyrinėja psichikos ligas, jų atsiradimo priežastis, epidemiologiją, diagnostiką ir gydymą yra pakankamai daug. Mokslinių studijų, kurios nagrinėtų psichikos ligų ryšį ar priklausomybę su nusikalstama veika galime rasti užsienio šalių pripažintų mokslinių žurnalų straipsniuose, tačiau Lietuvoje kol kas neteko sutikti tokio pobūdžio tyrimų, kurie nagrinėtų ryšį tarp tam tikrų psichikos ligų pasireiškimo ir nusikalstamų veikų darymo. Pasaulyje nėra vienos bendros tvarkos ar tam tikro duomenų paketo, kuris suvienodintų valstybių narių tvarką skiriant priverčiamąsias medicinos priemones, pacientų teisių ribojimo ar fizinių suvaržymų pagrindus, tačiau iniciatyvos jau pradėtos. PSO 2011 metais pateikė psichikos sveikatos atlasą[6], tai vienas iš naujausių psichikos sveikatos išteklių rinkinių, kuriame pateikiamos rekomendacijos dėl ligų gydymo ir žmogaus teisių apsaugos. Taip pat PSO 2013 m. gruodžio 10 dieną (žmogaus teisių diena) iniciavo projektą *„QualityRight“*, kurio metu buvo sukurta internetinė platforma *„MiNDbank“* vienijanti pagrindinius tarptautinius išteklius bei nacionalines politikos kryptis, strategijas, įstatymus, paslaugų standartus. Manoma, jog *„MiNDbank“* palengvins tarpusavio diskusijas, propaguos mokslinius tyrimus, skatins nacionalines reformas pagal tarptautinius žmogaus teisių ir geriausios praktikos standartus[7]. Mokslinių išvadų, tezių, rekomendacijų apie priverstinio hospitalizavimo, jo paplitimo, pacientų jaučiamos prievartos dažnio, agresijos pasireiškimą taikant prievartos priemones galima sutikti dr. V. Raškausko, prof. habil. dr. A. Dembinsko darbuose. V. Raškauskas (2010) parašęs disertaciją pateikė pasiūlymus visuotinai taikyti teismo nutartimi vykdomų priverstinių hospitalizavimų registravimą, priverstinio hospitalizavimo indikacijų registravimą, įdiegti į

[5] Lietuvos Respublikos Konstitucija // Valstybės žinios.1992, Nr. 33-1014.
[6] Šiame atlase pateikiami 184 valstybių narių duomenys
[7] www.who.int/mental_health/evidence/en/; prisijungimo laikas 2014-02-27

klinikinę praktiką prievartos prevencijos priemones[8]. Daugiausia dėmesio psichikos ligonių, kurie padaro visuomenei pavojingą veiką, baudžiamojo proceso ypatumus, jų teisinę padėtį, teisės į gynybą įgyvendinimą, priverčiamųjų medicinos priemonių taikymo proceso klausimams skiria doc. dr. J. Zajančkauskienė (Kanapeckaitė). Autorė viena iš pirmųjų pasiūlė baudžiamajame procese įtariamojo psichikos sutrikimams nustatyti „vienodą specialių žinių naudojimo būdą – ekspertizę“[9]. Teisinių tyrimų, kurie būtų skirti priverčiamųjų medicinos priemonių, prievartos priemonių bei teisių ribojimo skirtingų priverstinio stebėjimo sąlygomis metu, teisinio reguliavimo analizei Lietuvos teisinėje literatūroje nėra daug. Taip pat ir užsienio teisės mokslų tyrimų šiais klausimais nėra gausu.

Darbo problematika. Šios temos problematiką sąlygoja tai, jog Lietuvos Respublikos teisinėje bazėje priverčiamųjų medicinos priemonių (PMP) taikymas šiuo metu siejamas su nusikalstamos veikos pavojingumu, tačiau, kaip teigia J. Zajančkauskienė (2006) PMP rūšies parinkimo negali sąlygoti veikos pavojingumas, nes tuomet priemonė taptų bausme[10]. Taip pat problemos šioje srityje kyla dėl to, jog nėra sukurto veiksmingo teisinio mechanizmo, kuris aiškiai diferencijuotų atribojimus tarp skiriamų skirtingų priverstinio stebėjimo: bendro, griežto ir sustiprinto rėžimo sąlygomis, bei paciento teisių ribojimus ir prievartos priemonių naudojimo tvarką konkretaus stebėjimo metu, dėl ko psichikos ligoniai, padarę visuomenei pavojingą veiką kreipiasi į žmogaus teisių gynimo institucijas, dėl galimų nesąžiningų medikų veiksmų ar teismo sprendimų parenkant PMP jų atžvilgiu.

Apibendrinus informaciją stebima, jog magistro baigiamojo darbo tema – psichikos ligonių, padariusių visuomenei pavojingą veiką psichikos sveikatos priežiūros reguliavimas nepasižymi dideliu mokslinio ištirtumo laipsniu, todėl galime manyti, jog yra magistro baigiamojo darbo aktualumas. Tuo remiantis šio darbo *objektu* pasirinktas psichikos ligonių, padariusių visuomenei pavojingą veiką, psichikos sveikatos priežiūros reguliavimas.

Magistro baigiamojo darbo *dalykas* – psichikos ligonių, kurie padaro visuomenei pavojingą veiką psichikos sveikatos priežiūros paslaugų kokybė, priimtinumas, teisių apsauga ir ribojimas analizuojant priverstinio hospitalizavimo taikant priverčiamąsias medicinos priemones turinį. *Darbo tikslas*: išanalizuoti psichikos ligonių, padariusių visuomenei pavojingą veiką, psichikos sveikatos priežiūros reguliavimo ypatumus, aptarti kokios yra teisių ribojimo ribos skirtingų priverstinio stebėjimo sąlygomis.

Keliami šie *darbo uždaviniai* tikslui pasiekti :

---

[8] Raškauskas V. Priverstinio hospitalizavimo psichiatrijoje paplitimas ir klinikiniai ypatumai. Biomedicinos mokslai, medicina (07B), P.122.

[9] Kanapeckaitė J. Įtariamųjų psichikos trūkumų (sutrikimų) atskleidimas ir nustatymas// Jurisprudencija. 2005, 75(67), P.48.

[10] Zajančkauskienė J. Kai kurie priverčiamųjų medicinos priemonių taikymo procesiniai aspektai // Jurisprudencija. 2006, 10 (88); P. 79.

1. Išsiaiškinti psichikos ligos poveikį ligonio galimam agresyviam elgesiui ir nusikalstamumui.
2. Išnagrinėti psichikos ligonių, padariusių visuomenei pavojingą veiką, psichikos sveikatos priežiūros paslaugas teikiančias institucijas ir sveikatos priežiūros sąlygas.
3. Apibūdinti priverčiamųjų medicinos priemonių rūšis jų taikymo, parinkimo, pakeitimo ar panaikinimo teisinius pagrindus Lietuvoje ir užsienyje.
4. Išanalizuoti prievartos priemonių taikymo teisinį reguliavimą ir dėl jo kylančias problemas praktikoje.
5. Nustatyti kokios ir kokia apimtimi ribojamos teisės pacientams, gydomiems bendro, griežto ir sustiprinto stebėjimo sąlygomis.

Probleminis klausimas – ar psichikos sveikatos priežiūros reguliavimas, ligoniams, kurie padaro visuomenei pavojingą veiką yra pakankamai veiksmingas užtikrinant šių ligonių teisių apsaugą ir kokybiškas psichikos sveikatos priežiūros paslaugas? Ar priverčiamųjų medicinos priemonių taikymo bendro, sustiprinto ir griežto rėžimo sąlygų metu aiškiai reglamentuojamas pacientų teisių ribojimas?

Pirmasis baigiamojo darbo *ginamasis teiginys* - Valstybė turėtų vieningai reglamentuoti skirtingų priverstinio stebėjimo sąlygų metu teisių ribojimo pagrindus bei parengti prievartos priemonių, tokių kaip, fiziniai suvaržymai rekomendacijas. Antrasis baigiamojo darbo *ginamasis teiginys* – psichikos ligonių, padariusių visuomenei pavojingą veiką, psichikos sveikatos priežiūros reguliavimas yra labiau ribojantis ir varžantis paciento laisvę ir teises lyginant su psichikos ligoniais, kurie nepadaro visuomenei pavojingos veikos. Trečiasis baigiamojo darbo *ginamasis teiginys* - esamos priverčiamųjų medicinos priemonių rūšies parinkimo, pakeitimo, nutraukimo bei teisių ribojimo skirtingų priverčiamųjų medicinos priemonių stebėjimo sąlygomis metu, teisinis reglamentavimas ir teismų atliekamas šių normų taikymas praktikoje nėra pakankamas užtikrinant teisę į kokybiškas, priimtinas psichikos sveikatos priežiūros paslaugas.

Darbo šaltiniai. Rašant magistro baigiamąjį darbą buvo remiamasi tarptautiniais, nacionaliniais ir regioniniais teisės aktais, kurie reglamentuoja psichikos sveikatos priežiūros paslaugų teikimą, priverstinį psichikos ligonių hospitalizavimą bei priverčiamųjų medicinos priemonių taikymo, rūšies parinkimo, pakeitimo ar panaikinimo procesinius pagrindus. Naudotasi nacionalinių ir tarptautinių teismų praktika dėl psichikos ligonių priverstinio hospitalizavimo bei priverčiamųjų medicinos priemonių taikymo. Remtasi užsienio šalių bei Lietuvos mokslininkų moksliniais straipsniais šia tema.

Darbo metodai. Siekiant išsikelto darbo tikslo ir uždavinių įgyvendinimui darbo metu kompleksiškai naudojami teoriniai ir empiriniai tyrimo metodai. *Sisteminiu metodu* aptartos ir

išanalizuotos baudžiamojo ir baudžiamojo proceso teisės normos, psichikos sveikatos priežiūros įstatymo normos, reglamentuojančios psichikos ligonių, padariusių visuomenei pavojingą veiką, priverstinio hospitalizavimo ir priverčiamųjų medicinos priemonių taikymo procesas. Remiantis *lyginamuoju metodu* buvo lyginamos Lietuvos Respublikos baudžiamojo kodekso, baudžiamojo proceso kodekso bei psichikos sveikatos priežiūros įstatymo nuostatos su užsienio šalių baudžiamųjų bei psichikos sveikatos priežiūrą reglamentuojančių teisės aktų nuostatomis, nustatant tam tikrus panašumus ir skirtumus. Lyginamajai analizei buvo pasirinktos valstybės, priklausančios kontinentinei ir anglosaksų teisinei sistemai. Taip pat šiuo metodu nagrinėjamos mokslininkų nuomonės dėl asmenų, sergančių psichikos liga ir padariusių visuomenei pavojingą veiką priverčiamųjų medicinos priemonių taikymo proceso, jų teisinės padėties. *Loginiu – analitiniu metodu* buvo siekiama atskleisti teisės normų, reglamentuojančių psichikos ligonių, padariusių visuomenei pavojingą veiką, psichikos sveikatos priežiūros turinį, apibendrinimams ir išvadoms pateikti. *Teisinių dokumentų analizės metodas* buvo naudojamas nagrinėjant nacionalinius teisės aktus, teismų praktikos sprendimus taip pat Lietuvos bei užsienio šalių mokslinę literatūrą.

Darbo struktūra. Magistro baigiamasis darbas susideda iš keturių skyrių, kurie suskirstyti į poskyrius. Pirmajame darbo skyriuje nagrinėjama psichikos ligos, psichikos ligonio samprata, sąsaja tarp psichikos ligų ir nusikalstamo ar agresyvaus elgesio. Antrojoje dalyje analizuojama psichikos sveikatos priežiūra, jos teikimo etapai, sektoriai. Trečiojoje dalyje nagrinėjama psichikos ligonių priverstinio hospitalizavimo samprata, epidemiologija bei teisinis reguliavimas Lietuvoje ir kitose valstybėse. Ketvirtojoje dalyje analizuojamas psichikos ligonių nepakaltinamumo nustatymas, priverčiamųjų medicinos priemonių taikymo, panaikinimo, rūšies pakeitimo procesas. Toliau seka magistro baigiamojo darbo išvados, anotacija bei santrauka lietuvių ir anglų kalbomis ir literatūros sąrašas.

Nagrinėjant magistro baigiamojo darbo temą bei atsižvelgiant į lietuvių kalboje vartojamų sąvokų, terminų skirtingas interpretacijas, kyla būtinybė nurodyti tam tikras, konkretesnes jų reikšmes, kurios susijusios su nagrinėjama tema, aptariamos sąvokos:

Psichikos ligonis– asmuo, sergąs psichikos liga[11].

Hospitalizavimas – asmens paguldymas į psichikos sveikatos priežiūros įstaigą[12].

[11]Lietuvos Respublikos psichikos sveikatos priežiūros įstatymas // Valstybės žinios. 1995, Nr. 53-1290.
[12] Ten pat

SANTRUMPŲ SĄRAŠAS

Baudžiamasis kodeksas - BK

Europos Žmogaus Teisių Teismas - EŽTT

Lietuvos Aukščiausiasis Teismas – LAT

Lietuvos Respublika – LR

Pasaulio Sveikatos Organizacija - PSO

Priverčiamosios medicinos priemonės - PMP

Psichikos sveikatos centras - PSC

Sveikatos apsaugos ministerija - SAM

1. PSICHIKOS LIGOSIRJŲ ĮTAKA NUSIKALSTAMUMUI

1.1.Psichikos ligos ir psichikos ligonio teisinė samprata

Pasaulio sveikatos organizacija (PSO) yra pateikusi sveikatos sąvokos definiciją, kuri teigia, jog sveikata, tai gera fizinė, psichinė ir socialinė savijautos būsena, o ne tik ligų ar fizinių trūkumų nebuvimas[13]. Taigi viena iš sveikatos komponenčių yra psichinė sveikata, tačiau vieno ir oficialaus psichinės sveikatos apibrėžimo, kuris būtų vartojamas skirtingose valstybėse nėra. 2001 metais PSO savo metiniame pranešime pateikė psichikos sveikatos apibūdinimą, kuriame teigiama, jog „psichikos sveikata – tai geros savijautos būsena, kuri leidžia individui realizuoti savo gebėjimus, įveikti įprastus gyvenimo sunkumus, produktyviai dirbti bei prisidėti prie visuomenės vystymosi“[14]. Lietuvos teisės normų sistemoje psichikos sveikatos apibrėžimas yra suformuluotas LRpsichikos sveikatos priežiūros įstatymo 1 str. 14 dalyje, pagal kurią : „psichikos sveikata - natūrali žmogaus asmenybės būsena, kuri turi būti saugoma arba grąžinama sutrikimų bei ligų atvejais. Pagal Pasaulio Sveikatos Organizacijos apibrėžimą psichikos sveikata yra emocinis ir dvasinis atsparumas, kuris leidžia patirti džiaugsmą ir ištverti skausmą, nusivylimą, liūdesį. Tai teigiamas gėrio jausmas, kuriuo remiasi tikėjimas savo bei kitų žmonių orumu ir verte“[15]. PSO suformuluotas psichikos sveikatos terminas labiau siejamas su socialiniu elementu, o Lietuvos teisės aktuose šalia socialinio elemento yra įvestas ir biomedicininis komponentas (psichikos ligos ar sutrikimo nebuvimas)[16], todėl toliau magistro baigiamajame darbe plačiau bus analizuojamas biomedicininis psichikos sveikatos komponentas, aptariant psichikos ligų sampratą.

Psichikos ligos apibūdinimas yra suformuluotas LR psichikos sveikatos priežiūros įstatymo 1 str. 1 dalyje, kurioje nurodyta – „psichikos liga – tai gydytojo diagnozuotas, psichiatro patvirtintas susirgimas, pagal galiojančią ligų klasifikaciją priskiriamas psichikos ligoms. Psichikos liga negali būti diagnozuojama remiantis politiniais, religiniais, rasiniais motyvais“[17]. Taigi psichikos ligų grupei priskiriamos ne bet kokios ligos, o tik tos, kurios yra atitinkamoje klasifikacijoje. Lietuvos sveikatos priežiūros sistemoje naudojama Australijos modifikacijos Tarptautinė statistinė ligų ir sveikatos sutrikimų klasifikacija „Sisteminis ligų sąrašas“ (TLK-10-AM)[18].Šios klasifikacijos penktas skyrius yra pavadintas „Psichikos ir elgesio

[13]http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf. ; prisijungimo laikas 2013-12-03.
[14] PSO 2001 metinis pranešimas Psichikos sveikata: naujas supratimas, nauja viltis. Valstybinis psichikos sveikatos centras, 2002.
[15]Lietuvos Respublikos psichikos sveikatos priežiūros įstatymas // Valstybės žinios. 1995, Nr. 53-1290.
[16] Benkunskas V. Psichikos sveikatos priežiūros terminų vartojimo teisiniame reglamentavime probleminiai aspektai // Sveikatos politika ir valdymas. 2012, P. 163.
[17]Lietuvos Respublikos psichikos sveikatos priežiūros įstatymas // Valstybės žinios. 1995, Nr. 53-1290.
[18]Dėl Tarptautinės statistinės ligų ir sveikatos sutrikimų klasifikacijos dešimtojo pataisyto ir papildyto leidimo „Sisteminis ligų sąrašas“ (Australijos modifikacija, TLK-10-AM) įdiegimo // Valstybės žinios, 2011, Nr. 23-1108.

sutrikimai“, taigi šioje ligų klasifikacijoje nėra termino psichikos liga, visi susirgimai apibendrintai vadinami psichikos ir elgesio sutrikimais, kurie pagal tam tikrus požymius, simptomus, diagnozės nustatymo kriterijus yra skirstomi į tokias grupes : organiniai ir simptominiai psichikos sutrikimai (F00-F09), psichikos ir elgesio sutrikimai dėl psichoaktyviųjų medžiagų vartojimo (F10-F19), šizofrenija, šizotipinis ir kliedesiniai sutrikimai (F20-F29), nuotaikos(afektiniai) sutrikimai (F30-F39), neuroziniai, stresiniai ir somatoforminiai sutrikimai (F40-F48), elgesio sindromai, susiję su fiziologiniais sutrikimais ir somatiniais veiksniais (F50-F59), suaugusiųjų asmenybės ir elgesio sutrikimai (F60-F69), protinis atsilikimas (F70-F79), psichologinės raidos sutrikimai (F80-F89), elgesio ir emocijų sutrikimai, prasidedantys vaikystėje ir paauglystėje (F90-F98), nepatikslintas psichikos sutrikimas (F99)[19].

Psichikos ligos – ne retos ir neįprastos, bet galima sakyti - pakankamai dažnos. Kas ketvirtam žmogui pasaulyje bent kartą gyvenime kyla psichikos sveikatos sutrikimų. PSO kaip dažniausiai pasitaikančius ir tampančius didžiausia našta visuomenei išskiria šiuos psichikos sutrikimus: depresiją, priklausomybės ligas, šizofreniją, epilepsiją, Alzhaimerio ligą, intelekto bei vaikystės ir paauglystės sutrikimus.

Pasak PSO ekspertų Europos regione 3 milijonai žmonių serga šizofrenija bei 33,4 milijonai žmonių kiekvienais metais suserga depresija[20].Amerikos psichiatrų asociacija praneša, jog 40 proc. asmenų nuo 18 – 25 metų buvo gydomi nuo psichikos ligų, iš kurių 71 proc. diagnozuota depresija[21]. Manoma jog iki 2020 metų depresija taps dažniausia susirgimų priežastimi[22].

Psichikos ligos egzistavo visais žmonijos raidos laikotarpiais. Jos paplitusios visame pasaulyje, visose etninėse grupėse, diagnozuojamos tiek vyrams, tiek moterims įvairiais gyvenimo tarpsnių etapais, nepriklausomai nuo socialinės padėties. Vieni tyrimai rodo, jog psichikos ligomis dažniau serga moterys[23], tačiau kiti tyrimai pateikia priešingus rezultatus ir teigia, jog psichikos ligomis dažniau serga vyrai[24]. Mokslininkai pastebėjo, jog tose šalyse, kur vyrauja karinė padėtis, statistiškai daugiau žmonių serga psichikos ligomis, tarp kurių dažniausiai pasitaikančios yra depresija ir potrauminis stresas. Didesnė tendencija sirgti psichikos ligomis stebima Afganistane, Kambodžoje, Irake, Libane, Alžyre[25]. Pastebėta, jog

[19]TLK -10-AM sisteminis ligų sąrašas. 2008 m. liepos 1d. Nacionalinis medicininės klasifikacijos centras.
[20] Psichikos sveikatos priežiūros paslaugų optimizavimo galimybių studija. 2007. UAB „Eurointegracijos projektai“. P.5.
[21] Magee M., Jones B. Mental health resources // Journal of Consumer Health On the Internet, 2012. 16:1, P. 113.
[22] Žalioji knyga. Gyventojų psichikos sveikatos gerinimas. Europos Sąjungos psichikos sveikatos strategijos kūrimas. Briuselis, 2005.
[23] Murthy RS., Lakshminarayana R. Mental health consequences of war: a brief review of research findings // World Psychiatry, 2006.5(1) P. 28.
[24]Soderstrom I.R. Mental Illness in Offender Populations // Journal of Offender Rehabilitation, 2007. 45:1-2, P.14
[25]Blight K.J,. Ekblad S., Lindencrona F., Shahnavaz S. Promoting mental health and preventing mental disorder among refugees in Western Countries // International Journal of Mental Health Promotion, 2009. 11:1, P. 33

psichikos ligos dažniau paplitusios nuo 45 metų ir daugiau (11,7 proc.), tačiau sergamumas nustatytas ir jauno amžiaus populiacijoje iki 24 metų (7,8 proc.)[26].

Dėl psichikos sutrikimų didėja sergamumas, neįgalumas, savižudybių skaičius, daugėja nelaimingų atsitikimų. Psichikos liga paprastai charakterizuojama „pablogėjusiu asmens įprastu pažinimo, emocijų, ar elgesio funkcionavimu, sukeltu fiziologinių, psichosocialinių, biocheminių, genetinių ar kitų faktorių, tokių kaip infekcija ar trauma“[27].Psichikos ir elgesio sutrikimų klinikai būdingi „psichopatologiški simptomai bei stabilios ar periodiškai pasikartojančios būklės, kurios gali būti apibūdinamos kaip mąstymo, nuotaikų (emocijų) ar elgesio sutrikimai su sumažėjusiu asmens funkcionavimu vienoje ar keliose gyvenimo srityse“[28].

Remiantis LR sveikatos priežiūros įstaigų įstatymu – „pacientas, tai asmuo, kuris naudojasi sveikatos priežiūros įstaigų teikiamomis paslaugomis, nesvarbu, ar jis sveikas, ar ligonis“[29]. LR psichikos sveikatos priežiūros įstatyme taip pat nurodyta kas yra pacientas – tai „psichikos ligonis ar kiekvienas kitas asmuo, kuris naudojasi psichikos sveikatos priežiūra“[30]. Lyginant šių dviejų įstatymų suformuotas paciento definicijas galima teigti, jog bendriausia prasme pacientas yra tas asmuo, kuris naudojasi sveikatos priežiūros įstaigų teikiamomis paslaugomis nesvarbu ar jis sveikas ar ligonis, tuo tarpu psichikos sveikatos priežiūros įstatyme pacientu laikomas tas, kuris naudojasi tik psichikos sveikatos priežiūros teikiamomis paslaugomis. Kaip teigia V. Benkunskas (2012) „jei asmuo tampa bet kokios psichikos sveikatos priežiūros teikiamų paslaugų gavėju jis įvardijamas kaip psichikos sveikatos priežiūros pacientu“[31].

Lietuvos teisės aktuose psichikos ligoniu laikomas asmuo sergąs psichikos liga, kuri yra diagnozuota gydytojo, psichiatro patvirtinta ir pagal galiojančią ligų klasifikaciją priskiriama psichikos ligų grupei. „Psichikos ligonio teisinio statuso kvalifikavimas yra siejamas su vieno kriterijaus pripažinimu – sirgimu psichikos liga“[32]. Taigi asmuo psichikos ligoniu tampa nuo to momento, kuomet gydytojas – psichiatras asmens medicinos dokumentuose nurodo psichikos ligos diagnozę.

Europos žmogaus teisių teismas (EŽTT) 1979 metais taip pat pateikė psichikos ligonio *(„person of unsound mind“)* sąvokos aiškinimą, kai buvo analizuojama pirmoji su psichikos sveikata susijusi byla *Winterwerp prieš Olandiją* : „psichikos ligonis yra sąvoka, kurios reikšmė

[26] Soderstrom I.R. Mental Illness in Offender Populations // Journal of Offender Rehabilitation, 2007. 45:1-2, P.15.
[27]Frank R., McGuire T.G. Mental Health Treatment and Criminal Justice Outcomes //Archives of general psychiatry. 2011, 49(6), P.476.
[28] Kriščiūnas A., Kerpė A., Kimtys A. ir kt. Ergoterapija // Kaunas: KMU leidykla, 2008 P. 19-161
[29]Lietuvos Respublikos sveikatos priežiūros įstaigų įstatymas // Valstybės žinios. 1998, Nr. 109-2995
[30]Lietuvos Respublikos psichikos sveikatos priežiūros įstatymas // Valstybės žinios. 1995, Nr. 53-1290
[31] Benkunskas V. Psichikos sveikatos priežiūros terminų vartojimo teisiniame reglamentavime probleminiai aspektai //Sveikatos politika ir valdymas. 2012, P. 175.
[32] Ten pat P. 182.

nuolat vystosi lygiagrečiai su psichiatrijos mokslo progresu, gydymo metodų tobulėjimu bei visuomenės požiūrio į tokius asmenis keitimusi“[33].

Užsienio šalių mokslininkai pateikia įvairių psichikos ligos apibrėžimų ir apibūdinimų. Pasak mokslininko J. Busfieldo (2000) „psichikos sutrikimas - tai tarsi „liekamasis nukrypimas“, kuriam būdingas nustatytų taisyklių laužymas. Psichikos liga apibrėžiama kaip „nesugebėjimas ar nenoras gyventi pagal išorės pasaulio keliamus reikalavimus ir taisykles“[34].Belgijoje manoma, jog psichiškai nesveikas yra asmuo tas, kuris nesilaiko moralinių, socialinių, religinių, politinių ar kitų vertybių[35].Kitokį aiškinimą pateikia EŽTT byloje *Winterwerp prieš Olandiją,* kur pabrėžė, jog psichikos ligoniu negalima laikyti asmens, kurio elgesys ar pažiūros skiriasi nuo daugumos visuomenėje pripažįstamų normų[36].

Lyginant psichikos paciento ir psichikos ligonio sąvokas galima įžvelgti, jog psichikos paciento sąvoka yra platesnė, nes ji apibūdina bet kurį asmenį, kuris naudojasi psichikos sveikatos priežiūros teikiamomis paslaugomis, į kurias įeina asmens psichinės būklės stebėjimas bei psichinės ligos diagnozavimas, psichinės ligos ar įtariamos psichinės ligos gydymas, priežiūra ir reabilitacija.

1.2. Psichikos ligos ir nusikaltimas

Visuomenėje vyrauja nuostatos, jog asmenys, sergantys psichikos liga, yra pavojingi sau ir visuomenei. „*Ibizoje vyras peiliu sužeidė 13 žmonių, kuriuos netikėtai užpuolė viename prekybos centre ... Kodėl jis puolė žmones nežinoma, manoma, jog jis – psichiškai nesveikas*“[37].Panašaus pobūdžio pranešimų Lietuvos žiniasklaidoje galima pastebėti nuolatos. Žiūrint televizijos žinias, skaitant laikraščius ar interneto naujienų svetainių informaciją, susidaro įspūdis, kad nesuprantami ir „sveiku protu nepaaiškinami“ nusikaltimai yra bene dažniausia tema, kurios kontekste minimi asmenys, turintys psichikos sutrikimų.

Įvairių šaltinių pateikta informacija rodo, kad užsienio šalyse sutrikusios psichikos pažeidėjai gali sudaryti iki 40 proc. bausmę kalėjimuose atliekančių asmenų[38].JAV teisingumo statistikos biuras apskaičiavo, jog 16 proc. kalinių yra psichiškai nesveiki.Nustatyta, jog kalėjimuose yra 3 kartus daugiau psichiškai nesveikų asmenų, lyginant su asmenimis, kurie guli

[33] Winterwerp v The Nedherlans // Nr. 6301/73. §37
[34]Busfield J. Introduction: Rethinking the sociology of mental health // Sociology of Health & Illness. 2000, 22(5): P. 543.
[35] Lysebetten T.V. Igodt. P. Compulsory psychiatric admission. A comparison of English and Belgian legislation// Psychiatric Bulletin. 2000, 24, P. 66-68.
[36] Winterwerp v The Nedherlans // Nr. 6301/73. §37.
[37]www.delfi.lt/news/daily/crime/ibizoje-vyras-peiliu-suzeide-13-zmoniu.d?id=42380695; prisijungimo laikas 2013-01-03.
[38] Henderson S. Mental Illness and the Criminal Justice System // The Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law. 2010, 38(1), P. 100-103

psichikos sveikatos priežiūros paslaugas teikiančiose ligoninėse[39].Tai gali sąlygoti šios priežastys: valstybinių psichiatrinių ligoninių deinstitucionalizacija, kurios metu psichikos ligomis sergantieji gyvena bendruomenėse, o ne ligoninėse, todėl yra daugiau galimybių elgtis priešingai nei numato įstatymas.

Sutrikusios psichikos asmenys gali būti pavojingi psichozės būsenoje, nevartodami vaistų, paveikti alkoholio arba narkotinių medžiagų. Panašią tendenciją pastebėjo H. Ascher-Svanum su kolegomis (2006) teigdami, jog smurtinius nusikaltimus dažniausiai padaro asmenys sergantys psichoze ir nevartojantys vaistų[40].

JAV per pastaruosius keletą dešimtmečių išaugo psichikos sveikatos priežiūros paslaugų teikimas kalėjimuose.JAV kalėjimuose yra daugiau kaip 2000 000 tūkstančių vyrų ir moterų kenčiančių nuo psichikos sutrikimų, įskaitant ir tokias sunkias ligas kaip šizofrenija, bipolinis sutrikimas, didžioji depresija[41].Gruzijos stebima, jog kalėjimuose daugėja psichikos ligomis sergančiųjų asmenų. Dažniausiai pasitaikančios psichikos ligos yra depresija, kuria serga 38,15 proc. kalinčiųjų, 28,74 proc. serga šizofrenija ir 8,3 proc. serga bipoliniu sutrikimu[42]. Beveik ketvirtadalis įkalintų moterų yra psichiškai nesveikos[43].

Lietuvoje 2006 metais buvo atliktas tyrimas, kurio metu siekta išsiaiškinti bei išanalizuoti moterų, įvykdžiusių impulsyvius ir agresyvius nusikalstamus veiksmus prieš kito asmens gyvybę ir sveikatą, psichikos ypatumus ieškant ryšio tarp nusikalstamo elgesio ir psichinės būklės. Tyrimui atsitiktiniu atrankos būdu buvo pasirinktos 50 moterų, kurioms Valstybinėje teismo psichiatrijos tarnyboje prie SAM buvo atliktos teismo psichiatrijos ekspertizės po įvykdytų nusikalstamų veikų.Tyrimo metu nustatyta, kad 65 proc. moterų įvykdytų agresyvių nusikaltimų (kūno sužalojimų, nužudymų) atvejais tęsdavosi stresinis, konfliktinis tarpusavio santykių su nekentėjusiuoju periodas. Taip pat nustatyta, jog įvykdyti nusikaltimai pačių artimiausių žmonių atžvilgiu t.y. vaikų ir kitų šeimos narių[44]. Autoriai R. Haller, I. Dittrich, E.Kocsis (2004) nustatė, jog moterų agresija daugiau nukreipta į save, o vyrų į aplinką. Vyrai dažniau naudoja instrumentinę agresiją, o moterys verbalinę.

---

[39]Fazel S. Schizophrenia, Substance Abuse, and Violent Crime //Journal of the American Medical Association. 2009, 301(19), 2016–23.

[40] Ascher-Svanum, H., Faries, D.E., Zhu, B., Ernst, F.R., Swartz, M.S., Swanson, J.W. Medication Adherence and Long-Term Functional Outcomes in the Treatment of Schizophrenia in Usual Care //Journal of Clinical Psychiatry. 2006, 67(3): P. 453.

[41] Mark J. Heyrman. Mental Illness in Prisons and Jails // Roundtable, Volume 7, The University of Chicago Law School, 2010. P.126.

[42]Henderson S. Mental Illness and the Criminal Justice System // The Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law. 2010, 38(1), P. 103

[43] Mark J. Heyrman. Mental Illness in Prisons and Jails // Roundtable, Volume 7, The University of Chicago Law School. 2010. P. 128.

[44] Kilikevičienė, V. Psichotraumuojančių (streso sukeltų) faktorių įtaka moterų impulsyviam ir agresyviam nusikalstamam elgesiui // Sveikatos mokslai, 2006. Nr. 1-2. P. 19-22.

Teigiama, jog kalėjimai nėra pritaikyti arba skirti psichikos ligomis sergančiųjų asmenų gydymui. Kalinimo sąlygos, tokios kaip: smurtas, privataus gyvenimo nebuvimas, prasmingos veiklos trūkumas, izoliacija nuo artimųjų, netinkamos sveikatos priežiūros paslaugos ir jų kokybė skatina psichinės būklės blogėjimą[45].

2006 metais JAV mokslininkai atliko tyrimą, norėdami išsiaiškinti kaip visuomenė vertina ryšį tarp nusikalstamų veikų padarymo ir psichinių ligų. Tyrimo metu nustatyta, jog 60 proc. amerikiečių mano, kad sergantys šizofrenija yra žiaurūs ir padaro daug nusikalstamų veikų, taip pat 32 proc. apklaustųjų mano, jog sergantys depresija yra linkę į nusikaltimus[46]. V. Kilikivičienės (2006) atliktame tyrime su moterimis, kurios padarė visuomenei pavojingą veiką, nustatyta, jog 10 proc. buvo diagnozuotas depresinis sutrikimas[47]. I.R. Soderstrom (2007) tyrinėjo ar yra priklausomybė tarp psichikos liga sergančiojo, kuris padarė visuomenei pavojingą veiką etninės grupės. Nustatyta, jog 23 proc. buvo baltosios rasės atstovai, 14 proc. juodaodžių ir 11 proc. lotynų amerikiečių[48].

Psichikos sutrikimai, kurie dažniausiai susiję su nusikalstamumu: kliedėjimas, didybės manijos sutrikimas, nuotaikos sutrikimai, didžioji depresija, nerimo sutrikimai, bipolinis sutrikimas, psichozinis sutrikimas, šizoafektinis sutrikimas, šizofrenija. Šios ligos yra dažniausiai aptinkamos baudžiamosios justicijos sistemoje. Epidemiologiniais tyrimais apskaičiuota, jog 3 proc. vyrų ir 1 proc. moterų serga asmenybės sutrikimais. Asmenybės sutrikimai yra susiję su didesniu smurto pasireiškimu. Vieno tyrimo metu nustatyta, jog 47 proc. kalinių buvo diagnozuoti asmenybės sutrikimai[49]. Panašios tendencijos pastebėtos ir Lietuvoje. Nustatyta, jog specifiniai asmenybės sutrikimai yra vyraujantys psichikos sutrikimai, diagnozuojami moterims, įvykdžiusioms impulsyvius, agresyvius nusikalstamus veiksmus[50]. Nusikalstamų veikų, tokių kaip nusikaltimai prieš kito asmens sveikatą bei gyvybę dažniausiai įvykdomi tų asmenų, kuriems diagnozuotas specifinis asmenybės sutirikimas – emociškai nestabilus, impulsyvus variantas.Vaikų nužudymo atvejais vyrauja specifiniai asmenybės sutrikimai piknaudžiaujant alkoholiu, narkotinėmis medžiagomis[51].31 proc. asmenų, kurie serga psichikos sutrikimais ir piktnaudžiauja alkoholiu ar kitomis psichotropinėmis medžiagomis bent vieną kartą per metus

[45] Mark J. Heyrman. Mental Illness in Prisons and Jails // Roundtable, Volume 7, The University of Chicago Law School. 2010. P. 128.
[46]Fazel S. Schizophrenia, Substance Abuse, and Violent Crime //Journal of the American Medical Association. 2009, 301(19), 2023.
[47] Kilikevičienė, V. Psichotraumuojančių (streso sukeltų) faktorių įtaka moterų impulsyviam ir agresyviam nusikalstamam elgesiui // Sveikatos mokslai, 2006. Nr. 1-2. P. 22.
[48] Soderstrom I.R. Mental Illness in Offender Populations. //Journal of Offender Rehabilitation. 2007, 45:1-2, P.5.
[49] Michaeel, M., Bienenfeld, D., Talavera, F. Psychiatric Disorders Associated With Criminal Behavior // American Journal of Psychiatry. 2012, 163(6), P.1335.
[50] Kilikevičienė, V. Psichotraumuojančių (streso sukeltų) faktorių įtaka moterų impulsyviam ir agresyviam nusikalstamam elgesiui // Sveikatos mokslai, 2008. Nr. 1-2. P. 20.
[51] Kilikevičienė, V. Psichotraumuojančių (streso sukeltų) faktorių įtaka moterų impulsyviam ir agresyviam nusikalstamam elgesiui // Sveikatos mokslai, 2006. Nr. 1-2. P. 22.

smurtauja prieš kitą asmenį, lyginant su 18 proc. asmenų, kurie serga psichikos liga, bet nevartoja alkoholio ar kitų psichotropinių medžiagų[52].

Mokslininkai iš Oksfordo universiteto išanalizavo Švedijos ligoninės registro duomenis ir nuosprendžius baudžiamosiose bylose (Švedijoje kiekvienas žmogus turi unikalų asmeninį identifikavimo numerį, kuris leido tyrėjams nustatyti, kiek žmonių sergantys psichikos ligomis buvo nuteisti už nusikaltimus ir buvo palyginti su kontroline grupe). Tyrėjai pastebėjo, jog žmonės, sergantys bipoliniu sutrikimu arba šizofrenija buvo linkę į nedidelius užpuolimus, smurtinius nusikaltimus[53]. Pavojingų veikų tikimybė yra didesnė tuomet, kai psichikos sutrikimas pasireiškia ūmia psichozine būsena, ligos klinikoje stebima sunkios depresijos forma, pasireiškia persekiojimo ir kliedesių simptomai[54].

Apibendrinus mokslininkų atliktų tyrimų duomenis galima daryti tokias išvadas, jog nusikalstamos veikos įvykdymą lemia ne vien tik sunkių psichikos sutrikimų simptomai, bet ir nusikalstamą veiką įvykdžiusio žmogaus asmenybės bruožai, supančios socialinės aplinkos faktoriai, motyvacija, savikontrolė, nusikalstamos veikos aplinkybės.

Taigi psichiatrija ir teisė turi panašumų, nes abi mokslo šakos tiria asmens pakitusį elgesį, to elgesio atsiradimo priežastis, padarinius. Psichiatrija aiškinasi pakitusio elgesio atsiradimo medicinines priežastis, formuoja gydymo ir slaugos planą, nustato pavojingumo sau ir aplinkiniams laipsnį. Teisė domisi psichikos liga sergančiu asmeniu dėl to, kad psichikos sutrikimai gali sąlygoti elgesio pakitimus, dėl kurių asmuo pažeidžia įstatymus ir juose suformuluotas elgesio taisykles. Teisė taip pat siekia išsiaiškinti kaip psichikos liga sergantis asmuo suvokia savo neteisėtų veiksmų reikšmę ir ar geba juos valdyti. Šios abi mokslo šakos siekia asmens elgesį koreguoti, siekiant išvengti žalingų padarinių bei apsaugoti visuomenės interesus.

[52] Frank R., McGuire T.G. Mental Health Treatment and Criminal Justice Outcomes //Archives of general psychiatry. 2011, 49(6), P.483.
[53] Fazel S, Siever LJ. Percentage of people convicted of at least one violent crime //Journal of the American Medical Association. 2010. 1(8), P.10.
[54] Melamed Y. Mentally III Persons who commit crimes: punishment or treatment.?//The Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law. 2010, 38, P.103.

2. PSICHIKOS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS TEISINIS REGULIAVIMAS

2.1.Psichikos sveikatos priežiūros samprata

LR psichikos sveikatos priežiūros įstatymo 1straipsnio 12 dalis apibūdina psichikos sveikatos priežiūrą : „tai specializuota sveikatos priežiūra, vykdoma pagal Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos patvirtintus standartus. Psichikos sveikatos priežiūrą vykdo psichiatrijos įstaiga (valstybinė ar nevalstybinė), akredituota psichikos sveikatos priežiūrai“[55].

PSO (2001) pranešime, skirtame psichikos sveikatai, pateikiami šeši visapusiški psichikos sveikatos priežiūros principai: „diagnozė ir intervencija, gydymo ir slaugos tęstinumas, platus paslaugų spektras, partnerystė su pacientais ir jų šeimomis, bendruomenės įtraukimas, integracija į pirminį medicinos paslaugų teikimo lygį“[56]. Psichikos sveikatos strategijoje, patvirtintoje Lietuvos Respublikos Seimo 2007 m. balandžio 3 d. nutarimu (Nr. X-1070), įtraukti ir patvirtinti visi privalomi šiuolaikinio psichikos ligų gydymo komponentai: farmakoterapija, psichoterapija, psichosocialinė reabilitacija, profesinė reabilitacija ir įdarbinimas, būsto programos[57].

Psichikos sveikatos priežiūros tikslas - teikti psichiatrijos pagalbą (diagnozuoti, gydyti sutrikusias žmogaus psichikos funkcijas, laiku perspėti psichikos ligų paūmėjimus), padėti žmogui prisitaikyti prie visuomenės gyvenimo ir į jį grįžti.2005 metais Helsinkyje vykusioje PSO Europos ministrų konferencijoje psichinės sveikatos klausimais priimta Europos psichinės sveikatos apsaugos deklaracija, kurioje siūloma „įdiegti specializuotas bendruomenines paslaugas, prieinamas 24 valandas per parą ir užtikrinančias žmonių, kenčiančių nuo rimtų psichikos sutrikimų, priežiūrą bei teikti reabilitacijos paslaugas, kurios padėtų psichikos pacientams integruotis į visuomenę“[58].

Lietuvos teisės aktuose įtvirtintas psichikos sveikatos priežiūros tikslas atitinka PSO siektinų su psichikos sveikata susijusių tikslų, kuomet psichikos ligoniui turi būti suteiktos visapusiškos psichikos sveikatos priežiūros paslaugos, kuriomis siekiama ne tik simptomų šalinimo, bet ir psichikos sutrikimų turinčio asmens socialinių, profesinių įgūdžių formavimo.

Teikiant ir įgyvendinant psichikos sveikatos priežiūrą, kurios pagalba yra orientuota į psichikos ligomis sergančiųjų poreikių tenkinimą, teisių užtikrinimą, dalyvauja grupė psichikos sveikatos priežiūros specialistų, tai : gydytojai, psichikos sveikatos slaugytojai, socialiniai

[55] Ten pat P.100.
[56]http://www.who.int/whr/2001/en/index.html; prisijungimo laikas 2013-10-14.
[57]Lietuvos Respublikos Seimo 2007 m. balandžio 3d. nutarimas X-1070„Dėl Psichikos sveikatos strategijos patvirtinimo“. Valstybinė psichikos sveikatos 2005-2010 metų strategija, II sk. Lietuvos psichikos sveikatos sistemos ir visuomenės psichikos sveikatos rodiklių įvertinimas // Valstybės Žinios. 2007, Nr. 1572.
[58] Europos psichinės sveikatos apsaugos deklaracija. PSO Europos ministrų konferencija psichinės sveikatos klausimais, Helsinkis, Suomija, 2005 m. sausio 12-15 d.

darbuotojai, ergoterapeutai ir kt. Psichikos sveikatos priežiūra turėtų būti paremta holistine priežiūros koncepcija, kurioje gydytojai praktikai, o ypač slaugos personalas padėtų pacientams spręsti ir dvasingumo problemas[59].

2.2.Psichikos sveikatos priežiūros paslaugos ir jų teikimas Lietuvoje

Lietuvoje sveikatos apsaugos sistema veikia nacionaliniu (valstybiniu), ir vietos(savivaldybių) lygiais, atitinkamai teikiant pirmines, antrines ir tretines sveikatos priežiūros paslaugas. Sveikatos apsaugos ministerija bei kitos jai pavaldžios institucijos (pvz., Valstybinis psichikos sveikatos centras) vykdo ir administruoja valstybinę asmens ir visuomenės sveikatos priežiūros veiklą. Specializuotos sveikatos priežiūros įstaigos, pavaldžios Vidaus reikalų ir Krašto apsaugos ministerijoms, sveikatos priežiūros paslaugas administruoja atskirai[60].

Psichikos sveikatos reguliavimas tarptautiniu ir nacionaliniu lygiais pradėtas kurti tuomet, kai PSO pranešė, jog psichikos sveikata yra pagrindinė ir prioritetinė XXI amžiaus visuomenės sveikatos sritis. Vieni iš svarbiausių mūsų šalies nacionalinės psichikos sveikatos politikos reformos žingsnių laikomi 1995 – 2000 metai, nes šiuo laikotarpiu priimtas LR psichikos sveikatos priežiūros įstatymas, kurio paskirtis nustatyti asmenų, kurie naudojasi psichikos sveikatos priežiūra teises, psichikos sveikatos priežiūros tvarką ir kontrolę[61].Įstatyme išdėstyti psichikos sveikatos priežiūros reformavimo ir psichiatrinio gydymo pagrindai. Taip pat šiuo laikotarpiu buvo įsteigtas Valstybinis psichikos sveikatos centras, kurio tikslai ir uždaviniai siejami su psichikos sveikatos politikos įgyvendinimu, siekiant mažinti gyventojų sergamumą, gerinti visuomenės ir individo psichikos sveikatą, koordinuoti pirminę ambulatorinę psichikos sveikatos priežiūrą ir kt.[62]. Lietuva po PSO Helsinkio konferencijos (2005) pradėjo rengti nacionalinę psichikos sveikatos strategiją ir 2007 m. balandžio 3 d. Seimas patvirtino Lietuvos psichikos sveikatos strategiją, suformuluojančią pagrindinius Lietuvos psichikos sveikatos politikos principus, kuriais siekiama stiprinti visuomenės sveikatą ir teikti visapusišką pagalbą psichikos sutrikimų turintiems asmenims ir jų šeimos nariams. Vienos iš pagrindinių strategijos prioritetinių krypčių: „žmogaus teisių užtikrinimas, modernios paslaugos atitinkančios pacientų poreikius, autonomijos ir dalyvavimo skatinimas, nedidelių psichikos sveikatos sutrikimų gydymas nespecializuotose sveikatos priežiūros įstaigose“[63].

[59] Clarke J. Body and soul in mental health care // Mental Health, Reginion & Culture. 2010, 13:6, P. 649.
[60] Germanavičius A., Rimšaitė E., Pilt E., ir kt. Žmogaus teisės Baltijos šalių psichikos sveikatos priežiūros srityje.
[61] Lietuvos Respublikos psichikos sveikatos priežiūros įstatymas // Valstybės žinios. 1995, Nr. 53-1290
[62] Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2012 m. rugsėjo 27 d. įsakymas Nr. V-909. „Dėl Valstybinio psichikos sveikatos centro nuostatų patvirtinimo“// Valstybės žinios. 2012, Nr. 116-5884
[63]Lietuvos Respublikos Seimo 2007 m. balandžio 3d. nutarimas X-1070„Dėl Psichikos sveikatos strategijos patvirtinimo“. Valstybinė psichikos sveikatos 2005-2010 metų strategija, II sk. Lietuvos psichikos sveikatos sistemos ir visuomenės psichikos sveikatos rodiklių įvertinimas // Valstybės Žinios. 2007, Nr. 1572.

Nėra mokslinių įrodymų, kurie pagrįstų, jog psichikos sveikatos priežiūros modelis turėtų remtis vien tik stacionare priežiūra, taipogi nėra mokslinių įrodymų ir dėl bendruomeninių paslaugų teikimo, kuris užtikrintų visapusišką būtiną pagalbą. PSO rekomenduoja taikyti mišrų modelį, kuriame yra ambulatorinis ir stacionarinis psichikos sveikatos priežiūros elementas[64].

Lietuva remiasi PSO rekomendacijomis ir psichikos sveikatos priežiūrą vykdo naudodama mišrų modelį, kuris yra įtvirtintas LR psichikos sveikatos priežiūros įstatymo 11 str., suformuotoje nuostatoje, jog „psichikos sveikatos priežiūra Lietuvoje vykdoma ambulatoriniu ir stacionariniu lygiu pagal gyvenamąją vietą psichikos sveikatos centruose bei kituose psichiatrijos, globos ir rūpybos įstaigose“[65]. 2001 –aisiais metais PSO metiniame pranešime pateikė tokias rekomendacijas, jog nereikia psichikos pacientų išskirti iš kitų ir kiek tik įmanoma integruoti psichiatrijos skyrius į bendrojo pobūdžio ligonines[66]. Psichiatrinės ligoninės, kaip teigia G. Baltrušaitytė (2003) „tapo metodiškos korekcijos vietomis, pajungtomis transformuojantiems modernybės santykiams. Ligoninė uždeda stigmatizuojančią „psichikos ligonio“ etiketę, kuri tampa pagrindiniu individo tapatumą žyminčiu požymiu, išliekančiu net ir palikus psichiatrinę instituciją“[67]. Psichikos ligoniams, kurie padaro visuomenei pavojingą veiką, psichikos sveikatos priežiūra teikiama naudojant mišrų modelį, nes galimas stacionarinis ir ambulatorinis priverstinis stebėjimas, skirtumas tame, jog stacionari psichikos sveikatos priežiūra taikoma ne pagal asmens gyvenamąją vietą, o specializuotoje psichiatrijos ligoninėje Rokiškyje. Ambulatorinė psichikos sveikatos priežiūra taikoma kaip ir kitų pacientų atžvilgiu – pagal gyvenamąją vietą. LR psichikos sveikatos priežiūros įstatymo 38 straipsnyje teigiama, jog teismo nutartimi priverstinai hospitalizuotiems ligoniams, padariusiems visuomenei pavojingą veiką, galioja šio įstatymo reikalavimai, išskyrus teisę pasirinkti psichiatrijos įstaigą, sveikatos priežiūros sąlygas[68]. Šita nuostata skiriasi nuo psichikos ligonių, kurie nėra padarę visuomenei pavojingos veikos, nes jie turi teisę pasirinkti psichiatrijos įstaigą bei sveikatos priežiūros sąlygas, paslaugų apimtį. Šios teisės pasirinkimo ribojimas negali būti laikytinas šių asmenų diskriminacija, nes Lietuvos Konstitucinis teismas 1996 m. vasario 28 d. nutarimu konstatavo, jog „konstitucinis visų asmenų lygybės principas savaime nepaneigia to, kad įstatymas gali

[64] Psichikos sveikatos priežiūros paslaugų optimizavimo galimybių studija. 2007. UAB “Eurointegracijos projektai“ P.6.
[65]Lietuvos Respublikos psichikos sveikatos priežiūros įstatymas // Valstybės žinios. 1995, Nr. 53-1290
[66] PSO 2001 metinis pranešimas Psichikos sveikata: naujas supratimas, nauja viltis. Valstybinis psichikos sveikatos centras, 2002.
[67]Baltrušaitytė, G. Psichiatro–paciento santykiai pirminėje psichikos sveikatos priežiūroje //Sociologija. Mintis ir veiksmas. 2003,1, P.102.
[68]Lietuvos Respublikos psichikos sveikatos priežiūros įstatymas // Valstybės žinios. 1995, Nr. 53-1290

nustatyti nevienodą teisinį reguliavimą tam tikrų asmenų kategorijų, esančių skirtingose padėtyse, atžvilgiu“[69].

Lietuvoje psichikos sveikatos priežiūros paslaugas teikia: stacionarios psichiatrinės ligoninės, psichikos sveikatos centrai bei privatus sektorius[70].Į stacionarią gydymo įstaigą pacientai patenka atsidūrę krizinėje situacijoje arba ištikti afekto būsenos. Dienos stacionarai įdomūs tuo, jog pacientai nakčiai visada grįžta namo, o dienos metu aktyviai gydomi psichotropiniais medikamentais, psichoterapija, taip pat taikomos socialinės reabilitacijos priemonės. Pacientai į dienos stacionarą ateina ne rečiau kaip 2kartus per savaitę ir ne mažiau kaip po 4 valandas per dieną. Paslaugų teikimo trukmė neturi viršyti 30 dienų per 3 mėnesius. Kiekvieno apsilankymo metu gydytojas psichiatras įvertina paciento būklę[71].

Psichikos ligomis sergantiesiems yra taikomos pirminio, antrinio ir tretinio lygio psichikos sveikatos priežiūros paslaugos. Pirminė ambulatorinė psichikos sveikatos priežiūra yra sudedamoji pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros dalis. Pirminė ambulatorinė psichikos sveikatos priežiūra teikiama psichikos sveikatos centruose (PSC) arba įstaigose, atitinkančiose psichikos sveikatos centrų reikalavimus, kurios yra sudariusios sutartį su TLK dėl pirminės psichikos sveikatos priežiūros paslaugų teikimo tam tikroje vietovėje bei šių paslaugų apmokėjimo[72]. Lietuvoje pirminio lygio psichikos sveikatos priežiūros paslaugas teikia 73 centrai[73]. Pirminio lygio psichikos sveikatos priežiūra vykdoma komandiniu principu, nes centruose dirba gydytojai psichiatrai, vaikų psichiatrai, psichikos sveikatos slaugytojai, medicinos psichologai ir socialiniai darbuotojai, kurie teikia paslaugas pagal kompetenciją, nustatytą medicinos normose[74]. Specialistai konsultuoja, skiria ir kontroliuoja medikamentinį gydymą, stebi jo efektyvumą, atlieka psichologinę diagnostiką, teikia pagalbą krizių atvejais, atlieka profilaktinius sveikatos tikrinimus, konsultuoja dėl socialinių problemų, organizuoja psichikos ligoniams užimtumo terapiją, įgyvendina psichikos sveikatos stiprinimo priemones. PSO Europos ministrų konferencijoje 2005 m. svarbiausiu prioritetu paskelbtos efektyvios,

[69]Lietuvos Respublikos Konstitucinio Teismo 1996 m. vasario 28 d. nutarimas // Valstybės žinios. 1996, Nr. 20-573.

[70] Povilaitienė I., Maciūtė K. Bendruomeninės psichikos sveikatos paslaugos Lietuvoje //VŠĮ „Globali iniciatyva psichiatrijoje“. 2005, P.5.

[71] Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2010 m. vasario 12 d. įsakymas Nr. V-118.“Dėl psichiatrinių krizių intervencijos stacionaro ir dienos stacionaro paslaugų teikimo suaugusiems tvarkos aprašo patvirtinimo“// Valstybės žinios. 2010, Nr. 22-1023.

[72] Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005 m. gruodžio 5 d. įsakymas Nr. V-943 „Pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų organizavimo ir apmokėjimo tvarkos aprašas“ // Valstybės žinios. 2005, Nr. 143-5205.

[73] Psichikos sveikatos priežiūros paslaugų optimizavimo galimybių studija. 2007. UAB “Eurointegracijos projektai“

[74] Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2012 m. rugsėjo 17 d. įsakymas Nr. V-861“Dėl pirminės ambulatorinės psichikos sveikatos priežiūros paslaugų teikimo tvarkos aprašo patvirtinimo“// Valstybės žinios. 2012, Nr. 110-5600.

kokybiškos psichikos sveikatos priežiūros ir gydymo paslaugos[75]. LR Sveikatos apsaugos ministro įsakyme Nr. V-861, apibrėžta, jog „specialistų komanda užtikrina kokybiškų, saugių, tinkamų, priimtinų ir prieinamų ambulatorinių psichikos sveikatos priežiūros paslaugų teikimą kiekvieną darbo dieną ne mažiau kaip po 5 valandas“[76].

PSC dirbantys specialistai esant poreikiui nukreipia pacientą į antrinio ar tretinio lygio paslaugas teikiančias įstaigas. Antrinio lygio psichikos sveikatos priežiūros paslaugas Lietuvoje teikia 29 įstaigos[77]. Šio lygio paslaugas teikia apskričių psichiatrinės ligoninės arba apskričių ligoninių psichiatrijos skyriai, psichiatrinių ligoninių konsultacinės poliklinikos, dieniniai psichiatrijos stacionarai, priklausomybės ligų centrai su stacionarais. Antrines sveikatos priežiūros paslaugas teikia gydytojai specialistai. Lietuvoje tretinio lygio ambulatorines ir stacionarias paslaugas teikia : VŠĮ Vilniaus universiteto ligoninė Santariškių klinika, VŠĮ Kauno medicinos universiteto klinikos, VŠĮ Respublikinė Vilniaus psichiatrijos ligoninė, VŠĮ Vilniaus universiteto vaikų ligoninės filialas Vaiko raidos centras ir kt.[78].

LR sveikatos apsaugos ministro įsakymo Nr. 256, 3 priede nurodyti psichiatrijos ir psichoterapijos pirminio lygio paslaugų suaugusiems teikimo reikalavimai, kuriuose nurodytas ligos kodas, pavadinimas, priemonės, kuriomis liga diagnozuojama bei gydymo ir reabilitacijos metodai. Dažniausiai taikomi gydymo bei reabilitacijos metodai: psichoframakoterapija, šeimos konsultavimas, palaikomoji psichoterapija, socialinė pagalba, simptomatinis gydymas ir kt.[79]. Lyginant pirminio ir antrinio lygio paslaugų teikimo reikalavimus galima pastebėti, jog antrinės ir tretinės paslaugos teikiamos pakitus paciento būklei kuomet asmuo tampa pavojingas sau ir aplinkiniams, ligos eiga nepasiduoda ambulatorinei korekcijai, stebimas rezistentiškumas gydymui bei ryškūs psichozės simptomai[80]. Lyginant visų lygių diagnostikos priemonių sąrašą, stebima, jog antrinio ir tretinio lygio metu diagnozei patvirtinti yra naudojami sudėtingesni ir modernesni tyrimo metodai, tokie kaip : galvos smegenų echoskopijos, galvos rentgenografijos, elektroencefalogramos, liumbalinės punkcijos, oftalmoskopija[81].

Deinstitucionalizacijos kryptimi plėtojama psichikos sveikatos priežiūra sudarė galimybes susikurti ir nemedicininėms psichiatrijos organizacijoms. Lietuvoje veikia 19

[75] Žalioji knyga. Gyventojų psichikos sveikatos gerinimas. Europos Sąjungos psichikos sveikatos strategijos kūrimas. Briuselis 2005. P. 5

[76] Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2012 m. rugsėjo 17 d. įsakymas Nr. V-861“Dėl pirminės ambulatorinės psichikos sveikatos priežiūros paslaugų teikimo tvarkos aprašo patvirtinimo“// Valstybės žinios. 2012, Nr. 110-5600.

[77] Psichikos sveikatos priežiūros paslaugų optimizavimo galimybių studija. 2007. UAB “Eurointegracijos projektai“P.11.

[78]Ten pat P.13.

[79] Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 199 m. gegužės 27 d. įsakymas Nr. 256 „Dėl pirminio, antrinio ir tretinio lygių psichiatrijos ir psichoterapijos paslaugų teikimo suaugusiems reikalavimų bei bazinių kainų tvirtinimo“// Valstybės žinios. 1997, Nr. 61-1441.

[80] Ten pat

[81] Ten pat

nevyriausybinių organizacijų, kurios teikia pagalbą psichikos sutrikimų turintiems asmenims. Organizacijos gali būti specializuoto tipo, kurios pagalbą teikia tik moterims (Kauno apskrities moterų krizių centras, VŠĮ Moters pagalba moteriai) arba tik vyrams (Kauno apskrities vyrų krizių centras), pagalba vaikams teikiama Jaunimo psichologinės paramos centre, VŠĮ vaiko namas ir daugelis kitų organizacijų[82].

Lietuvoje siekiama mažinti hospitalizuotų pacientų skaičių per psichikos sveikatos politikos deinstitucionalizacijos procesą. Nustatyta, jog kuo ilgiau pacientai guli stacionarinėse psichiatrijos ligoninėse tuo labiau pastebimas „institucionizmo sindromas, kuris apibūdinamas kaip paciento uždarumas, savarankiškumo stoka, apatija bei priklausomybė nuo institucijos“[83]. Todėl tiek Lietuvoje tiek ir Europoje vykdoma psichikos sveikatos reforma pabrėžia pirminės ir ambulatorinės grandies svarbą bei socialinę reabilitaciją[84].

Siekiant mažinti psichikos ligonių, padariusių visuomenei pavojingą veiką, socialinę atskirtį, gerinant jų gyvenimo kokybę, adaptacijos galimybes bei siekiant ugdyti darbinius įgūdžius teikiamos psichosocialinės reabilitacijos paslaugos. Psichosocialinių paslaugų teikimo tvarką reglamentuoja 2008m. liepos 10 d. LR sveikatos apsaugos ministro ir LR socialinės apsaugos ir darbo ministro įsakymas Nr. V-668/A1-243 „Dėl pacientų, teismo nutartimi pripažintų nepakaltinamais ir nukreiptų priverstinai gydytis, psichosocialinės reabilitacijos tvarkos aprašo patvirtinimo“.

Prieš pradedant taikyti psichosocialinės reabilitacijos metodus per 30 kalendorinių dienų nuo ligonio atvykimo surenkama informacija apie psichikos sveikatos būklę, padaryto nusikaltimo ypatumus, pomėgius. Surinktą informaciją vertina multidisciplininės komandos nariai ir kartu su pacientu nustatomas psichosocialinės reabilitacijos ir priemonių planas ir apie tai informuojamas savivaldybės socialinės paramos skyrius. Multidisciplininė komanda paciento pasiektus rezultatus vertina kas 8 savaites ir jei reikia koreguoja planą. Psichikos sveikatos priežiūros paslaugos fiksuojamos stacionarinėje asmens sveikatos istorijoje. Jei pacientas yra išrašomas iš ligoninės teismo nutartimi pakeitus priverčiamąją medicinos priemonę – priverstinį gydymą stacionare į priverstinį gydymą ambulatoriškai, apie tai prieš 5 dienas informuojamas asmens gyvenamosios vietos psichikos sveikatos centras ir savivaldybės socialinės paramos skyrius[85].

[82] Povilaitienė I., Maciūtė K., Bendruomeninės psichikos sveikatos paslaugos Lietuvoje., tyrimo ataskaita., Vilnius., 2005., P. 19

[83] http://www.sec.lt./pages/spr/Alf_mok/Text/Sv_sist/decent2.htm; prisijungimo laikas 2014-01-03.

[84] Baltrušaitytė G. Psichiatro – paciento santykiai pirminėje psichikos sveikatos priežiūroje // Sociologija. Mintis ir veiksmas. 2003/ 1. P.108.

[85] LR sveikatos apsaugos ministro ir LR socialinės apsaugos ir darbo ministro įsakymas 2008m. liepos 10 d Nr. V-668/A1-243 „Dėl pacientų, teismo nutartimi pripažintų nepakaltinamais ir nukreiptų priverstinai gydytis, psichosocialinės reabilitacijos tvarkos aprašo patvirtinimo“// Valstybės žinios. 2008, Nr. 79-3162.

VŠĮ Rokiškio psichiatrijos ligoninėje nuo 2009 metų buvo vykdomas projektas *„Neįgaliųjų (teismo psichiatrijos pacientų) profesinės reabilitacijos plėtra Lietuvoje“,* siekiant ligoninėje sukurti tinkamą infrastruktūrą profesinei reabilitacijai, padėsiančiai atstatyti buvusius įgūdžius bei sugebėjimus ar suteikti jiems naują kvalifikaciją[86]. Projekto metu įrengtas profesinės reabilitacijos centras, kuriame pacientams įrengtos jaukios patalpos statybininkų padėjėjų ir buitinių paslaugų teikėjų teoriniam ir praktiniam mokymui (1pav.), siuvimo klasė (2pav.), mokomoji skalbykla (3pav.), maisto ruošos kambarys, įrengti relaksacijos, muzikos, šviesos, meno terapijos, grupinės individualios ir šeimos terapijos skirti kabinetai.



1pav.*Statybininkų padėjėjų praktinio mokymo klasė (VŠĮ Rokiškio psichiatrinės ligoninės, psichosocialinės reabilitacijos centro archyvo nuotraukos)*



2pav.*Siuvimo klasė (VŠĮ Rokiškio psichiatrinės ligoninės, psichosocialinės reabilitacijos centro archyvo nuotraukos)*

[86]Neįgaliųjų (teismo psichiatrijos pacientų) profesinės reabilitacijos plėtra Lietuvoje (projekto kodas Nr. VP3-2.4-SADM-02-V-02-001)



3pav.*Mokomoji skalbykla (VŠĮ Rokiškio psichiatrinės ligoninės, psichosocialinės reabilitacijos centro archyvo nuotraukos)*

3. PRIVERSTINIS PSICHIKOS LIGONIŲ HOSPITALIZAVIMAS

3.1. Priverstinio hospitalizavimo samprata ir epidemiologija

Pasaulio sveikatos organizacija 2001 metais savo metiniame pranešime, skirtame psichikos sveikatai suformulavo vieną iš psichikos sveikatos definicijų - „Psichikos sveikata – tai geros savijautos būsena, kuri leidžia individui realizuoti savo gebėjimus, įveikti įprastus gyvenimo sunkumus, produktyviai dirbti bei prisidėti prie visuomenės vystymosi“[87]. Šios definicijos suformulavimas leidžia manyti, jog gebėjimas realizuoti save, produktyviai dirbti yra suprantamas kaip naudojimasis žmogaus teisėmis ir laisvėmis. LR Konstitucijos 20 straipsnyje bei Europos žmogaus teisių ir pagrindinių laisvių apsaugos konvencijos 5 straipsnio 1 dalyje įtvirtina, jog niekam negali būti atimta laisvė, išskyrus tuos atvejus, kuriuos numato įstatymas[88]. EŽTT pažymi, jog Konvencijos 5 straipsnio 2 dalis įtvirtina apsaugą, kad bet kuris asmuo, kuriam yra atimama laisvė turi žinoti už ką jis sulaikomas. Sulaikytam asmeniui suprantama kalba, nevartojant specialių terminų turi būti išdėstomos visos aplinkybės, dėl ko yra sulaikomas ir jog galima sprendimą apskųsti teismui[89]. Byloje *Liuiza prieš Lietuvą,* pareiškėjas 2004 metų birželio 15 dieną pasirašė laikiną areštо orderį, kuriame buvo paminėta, kad jis įtariamas padaręs nusikalstamą veiką pagal LR BK 178 straipsnio 2 dalį. Teismas byloje *Fox, Campbell and Hartley v. the United Kingdom* pažymi, jog toks „plikas“ teisinis pagrindimas, norint asmeniui apriboti laisvę yra nepakankamas Konvencijos 5 straipsnio 2 dalies tikslams pasiekti[90].

Psichiatrija nuo kitų mokslo sričių skiriasi tuo, jog joje taikomos prievartos priemonės, kurios riboja pacientų autonomiją. Vienas iš labiausiai paplitusių ir sunkiausių psichiatrijoje paciento autonomijos ribojimo būdų yra priverstinė psichikos ligonių hospitalizacija, kuri suprantama kaip asmens laisvės ribojimas, asmenį paguldant į psichiatrijos ligoninę ir gydant prieš jo valią. Jungtinės Karalystės mokslininkai teigia, jog šiuolaikinė psichiatrinė pagalba turi būti teikiama laikantis mažiausių galimų suvaržymų principo[91].

Pastebėta, jog esamos sistemos požiūriu, pats psichikos sutrikimo diagnozės faktas gali eliminuoti paciento galimybes naudotis žmogaus teisėmis, kurios turi būti užtikrinamos kiekvienam asmeniui, esančiam Lietuvos jurisdikcijoje, remiantis LR Konstitucija ir ratifikuotais tarptautiniais teisės aktais, ginančiais žmogaus teises. EŽTT byloje *Liuiza prieš Lietuvą* pažymėjo, jog asmenims laisvė negali būti atimama vien dėl to, kad asmuo yra psichiškai nesveikas[92].

---

[87] PSO 2001 metinis pranešimas Psichikos sveikata: naujas supratimas, nauja viltis. Valstybinis psichikos sveikatos centras, 2002.
[88] Europos žmogaus teisių ir pagrindinių laisvių apsaugos konvencija 1950 m. // Valstybės žinios. 1995. Nr. 40-987
[89] Liuiza v Lithuania // 2012 m. liepos 31 d. Nr. 13472/06 – §67
[90] Fox, Campbell and Hartley v. the United Kingdom // 1990 m. rugpjūčio 30 d. - § 41
[91] Clarke J. Body and soul in mental health care // Mental Health, Reginion & Culture. 2010, 13:6, P. 649-657.
[92] Liuiza v Lithuania// Nr. 13472/06 – §60

XX amžiuje JAV, o kiek vėliau ir Vakarų Europos valstybės ėmė analizuoti ir spręsti problemas, susijusias su prievartos taikymu psichiatrijoje. Vyko diskusijos dėl priverstinio hospitalizavimo indikacijų, kitų prievartos priemonių taikymo. Į priverstinio hospitalizavimo taikymą buvo reaguojama skirtingai, pavyzdžiui : „advokatai bei žmogaus laisvių gynėjai siekė siaurinti priverstinio hospitalizavimo kriterijus ar visai jo netaikyti, o psichikos sveikatos specialistai, pacientų artimieji siekė išlaikyti priverstinio hospitalizavimo taikymą plečiant jo kriterijus“[93].

Siekiant gerinti psichikos sveikatą pasaulio bei Europos institucijos, ginančios žmonių, turinčių psichikos sutrikimų teises, kuria įvairias strategijas, siekiant klinikinės praktikos pokyčių : „mažinti priverstinės hospitalizacijos ir jos trukmės skaičių, stacionarų lovų skaičių, padėti pacientams integruotis į visuomenę, mažinti jų socialinę atskirtį bei stigmatizaciją“[94]. Tačiau norimo rezultato sulaukiama ne tokio, kokio tikėtasi. Kai kuriose šalyse vyksta atvirkščias procesas ir stebima reinstitucionalizacijos tendencija - padaugėjo teismo psichiatrijos stacionarų lovų skaičius, pagausėjo priverstinių hospitalizavimų, atsirado naujų stacionarinių tarnybų[95].

Epidemiologiniai tyrimai rodo, jog priverstinio hospitalizavimo skaičius yra nevienodas, jis svyruoja nuo 3 proc. (Portugalijoje) iki 30 proc. (Švedijoje)[96]. Lietuvoje teismo nutartimi priverstinai hospitalizuojama apie 2 proc. psichikos ligonių[97]. Lyginant laikotarpį nuo 1990 iki 2002 metų stacionarinėse psichiatrijos ligoninėse, psichikos ligoniams, kurie padaro visuomenei pavojingą veiką, lovų skaičius išaugo iki 17 proc. Izraelyje, Anglijoje 38 proc., Vokietijoje 70 proc., Italijoje 10 proc., Ispanijoje 25 proc. Švedijoje 46 proc.[98].Mokslinėse publikacijose teigiama, jog mažesni priverstinio hospitalizavimo skaičiai yra tose šalyse, kur geresnė sveikatos priežiūros kokybė, veikia universitetiniai stacionarai, gerai išplėtota ambulatorinė psichikos sveikatos priežiūra[99].

[93]Lidz CW, Hoge SK, Gardner W, Bennett NS, Monahan J, Mulvey EP. Perceived coercion in mental hospital admission. Pressures and process // Arch Gen Psychiatry. 1995, 52(12), P. 1034.

[94]Lietuvos Respublikos Seimo 2007 m. balandžio 3d. nutarimas X-1070„Dėl Psichikos sveikatos strategijos patvirtinimo“// Valstybės Žinios. 2007, Nr. 1572.

[95]Priebe S, Badesconyi A, Fioritti A, Hansson L, Kilian R, Torres-Gonzales F, et al. Reinstitutionalisation in mental health care: comparison of data on service provision from six European countries // BMJ . 2005, 15330(7483), P. 123.

[96]Salize HJ, Dressing H. Epidemiology of involuntary placement of mentally ill people across the European Union // Br J Psychiatry. 2004; 184, P. 163.

[97] Navickaitė, L. Priverstinė hospitalizacija// Klubo „I3 ir Ko“ žinios. 2007, 2(36), P. 6

[98]Abramowitz M, Grinshpoon A, Priebe S, Ponizovsky AM. New institutionalization as a rebound phenomenon? The case of Israel // The Israel journal of psychiatry and related sciences. 2008, 45(4) , P. 272.

[99]Salize HJ, Dressing H. Epidemiology of involuntary placement of mentally ill people across the European Union // Br J Psychiatry. 2004; 184, P. 165.

3.2.Priverstinio hospitalizavimo teisinis reglamentavimas Lietuvoje ir pasaulyje

Priverstinio hospitalizavimo procese ypatingą reikšmę turi teisinis reguliavimas ir klinikiniai jo aspektai, todėl, kad šio proceso metu siekiama apsaugoti visuomenę ir patį pacientą nuo neigiamo elgesio padarinių, ko pasėkoje ribojama asmens laisvė. Priverstinio hospitalizavimo bei priverčiamųjų medicinos priemonių taikymo psichiatrijoje reglamentavimas yra sudėtingas bei nuolat besitęsiantis procesas. Šio proceso teisinis reglamentavimas sudėtingas tuo, jog tenka derinti potencialiai vienas kitam prieštaraujančius principus, tai paciento autonomija bei visuomenės interesų apsauga. Svarbu šiame procese suderinti visuomenės apsaugą ir asmens, kuriam taikoma prievarta, teises.

Psichikos ligonių priverstinio gydymo pagrindinis tikslas - sušvelninti ligos simptomus, o psichikos ligonių, kurie padarė visuomenei pavojingą veiką priverstinio gydymo tikslas ne tik sušvelninti ligos simptomus, bet ir sumažinti pavojingumo laipsnį bei galimą grėsmę dėl pakartotinų pavojingų veikų darymo. Gydytojai, kurie gydo psichikos ligonius, padariusius visuomenei pavojingą veiką, prisiima atsakomybę ne tik už pacientą, bet ir už visuomenę ir jos saugumo interesus. Lietuvoje priverstinio hospitalizavimo užuomazgų bei teisinių dokumentų, įtvirtinančių šį procesą randama XV-XVI amžiaus dokumentuose. Lietuvos statute (1529 m.), kuris buvo vienas iš pažangiausių teisinių dokumentų to meto Europoje, jame buvo suformuotas psichikos ligonių apibūdinimas, tai žmonės - *„Dievo daleidimu išėję iš proto“* taip pat numatyta psichikos ligonių teisinė atsakomybė už padarytą visuomenei pavojingą veiką. Jei *„beprotis“* nužudė žmogų jam skiriama 1,5 metai bausmę atlikti kalėjime *„bokšte“*[100].

Daugumoje Europos valstybių priverstinį hospitalizavimą reglamentuoja specialūs psichikos sveikatos priežiūros įstatymai bei kiti teisės aktai. Lietuvoje priverstinę hospitalizaciją reglamentuoja 1995 metais priimtas LR psichikos sveikatos priežiūros įstatymas ir LR civilinis kodeksas. Taip pat priverstinio hospitalizavimo ir gydymo tvarką reguliuoja psichiatrijos įstaigos vidaus tvarkos taisyklės, kurių nuostatos įtvirtina psichikos sveikatos priežiūros paslaugas teikiančių specialistų veiksmus. Psichikos ligonių, padariusių visuomenei pavojingą veiką, psichikos sveikatos priežiūrą reglamentuoja LR Psichikos sveikatos priežiūros įstatymo XI skyrius bei įstatymo 36 straipsnis, reglamentuojantis priverstinio hospitalizavimo tvarką, LR baudžiamasis ir baudžiamojo proceso kodeksai.

Europos Sąjungos valstybių narių įstatymuose pagrindinis kriterijus dėl priverstinio hospitalizavimo yra patvirtintas psichikos sutrikimas bei gydymo reikalingumas. Bėgant laikui buvo plečiamas kriterijų sąrašas ir taip įtvirtintas pavojingumo sau ir aplinkiniams kriterijus, šiuo

[100] Ten pat P.167.

kriterijaus taikymu nesiremia Italija, Ispanija, Švedija[101].LR psichikos sveikatos priežiūros įstatymo 27 straipsnyje įtvirtintas ne tik psichikos ligos buvimo faktas, bet ir pavojingumo kriterijus : „asmuo gali būti hospitalizuojamas prievarta jei yra reali grėsmė, kad jis savo veiksmais gali padaryti esminę žalą savo ir aplinkinių sveikatai, gyvybei“[102]. Lietuvos Aukščiausiasis teismas (LAT) 2006 metais priimtoje nutartyje konstatavo, jog „suicidinių minčių išsakymo faktas (jog gyvenimas baigtas, nėra prasmės gyventi, vienintelė išeitis – nusižudyti), savaime nėra pagrindas padaryti išvadą apie tam tikros grėsmės realumą. LR psichikos sveikatos priežiūros įstatymo 27 straipsnyje nurodyta, kad priverstinis hospitalizavimas leidžiamas ir pateisinamas tik esant atitinkamai realiai grėsmei“[103].

Taip pat pavojingumo kriterijus numatytas ir LR civilinio kodekso 2.26 straipsnyje, kuriame teigiama, kad „jeigu asmuo serga sunkia psichikos liga ir yra reali grėsmė, kad jis savo veiksmais gali padaryti esminės žalos savo ar aplinkinių sveikatai ar gyvybei bei turtui, jis gali būti priverstinai hospitalizuotas...“ civiliniame kodekse įstatymų leidėjas suformuoja dar vieną sąlygą, jog grėsmė gali kilti ne tik sveikatai ar gyvybei, bet ir turtui. Taigi Lietuvos teisės aktuose yra taikomas pavojingumo kriterijus. Pavojingumo sau ir aplinkiniams kriterijus taipogi įtvirtintas Austrijos, Belgijos, Bulgarijos, Čekijos, Lenkijos, Olandijos, Prancūzijos, Slovakijos, Liuksemburgo teisės aktuose[104].

Daugumoje Europos valstybių, viena iš pagrindinių sąlygų priverstiniam hospitalizavimui yra psichikos liga arba psichikos sutrikimas, tačiau šių terminų aiškinimas gali skirtis kiekvienoje šalyje. Šie terminai yra gana platūs ir nėra konkrečiai detalizuojamos diagnozės. Yra šalių, kurių įstatymuose dėl priverstinio hospitalizavimo įvardijamos ligų diagnozės. Psichozės terminas vartojamas Lenkijos, Danijos ir Vokietijos įstatymuose. Bulgarijos teisės aktuose nurodytos šios diagnozės: psichozė, sunkus asmenybės sutrikimas, didelė nuolatinė negalia dėl psichikos sutrikimo, vidutinio sunkumo ir sunkus protinis atsilikimas, demencija. Suomijos psichikos sveikatos priežiūros įstatyme įvardintos šios medicininės diagnozės : delyras, sunkių formų demencija, visi šizofrenijos tipai, psichozės, organiniai ir didybės manijos sutrikimai, depresijos epizodai su psichozės elementais bei bipolinis sutrikimas[105]. Lietuvos teisės aktuose nėra išskirtos diagnozės dėl priverstinio hospitalizavimo, o vartojamas „sunkios psichikos ligos“ terminas, tačiau ligos sunkumo

[101]Abramowitz M, Grinshpoon A, Priebe S, Ponizovsky AM. New institutionalization as a rebound phenomenon? The case of Israel // The Israel journal of psychiatry and related sciences. 2008, 45(4), P. 277.
[102] Lietuvos Respublikos psichikos sveikatos priežiūros įstatymas // Valstybės žinios. 1995, Nr. 53-1290.
[103] Lietuvos Aukščiausiojo teismo 2006 m. kovo 20 d. nutartis// Civilinė Byla Nr. 3K-3-200/2006
[104]Salize H.J. , Dreßing H., Peitz M. Compulsory Admission and Involuntary Treatment of Mentally Ill Patients – Legislation and Practice in EU-Member States. Research Project - Grant Agreement No. SI2.254882 (2000CVF3-407). Final Report. 2002.
[105] Putkonen, H., Völlm, B. Compulsory pshychiatric detention and treatment in Finland //The journal of psychiatric bulletin. 2007, 31, P.102.

nustatymo kriterijai nedetalizuoti. Suomijos mokslininkai mano, kad išsamus diagnozių įtvirtinimas gali sukelti praktinių problemų, nes yra tam tikras ribojimas, pvz.: pacientas ketina nusižudyti, jis kelia pavojų savo sveikatai, bet jei nėra psichozės simptomų jis negali būti priverstinai gydomas[106].

Sprendimą hospitalizacijai dažniausiai priima gydytojai psichiatrai, kitų šalių teisės aktai leidžia sprendimą priimti kitų specialybių gydytojams ar administracijos personalui. Kai priverstinis hospitalizavimas turi būti taikomas ilgiau, nei numatytas įstatymuose pradinis laikotarpis sprendimą dėl gydymo pratęsimo Europos šalyse dažniausiai sprendžia teismai[107].Suomijoje susiformavusi kitokia praktika - priverstinė hospitalizacija priklauso nuo 3 nepriklausomų gydytojų nuomonės ir neapima kitų specialistų išvadų. Palyginti su kitomis šalimis, tai yra mažumos pozicija. Tokia pati praktika nusistovėjusi Danijoje, Airijoje, Liuksemburge[108]. Mažumos pozicija laikoma dėl to, kad kitose ES valstybės narėse dėl priverstinio gydymo galutinį sprendimą priima ne medicinos paslaugas teikiančios institucijos, o teisminės institucijos.

EŽTT byloje *Liuiza prieš Lietuvą* pažymėjo, jog norit asmenį priverstinai hospitalizuoti turi būti tenkinamos 3 sąlygos : psichikos ligos diagnozė patvirtina specialistų, psichikos sutrikimas turi būti tam tikro pobūdžio ir laipsnio, ir trečia sąlyga, jog gydymo pratęsimas ar panaikinimas turi būti nuolat peržiūrimas[109]. Lietuvos teisės aktuose bei kitų šalių jurisprudencijoje nepavyko rasti ligos pobūdžio, sunkumo ar laipsnio plečiamojo aiškinimo. Ligos sunkumas, laipsnis nėra detalizuojamas, manoma, jog tai paliekama gydytojų psichiatrų kompetencijai.

Sprendžiant priverstinio hospitalizavimo klausimą, psichikos ligonių, kurie įvykdė baudžiamojo įstatymo numatytą veiką, visų pirma atliekama teismo psichiatrijos ekspertizė ir asmuo turi būti pripažintas nepakaltinamu. Pripažinus asmenį nepakaltinamu procesas tęsiamas vadovaujantis LR baudžiamuoju kodeksu ir psichikos sveikatos priežiūros įstatymo 27 straipsnio nuostatomis, kurios imperatyviai nusako, jog asmuo, kurio atžvilgiu siekiama taikyti priverstinę hospitalizaciją serga psichikos liga, kelia grėsmę savo ir aplinkinių asmenų sveikatai ar gyvybei. Taigi asmuo, padaręs pavojingą veiką, priverstinai hospitalizuojamas ir jo atžvilgiu skiriamas gydymas galimas tada, kai serga psichikos liga, kelia grėsmę sau ir aplinkiniams bei teismo sprendimu yra pripažintas nepakaltinamu. EŽTT yra pažymėjęs, jog sprendžiant klausimą dėl

[106] Ten pat §37

[107] Raškauskas, V. Priverstinio hospitalizavimo psichiatrijoje paplitimas ir klinikiniai ypatumai: daktaro disertacija. Biomedicinos mokslai: medicina (07B). Vilnius, Vilniaus Universitetas, 2010. P.19.

[108]Salize H. J., Dressing, H. Peitz, M. Compulsory Admission and Involuntary Treatment of Mentally Ill Patients – Legislation and Practice in European Union Member States. European Commission Health & Consumer Protection Directorate.2002.

[109]Liuiza v Lithuania// Nr. 13472/06 – §58

priverstinio hospitalizavimo teisėtumo turi būti remiamasi nacionalinių įstatymų materialinėmis ir procesinėmis teisės normomis[110].

Nyderlanduose nuo 1928 metų į baudžiamąjį kodeksą buvo įtraukas asmenų, sergančiųjų psichikos liga ir padariusių visuomenei pavojingą veiką, priverstinis hospitalizavimas, kuris taikomas tuo atveju, kai nusikaltimo padarymo metu asmuo sirgo psichikos liga bei reikalingas visuomenės saugumo užtikrinimas. Priverstinis hospitalizavimas ilgiausiaigali trukti 2 metus, terminą galima pratęsti vieniem ar dviem metam, jei to reikia visuomenės saugumui ir padaryta veika priskiriama prie sunkių veikų kategorijos, tačiau hospitalizavimas negali trukti ilgiau kaip 6 metus[111].

Apžvelgus Lietuvos ir kitų Europos valstybių teisės aktų nuostatas dėl priverstinio hospitalizavimo galima apibendrinti, jog yra keli kriterijai priverstinam gydymui, tačiau kriterijai nėra plačiai detalizuojami. R. Frank ir T.G. McGuire (2011) pastebėjo tai, jog priverstinis hospitalizavimas dažniausiai remiasi pavojingumo kriterijumi[112]. Duomenis lyginti yra pakankamai sunku, nes skirtingų šalių įstatymai nevienodai reglamentuoja priverstinio hospitalizavimo procedūrą, jos standartus.

Taigi pereinant prie kito skyriaus, autorė primena, kad norint psichikos ligonį, padariusį visuomenei pavojingą veiką, priverstinai hospitalizuoti turi būti nustatomas šių asmenų nepakaltinamumas. Manoma, kad toliau magistro baigiamajame darbe bus tikslinga aptarti nepakaltinamumo sampratą, nustatymo ypatumus, tolimesnį nepakaltinamų asmenų dalyvavimą baudžiamajame procese bei teisinius padarinius šių asmenų atžvilgiu.

3.3.Nepakaltinamumo samprata, nustatymo ypatumai

Lietuvos Respublikos baudžiamojo kodekso 17 straipsnio pirmojoje dalyje įtvirtinta nepakaltinamumo sąvoka, kuri dažnai vartojama teisinėje literatūroje. Reikia pabrėžti tai, jog asmens nepakaltinamumo klausimas sprendžiamas tik baudžiamosiose bylose ir tik padarius nusikalstamą veiką. Mokslinėje literatūroje teigiama, jog nepakaltinamumo instituto pradžios atsiradimą galima sieti su M`Naghten byla, kurioje teisėjai suformavo tokią nuomonę: „kad būtų skirta apsaugos priemonė, pagrįsta psichikos pažeidimu, reikia aiškiai įrodyti, jog veikos padarymo metu kaltinamasis dėl psichikos ligos buvo praradęs sąmonę ir nesuprato nei daromos veikos pobūdžio, nei ypatybių arba nežinojo, kad tai, ką jis daro, yra blogai“[113].

[110]van der Leer v The Netherlands // Nr. 11509/85
[111] Koenraadt F. Forensic psychiatric expertise and enforced treatment in the netherlands // Contemporary Crises. 1993, 7 , P. 177.
[112]Frank R., McGuire T.G. Mental Health Treatment and Criminal Justice Outcomes //Archives of general psychiatry. 2011, 49(6), P.483.
[113]Radavičius, L.E. Teisės psichiatrija: istorija ir dabartis. Monografija. Vilnius: MRU. 2004. P. 110

Nepakaltinamumas (NP) - tai „asmens psichinė būsena, kai dėl psichikos sutrikimo asmuo negali suvokti daromos baudžiamojo įstatymo uždraustos veikos pavojingumo ir (ar) negali valdyti savo daromų veiksmų“[114]. Iš suformuoto nepakaltinamumo apibrėžimo matyti, jog visų pirma NP siejamas su veiką padariusio asmens psichine būsena, kuri įtakoja pavojingą elgesį. L. Radavičiaus (2006) teigimu NP sąvoka apima medicininį ir juridinį kriterijus[115].

Lietuvos Respublikos generalinio prokuroro 2013 m. gegužės 13 d. įsakymo Nr. I-125. 6.4. ir 6.5.[116] punktuose apibrėžtos medicininio ir juridinio kriterijaus definicijos. Medicininis kriterijus yra siejamas su psichikos sutrikimo nustatymu, jo pobūdžiu ir mastu. Juridinis kriterijus apibūdina asmens gebėjimą suvokti daromus veiksmus (intelektualusis požymis) ir juos valdyti (valinis požymis). Įvertinant juridinį kriterijų remiamasi medicininiu kriterijumi, kuriuo siekiama išsiaiškinti ar psichikos sutrikimas lemia asmens gebėjimą suvokti veiksmų pavojingumą ir jų gebėjimą valdyti.

Anot G. Valickio, V. Justickio ir I. Čėsnienės (2006) „nėra tokios gyvenimo srities, kuri negalėtų tapti teisinio nagrinėjimo objektu ir nėra tokios mokslo šakos, kurios tyrimo metodų, specialiųjų žinių negalėtų prireikti nagrinėjant bylą“[117]. Teismas nepakaltinamumo nustatymo atveju nėra kompetentingas nustatyti medicininį kriterijų, todėl, jog tam reikia specialių žinių, kuriomis disponuoja tik atitinkamos srities specialistai. Tik pakankamai surinkus reikiamų įrodymų, kurie nustatyti baudžiamojo kodekso 395 str. ir įtarus, kad pažeidėjo psichika yra sutrikusi leidžiama pasiųsti asmenį teismo psichiatrinei ekspertizei. Europoje baudžiamojo proceso įstatymai ekspertizę įvardija kaip specialių žinių psichiatrijos srityje naudojimo formą[118]. Teismo psichiatrijos ekspertizė atliekama pagal ikiteisminio tyrimo teisėjo ar teismo nutartį[119].Svarbiausi ekspertizės uždaviniai suformuluoti LR sveikatos apsaugos ministro 2013 m. birželio 12 d. įsakymo Nr. V-616 5[120] punkte. Pagrindinis tikslas - nustatyti ar asmuo, padaręs pavojingą veiką, tos veikos metu sirgo psichikos liga ir ar tai turėjo įtakos asmens gebėjimui suvokti savo elgesio pavojingumą ir jį valdyti, ir rezultatus užfiksuoti ekspertizės akte[121].

---

[114] Lietuvos Respublikos generalinio prokuroro 2013 m. gegužės 13 d. įsakymas Nr. I-125. „Rekomendacijos dėl priverčiamųjų medicinos priemonių taikymo proceso atliekant ikiteisminį tyrimą“// Valstybės žinios. 2013, Nr. 51-2587.

[115] Radavičius L. Pakaltinamumo, nepakaltinamumo ir riboto pakaltinamumo sąvokos, jų evoliucija ir šiuolaikinis supratimas // Psichiatrijos žinios. 2006, 5(42), P. 26.

[116] Lietuvos Respublikos generalinio prokuroro 2013 m. gegužės 13 d. įsakymas Nr. I-125. „Rekomendacijos dėl priverčiamųjų medicinos priemonių taikymo proceso atliekant ikiteisminį tyrimą“// Valstybės žinios. 2013, Nr. 51-2587.

[117] Valickis G., Justickis, V., Čėsnienė I. Teismo psichologinė ekspertizė Lietuvoje: dabartinė padėtis, problemos ir galimi jų sprendimo būdai // Psichologija, 2006, 33, P.89-100.

[118] Kanapeckaitė, J. Įtariamųjų psichikos trūkumų (sutrikimų) atskleidimas ir nustatymas // Jurisprudencija. 2005 75(67), P. 43-49

[119] Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymas // Valstybės žinios. 1994, Nr. 63-1231.

[120] Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas „Dėl teismo psichiatrijos ekspertizės organizavimo ir atlikimo tvarkos aprašo patvirtinimo“. 2013 m. birželio 12 d. Nr. V-616.// Valstybės žinios. 2013, Nr.65-3272.

[121] Lietuvos Respublikos teismo ekspertizės įstatymas // Valstybės žinios. 2002, Nr. 11-4969.

Lietuvoje teismo psichiatrijos ekspertizės gali būti ambulatorinės arba stacionarinės, kurias atlieka Valstybinės teismo psichiatrijos tarnybos prie SAM. Ambulatorinės teismo ekspertizės atliekamos tarnybose pagal regioninį pasiskirstymą, numatytą tarnybos vadovo patvirtintame tarnybos ekspertinių padalinių darbo reglamente[122]. Stacionarinė teismo ekspertizė atliekama specializuotame ekspertiniame skyriuje, kuriame yra poskyris kardomojo kalinimo tvarka suimtiems ir poskyris nesuimtiems asmenims (tokie poskyriai yra Utenos ekspertiniame skyriuje)[123]. Asmens buvimo ekspertiniame skyriuje terminas negali būti ilgesnis už teisėjo ar teismo skirtą suėmimo laiką. Jei stacionarinė ekspertizė paskirta nesuimtam asmeniui, ekspertiniam skyriuje jis gali būti laikomas ne ilgiau kaip 3 mėnesius[124]. Suomijoje ekspertizė turi būti atliekama per 2 mėnesius, kuri apima išsamią informaciją, surinktą iš įvairių šaltinių, standartizuotų psichologinių testų, fizinių patikrinimų, laboratorinių tyrimų, elgesio stebėjimo duomenų[125]. Japonijoje teismo ekspertizė gali būti atliekama nuo 2 iki 3 mėnesių[126].Nyderlanduose taip pat prieš skiriant priverstinį gydymą yra atliekama teismo psichiatrijos ekspertizė *Pieter Baan Centre*, kuriame asmenys įvykdę sunkius nusikaltimus laikomi 7 savaites[127].

Ekspertas teismui turi pateikti aktą su išvadomis, dėl psichikos ligos buvimo veikos padarymo metu fakto, bei gebėjimo suprasti ir valdyti savo veiksmus. Pateikiama Vilniaus apygardos teismo nutartis, kurioje suformuota teismo psichiatrų išvada : *„K. U. savo namuose dėl priešiškų santykių šeimoje po įprasto savo vyro išpuolio prieš ją ir jos 78 metų amžiaus motiną tyčia nužudė miegojusį lovoje vyrą N. U. peiliu perpjaudama jam gerklę, t. y. padarė pavojingą visuomenei veiką, numatytą Lietuvos Respublikos baudžiamojo kodekso 104 straipsnyje. [...]Teismo psichiatrų ekspertų komisija, atlikusi psichiatrijos ekspertizę, pateikė išvadą, kad K. U. Nužudymo metu sirgo lėtine psichikos liga – šizofrenija, paranoidine forma su apato–abuliniu asmenybės defektu, ir dėl ligos ji negalėjo teisingai suprasti savo veiksmų esmės bei jų valdyti“*[128].

[122] Valstybinės teismo psichiatrijos tarnybos prie Sveikatos apsaugos ministerijos ekspertinių padalinių darbo reglamentas patvirtintas Valstybinės teismo psichiatrijos tarnybos prie Sveikatos apsaugos ministerijos direktorės 2013 m. gruodžio 17 d. įsakymu Nr. 12P-40.

[123] Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2003 m. rugpjūčio 18 d. įsakymas Nr. V-499 „Dėl teismo psichiatrijos, teismo psichologijos ekspertizių darymo valstybinėje teismo psichiatrijos tarnyboje prie sveikatos apsaugos ministerijos nuostatų patvirtinimo“// Valstybės žinios. 2003, Nr. 63-3004.

[124] Ten pat

[125] Putkonen, H., Völlm, B. Compulsory pshychiatric detention and treatment in Finland // The journal of psychiatric bulletin. 2007, 31, P. 102.

[126] Shiina A., Fujisaki M., Nagata T., Oda Y., Suzuki M., Youshizawa, M., Lyo M., Igarashi Y. 2011. Expert consensus on hospitalization for assessment: a survery in Japan for a new forensic mental health system // Annals of General Psychiatry. 2011, 10:11. P. 238.

[127] Koenraadt F. Forensic psychiatric expertise and enforced treatment in the netherlands // Contemporary Crises. 1993, 7 , P. 179.

[128] Archyvinė baudžiamoji byla Nr. 1-252-96. Vilniaus apygardos teismas

Suomijoje psichikos ligonių, padariusių visuomenei pavojingą veiką, nepakaltinamumo vertinimą ir gydymą reglamentuoja du pagrindiniai teisės aktai : Suomijos psichikos sveikatos priežiūros įstatymas, bei baudžiamosios teisės aktas (teismo ekspertizės įstatymas). Įdomu tai, jog Suomijoje ekspertizė skiriama tuomet, jei už nusikalstamos veikos padarymą gali grėsti bent 1vienerių metų laisvės atėmimo bausmė. Praktiškai pastebėta, jei nusikaltimas yra sunkaus laipsnio, tai ekspertizė skiriama beveik visais atvejais[129].

Nyderlandų mokslininkai teigia, jog nepakaltinamas asmuo nėra nusikaltimo subjektu ir negali būti traukiamas baudžiamojon atsakomybėn, toks asmuo negali būti laikomas atsakingas už padarytą veiką ir jam turi būti taikomos priverčiamosios medicinos priemonės[130]. Lietuvos teisės aktuose taip pat numatyta, jog nepakaltinamas asmuo negali būti traukiamas baudžiamojon atsakomybėn, jam turi būti taikomos priverčiamosios medicinos priemonės.

2004 metais Suomijoje buvo atliktos 168 teismo psichiatrinės ekspertizės, iš jų 82 proc. pažeidėjų įvykdė žmogžudystes ar kitus rimtus smurtinius nusikaltimus. Nustatyta, jog 63 proc. asmenų, kurie padarė pavojingą veiką nepakaltinamumas nenustatytas ir jie pilnai atsako už padarytą nusikaltimą, o 18 proc. buvo nustatytas nepakaltinamumas ir pritaikytos priverčiamosios medicinos priemonės[131].

Taigi nepakaltinamumo nustatymas yra svarbus praktiniu požiūriu, nes nepakaltinamas asmuo negali būti traukiamas baudžiamojon atsakomybėn, jam teismo sprendimu gali būti taikomos priverčiamosios medicinos priemonės. Todėl kitame skyriuje tikslinga analizuoti priverčiamųjų medicinos priemonių sampratą, rūšis ir taikymo teisinį reguliavimą.

[129] Putkonen, H., Völlm, B. Compulsory pshychiatric detention and treatment in Finland // The journal of psychiatric bulletin. 2007, 31, P. 101.
[130] Koenraadt F. Forensic psychiatric expertise and enforced treatment in the netherlands // Contemporary Crises. 1993, 7 , P. 182.
[131] Putkonen, H., Völlm, B. Compulsory pshychiatric detention and treatment in Finland //The journal of psychiatric bulletin. 2007, 31, 102.

4. PRIVERČIAMOSIOS MEDICINOS PRIEMONĖS

4.1. Priverčiamųjų medicinos priemonių samprata ir paskirtis

Lietuvoje bei kitose šalyse žingsnis po žingsnio keičiasi požiūris į sutrikusios psichikos asmenis. PSO siekia užtikrinti šių asmenų psichikos sveikatos gerinimą kurdama ir vykdydama įvairias programas ir strategijas. Tačiau vis dar stebimi teisinio mechanizmo trūkumai sutrikusios psichikos asmenų atžvilgiu, kuris tinkamai ir veiksmingai užtikrintų šių asmenų teises. Ypatingas dėmesys turėtų būti skiriamas tiems asmenims, kuriems yra taikomos priverčiamosios medicinos priemonės.

Lietuvos Respublikos baudžiamojo kodekso normos reglamentuoja tai, jog asmeniui, kuris padaro baudžiamojo įstatymo uždraustą veiką, turi būti skiriamos bausmės, kurios gali būti baudžiamojo ar auklėjamojo poveikio priemonės bei priverčiamosios medicinos priemonės. Taigi baudžiamasis įstatymas už visuomenei padarytas nusikalstamas veikas numato ne tik kriminalinių bausmių skyrimą, bet ir kitas valstybės taikomas prievartos priemones.

LR Baudžiamojo proceso kodekso 392 straipsnis reglamentuoja priverčiamųjų medicinos priemonių taikymo pagrindus. Priverčiamosios medicinos priemonės taikomos tais atvejais, kai asmuo padaro veiką, uždraustą baudžiamojo įstatymo, galiojusio nusikalstamos veikos padarymo metu, bei yra pripažintas nepakaltinamu arba ribotai pakaltinamu[132].

Priverčiamosios medicinos priemonės (PMP) – tai „teismo paskirtas gydymo bei valstybės prievartos derinys, siekiant išgydyti asmenį, padariusį baudžiamojo įstatymo uždraustą veiką. Gydymo metu asmuo yra prižiūrimas psichiatrijos įstaigoje, siekiant apsaugoti visuomenę ir patį asmenį nuo naujų įstatymo uždraustų veikų darymo“[133].Rusijos Federacijos baudžiamojo kodekso 98 straipsnyje įtvirtintas priverčiamųjų medicinos priemonių tikslas – visų pirma, tai medicininis gydymas ir tuo pačiu prevencijos priemonė nuo galimų nusikaltimų pakartojimo galimybės[134].

Žmogaus teisių ir pagrindinių laisvių apsaugos Konvencijos 5 straipsnyje įtvirtina asmens teisė į laisvę ir saugumą. EŽTT byloje *Liuiza prieš Lietuvą* primena, kad Konvencijos 5 straipsnio 1 dalyje yra išdėstytas baigtinis sąrašas, kuomet gali būti suvaržyta asmens laisvė. Vadinasi laisvės atėmimas bus teisėtas tuomet, kai pateks į vieną iš išdėstytų Konvencijos 5

[132]Lietuvos respublikos baudžiamojo proceso kodeksas // Valstybės žinios. 2002, Nr. 37-1341.

[133] Rekomendacijos dėl priverčiamųjų medicinos priemonių taikymo proceso atliekant ikiteisminį tyrimą. Patvirtina Lietuvos Respublikos generalinio prokuroro 2013 m. gegužės 13 d. įsakymu Nr. I-125. Valstybės žinios. 2013, Nr. 51-2587.

[134]The Criminal Code of the Russian Federation. 1996 june 13.

straipsnio 1 dalies a – f punktų[135]. Taip pat EŽTT pažymėjo, jog asmens laisvė negali būti atimama vien dėl to, kad asmuo yra psichiškai nesveikas[136].

PMP negalima laikyti bausme, nes kriminalinės bausmės tikslai ir esmė yra skirtinga. Priverčiamosios medicinos priemonės yra valstybinės prievartos, varžančios žmogaus laisvę, ir gydymo priemonių visuma[137]. LR baudžiamojo kodekso 41 straipsnio 2 dalis įvardija bausmės sampratąir paskirtį: „sulaikyti asmenis nuo nusikalstamų veikų darymo, nubausti asmenį, apriboti galimybę daryti naujas nusikalstamas veikas, paveikti bausmę atlikusius asmenis, kad laikytųsi įstatymų“[138]. PMP taikymas reglamentuotas LR BK 98 straipsnyje, tačiau įstatymas neįvardija šių priemonių tikslų. Nagrinėjant šio instituto nuostatas, galima daryti išvadą, jog šios priemonės yra taikomos asmeniui, padariusiam visuomenei pavojingą veiką ir pripažintam nepakaltinamam ar ribotai pakaltinamam siekiant jo pasveikimo, psichikos būklės pagerėjimo, pavojingumo sau ir visuomenei sumažėjimo ar išnykimo, pavojingų veikų pasikartojimo rizikos mažinimo.

Taigi PMP yra taikomos ne tik psichikos ligonių, padariusių visuomenei pavojingą veiką interesų užtikrinimui, bet kartu siekiama apsaugoti visuomenės interesus nuo pakartotinių šių asmenų pavojingų veikų darymo. Priverčiamosiomis medicinos priemonėmis valstybė siekia asmenį išgydyti, o ne bausti. Asmeniui tinkamai parinkus priverčiamąją medicinos priemonę bei maksimaliai atidžiai ir rūpestingai taikant medicinos priemones galima asmenį išgydyti, suvaldyti asmens agresyvumą bei pavojingumą sau ir aplinkiniams.

Priverčiamųjų medicinos priemonių taikymas siekia medicininių ir tuo pačiu teisinių tikslų įgyvendinimo. Profesorius G.V. Nazarenko (2003) teigia, jog „priverčiamosios medicinos priemonės siekia dviejų tikslų, iš kurių vienas yra medicininis – siekiama išgydyti asmenį, padariusį visuomenei pavojingą veiką, kitas teisinis tikslas – užtikrinti nusikalstamų veikų padarymo dažnį“[139]. Tą patį teigia ir Lietuvos mokslininkai, kurie baudžiamojo proceso teisės doktrinoje pažymi, kad „priverčiamųjų medicinos priemonių taikymas psichiatrijos įstaigose yra taikomas siekiant išgydyti asmenį jį prižiūrint ar izoliuojant nuo visuomenės, kad būtų užtikrintas visuomenės saugumas nuo galimų pakartotinų pavojingų veikų padarymo“[140]. Jeigu šiems asmenims nebūtų taikomas gydymas, jų psichikos būklė blogėtų, didėtų pavojingumo sau ir aplinkiniams laipsnis, bei pasikartotų pavojingų veikų skaičius.

[135] Liuiza v Lithuania // Nr. 13472/06 – §54
[136]Ten pat § 62
[137] Rekomendacijos dėl priverčiamųjų medicinos priemonių taikymo proceso atliekant ikiteisminį tyrimą. Patvirtina Lietuvos Respublikos generalinio prokuroro 2013 m. gegužės 13 d. įsakymu Nr. I-125.// Valstybės žinios. 2013, Nr. 51-2587.
[138] Lietuvos Respublikos baudžiamasis kodeksas // Valstybės žinios. 2000, Nr. 89-2741.
[139]Nazarenko, G.V. Принудительные меры медицинского характера // Москва: Дело, 2003, P.54.
[140] Goda, G., Kazlauskas, M., Kuconis P. ir kt.. Lietuvos Respublikos baudžiamojo proceso kodekso komentaras. T.II. Vilnius: VĮ Teisinės informacijos centras, 2003. P. 419.

4.2. Priverčiamųjų medicinos priemonių rūšys

Remiantis Lietuvos teismų praktika bei Lietuvos Respublikos baudžiamojo kodekso 98 straipsniu, asmenims, kurie turi psichikos sutrikimų ir teismo yra pripažinti nepakaltinamais, jų atžvilgiu taikomos priverčiamosios medicinos priemonės. Konkrečią priverčiamosios medicinos priemonės rūšį paskiria teismas, atsižvelgdamas į ekspertų rekomendacijas ir pateiktas išvadas. Priverčiamosios medicinos priemonės skirstomos į :

1. ambulatorinį stebėjimą pirminės psichikos sveikatos priežiūros sąlygomis.
2. stacionarinį stebėjimą bendro stebėjimo sąlygomis specializuotose psichikos sveikatos priežiūros įstaigose.
3. stacionarinį stebėjimą sustiprinto stebėjimo sąlygomis specializuotose psichikos sveikatos priežiūros įstaigose.
4. stacionarinį stebėjimą griežto stebėjimo sąlygomis specializuotose psichikos sveikatos priežiūros įstaigose.

LR BPK 403 straipsnio 2 dalyje konstatuojama, jog teismas remdamasis LR BK 98 straipsniu gali taikyti vieną iš straipsnyje nurodytų PMP priimdamas nutartį. Teismas konkrečiu atveju parinkdamas PMP įvertina asmens, kurio atžvilgiu bus taikoma priverčiamoji medicinos priemonė, pavojingumą, nusikalstamos veikos pavojingumo laipsnį bei atsižvelgia į teismo psichiatrijos ekspertizės išvadas bei išdėstytas rekomendacijas dėl asmens gydymo. PMP parinkimas kiekvienu konkrečiu atveju priklauso ir nuo ligonio polinkio bėgti iš gydymo įstaigos bei ligos sunkumo laipsnio[141]. Panašus reguliavimas stebimas Japonijoje, kuri daugelį metų neturėjo teisinių nuostatų, reglamentuojančių psichikos ligonių, padariusių visuomenei pavojingą veiką, psichikos sveikatos priežiūrą. Tokie pažeidėjai buvo patikėti psichikos sveikatos priežiūros institucijoms ir visiškai atskirti nuo baudžiamosios justicijos sistemos. 2005 metais Japonijoje įvyko teismo medicinos reforma, kurios metu priimtas Medicininio gydymo ir priežiūros įstatymas. Asmenys, kurie padarė visuomenei pavojingą veiką, pradėti gydyti mediciniškai bei tuo pačiu metu vykdoma sustiprinta šių asmenų priežiūra[142]. Sprendimą dėl priverstinio gydymo priima vienas teisėjas ir vienas teismo psichiatrijos ekspertizės specialistas (ekspertas). Galimi trys sprendimo priėmimo variantai : gali būti skiriamas priverstinis stacionarinis medicininis gydymas, priverstinis ambulatorinis gydymas arba neskiriamas joks gydymas[143].JAV taip pat taikomas stacionarinis ir ambulatorinis priverstinis stebėjimas.

[141] Radavičius, L.E. Teisės psichiatrija: istorija ir dabartis. Monografija. Vilnius: MRU. 2004. P. 114
[142] Shiina A., Fujisaki M., Nagata T., Oda Y., Suzuki M., Youshizawa, M., Lyo M., Igarashi Y. Expert consensus on hospitalization for assessment: a survery in Japan for a new forensic mental health system // Annals of General Psychiatry. 2011, 10:11. P. 239.
[143] Ten pat P. 244.

Priverstinis stacionarinis gydymas yra teisiškai įtvirtintas visose valstybėse ir Kolumbijos apygardoje. Priverstinis ambulatorinis – 44 valstybėse ir rajonuose[144].

Rusijos Federacijos baudžiamojo kodekso 99 str. išvardintos tokios PMP rūšys : priverstinis ambulatorinis gydymas (kai nereikia asmens gydyti stacionare ir nėra pavojaus aplinkiniams), priverstinis gydymas psichiatrijos ligoninėje, priverstinis gydymas specializuotoje ligoninėje intensyvaus stebėjimo sąlygomis (reikia nuolat stebėti), priverstinis gydymas psichiatrijos ligoninėje specializuoto tipo intensyvaus stebėjimo sąlygomis (skiriamastam, kuris yra pavojingas sau ir aplinkiniams)[145]. Rusijos baudžiamojo kodekso nuostatos dėl PMP rūšių bei taikymo panašios į Lietuvos teisės doktrinoje suformuotas nuostatas.

Lietuvoje teismas baudžiamąja tvarka priėmęs nutartį ir paskyręs priverčiamąsias medicinos priemones siunčia asmenį gydytis į VŠĮ Rokiškio psichiatrijos ligoninę. Iki Lietuvos nepriklausomybės atkūrimo Lietuvos gyventojai, padarę visuomenei pavojingą veiką ir pripažinti nepakaltinamais, buvo gydomi Černiachovsko mieste, Rusijoje[146], o 1993 metais Rokiškio psichiatrijos ligoninėje remiantis 1991 m. gruodžio 17d. LR Vyriausybės nutarimu Nr. 566 „ Dėl specialiojo psichiatrinio skyriaus įsteigimo“[147] buvo įsteigtas sustiprinto ir griežto stebėjimo sąlygomis skyrius, kuriame buvo gydomi psichikos ligoniai, padarę visuomenei pavojingą veiką. Bendro stebėjimo sąlygomis pacientai buvo gydomi psichiatrijos ligoninėse pagal gyvenamąją vietą. 2002 metais remiantis tarptautinės kalėjimų medicinos tarnybos ekspertų rekomendacijomis Rokiškio psichiatrijos ligoninėje buvo sutelkti visi priverstinai gydomi pacientai[148]. Šiuo metu Ligoninėje veikia 7 (septyni) stacionarinio gydymo skyriai:

1. Griežto stebėjimo sveikatos priežiūros skyrius;
2. Sustiprinto stebėjimo sveikatos priežiūros skyrius;
3. Moterų ir vaikų specialaus stebėjimo sveikatos priežiūros skyrius;
4. I, II ir III bendro stebėjimo sveikatos priežiūros skyriai;
5. Priėmimo ir bendrosios psichiatrijos skyrius.

Ligoninės Griežto stebėjimo sveikatos priežiūros, Sustiprinto stebėjimo sveikatos priežiūros, Moterų ir vaikų specialaus stebėjimo sveikatos priežiūros, I, II ir III bendro stebėjimo sveikatos priežiūros skyriuose gydomi pacientai pripažinti nepakaltinamais, taip pat asmenys, kuriems po nusikalstamos veikos padarymo ar bausmės paskyrimo sutriko psichika ir dėl to jie negali suvokti savo veiksmų esmės ar jų valdyti, ir jiems paskirtos priverčiamosios medicinos

[144] Fazel S., & Grann M. The population impact of Severe mental illness on violent crime // American Journal of Psychiatry. 2006, 163(8), P. 1397.
[145] The Criminal Code of the Russian Federation. 1996 june 13.
[146]Sakalauskas G. Asmenų, kuriems apribota laisvė, teisės //Žmogaus teisės Lietuvoje. – Vilnius, 2005. P. 266
[147]Lietuvos Respublikos Vyriausybės nutarimas 1991 m . gruodžio 17 d. Nr. 566 „Dėl specialiojo psichiatrinio skyriaus įsteigimo“
[148]Sakalauskas G. Asmenų, kuriems apribota laisvė, teisės //Žmogaus teisės Lietuvoje. – Vilnius, 2005. P. 278.

priemonės – stacionarinis stebėjimas specializuotoje psichiatrijos įstaigoje[149].Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2010 m. sausio 19 d. įsakyme Nr. V-36 „Dėl vaikų ir paauglių specialiosios psichiatrijos paslaugų teikimo reikalavimų aprašo patvirtinimo“ nurodyta, jog vaikams ir paaugliams, padariusiems visuomenei pavojingą veiką, skiriamos specialiosios psichiatrijos stacionarinės paslaugos, kurios teikiamos nuo 14 - 18 metų. Teismas vaikams ir paaugliams taip pat taiko priverčiamąsias medicinos priemones bendro, sustiprinto ir griežto stebėjimo sąlygomis. Tačiau ministro įsakyme paminėtos tik stacionarios paslaugos, nors pagal LR BK 98 straipsnį viena iš priverčiamųjų medicinos priemonių yra priverstinis ambulatorinis stebėjimas.

VŠĮ Rokiškio psichiatrijos ligoninė teikia antrinio lygio specializuotą stacionarinę pagalbą Lietuvos Respublikos gyventojams, sergantiems psichikos ligomis, taip pat teismo nutartimi hospitalizuotiems pacientams, kurie įvykdė visuomenei pavojingas veikas. Pacientai hospitalizuojami pateikus įsiteisėjusią teismo nutartį ir asmens tapatybę patvirtinantį dokumentą[150].

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymu 2012 m. gegužės 11 d. Nr. V- 418 „Dėl viešosios įstaigos Rokiškio psichiatrijos ligoninės 2012 metų siektinų veiklos užduočių patvirtinimo“ nustatytos prioritetinės veiklos užduotys, t.y. organizuoti ir teikti kvalifikuotas antrinio lygio specialiosios ir bendrosios psichiatrijos asmens sveikatos priežiūros paslaugas, užtikrinant paslaugų kokybę, pacientų apsaugą ir priežiūrą, plėtoti reabilitacijos, diagnostikos ir gydymo priemones, laiku atlikti gydymo efektyvumo įvertinimą ir pateikti teismui reikiamas išvadas, bei atlikti išrašomų pacientų nusikalstamos veikos padarymo rizikos vertinimą[151]. VŠĮ Rokiškio psichiatrijos ligoninės vidaus tvarkos taisyklių 1 priede nurodytas teikiamų paslaugų sąrašas : suteikiamos visų reikalingų specialistų konsultacijos, laboratoriniai ir diagnostiniai tyrimai, psichoterapeuto ir psichologo konsultacijos, gydomosios ir reabilitacijos priemonės bei psichosocialinės reabilitacijos paslaugos[152].Taigi VŠĮ Rokiškio psichiatrijos ligoninėje pacientams, teismo nutartimi pripažintiems nepakaltinamais ir nukreiptiems gydytis priverstinai yra prieinamos visos reikalingos asmens sveikatos priežiūros paslaugos, taip pat užtikrinama pacientų apsauga, priežiūra, elgesio analizė, kontrolė ir korekcija. Organizuojama priverstinai gydomų pacientų užimtumo ir kasdienė veikla, sudaromas psichosocialinės

[149]Seimo kontrolieriais pažyma Nr. 2013/1-35/3D-1728 „Pažyma dėl hospitalizuotų pacientų teisių apribojimų ir kitų suvaržymų taikymo Viešojoje įstaigoje Rokiškio psichiatrijos ligoninėje“
[150] Viešosios įstaigos Rokiškio psichiatrijos ligoninės vidaus tvarkos taisyklės. Patvirtinta VŠĮ Rokiškio psichiatrijos ligoninės direktoriaus 2013-02-20 įsakymu Nr.5
[151] Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas 2012 m. gegužės 11 d. Nr. V- 418 „Dėl viešosios įstaigos Rokiškio psichiatrijos ligoninės 2012 metų siektinų veiklos užduočių patvirtinimo“
[152] Viešosios įstaigos Rokiškio psichiatrijos ligoninės vidaus tvarkos taisyklės. Patvirtinta VŠĮ Rokiškio psichiatrijos ligoninės direktoriaus 2013-02-20 įsakymu Nr.5. 1 priedas.

reabilitacijos planas[153].„Vaikams ir paaugliams gydymo metu turi būti sukurta aplinkos terapija, kurioje vaikai ir paaugliai jaustųsi saugiai, mokytųsi suvokti elgesio pasekmes bei sąmoningai rinktųsi kitus elgesio būdus ir įgūdžius, kurie padėtų atstatyti socialinę kompetenciją“[154].

Lietuvoje priverčiamųjų medicinos priemonių taikymas teismų praktikoje nėra labai dažnas, tačiau kiekvienais metais teismo nutarčių skirti PMP daugėja. Baudžiamųjų bylų nagrinėjimo ataskaitų duomenimis (I instancijos teismuose) 2002 metais priverčiamosios medicinos priemonės buvo pritaikytos 112 asmenų, 2003 m. – 138, 2004 m. – 159, 2005 m. -188 asmenims[155]. VŠĮ Rokiškio psichiatrijos ligoninės statistikos duomenimis 2014 metais ligoninėje teismo nutartimi taikytos priverčiamosios medicinos priemonės 330 pacientų (iš jų 39 moterims)[156].

4.2.1. Ambulatorinis stebėjimas pirminės psichikos sveikatos priežiūros sąlygomis

Remiantis LR baudžiamojo kodekso 98 straipsnio 2 dalimi ambulatorinis stebėjimas yra taikomas tiems asmenims, kuriems dėl padarytos veikos pavojingumo ir psichikos sutrikimo laipsnio nereikia stebėti ir gydyti stacionare, kurie gali ir toliau gydytis ambulatoriškai arba tie asmenys, kurių psichikos būklė pagerėja po stacionarinio gydymo. Kaip teigia JAV mokslininkai, priverstinis ambulatorinis stebėjimas yra mažiausiai ribojanti laisvę alternatyva psichiatrijoje[157].PMP pakeitimą nustato teismas priimdamas nutartį. Teismas gali pakeisti pirmiau taikytos PMP rūšį, jeigu asmens sveikatos būklė pasikeitė[158]. Pavyzdžiui, Panevėžio apygardos teismo priimtoje nutartyje konstatuojama: *„[...]BK 98 str. 6 d. ir BPK 405 str. 4 d. įtvirtinta nuostata, kad priverčiamoji medicinos priemonė taikoma tol, kol asmuo pasveiksta arba pagerėja jo psichikos būklė bei išnyksta jo pavojingumas. Komisijos dėl priverčiamųjų medicinos pobūdžio priemonių pakeitimo medicininės apžiūros išvadoje Nr. 343 nurodyta, kad E. K. stebėjimo laikotarpiu nusiskundimų dėl sveikatos neišreiškė, stebėta pagerėjusi ir stabili psichinė sveikatos būklė.Nuotaika lygi, emocijos neadekvačios, elgesys skyriuje teisingas. Ligonis švarus, tvarkingas, pats save pilnai aptarnaujantis, dalinai kritiškas ligai bei buvusiam nusikaltimui. Agresijos, režimo pažeidimų, konfliktinių situacijų nestebėta. Gydytojų komisijos išvadoje nurodyti duomenys apie E. K. elgesį gydimosi laikotarpiu leidžia pagrįstai manyti, kad pagal esamą psichinę būseną E. K. nėra tiek pavojingas visuomenei, kad jam nebūtų galima*

[153]Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2012 m. balandžio 5d. įsakymas Nr. V- 300. Viešosios įstaigos „Rokiškio psichiatrinės ligoninės“ įstatai.
[154]Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2010 m. sausio 19 d. įsakymas Nr. V-36 „Dėl vaikų ir paauglių specialiosios psichiatrijos paslaugų teikimo reikalavimų aprašo patvirtinimo“// Valstybės žinios. 2010, Nr. 12-589.
[155]http://www.teismai.lt/statistika/Baudziamosios.xls; prisijungimo laikas 2013-12-20.
[156] VŠĮ Rokiškio psichiatrijos ligoninės direktoriaus A. Liausėdo 2013-06-28 raštas Nr. (11.02)-2613 „Atsakant į Seimo kontrolieriaus kreipimąsi dėl hospitalizuotų pacientų teisių apribojimų ir kitų suvaržymų taikymo“
[157]Cuellar, A. E., Snowden, L. M., & Ewing, T. Criminal records of persons served in the public mental health system // Psychiatric Services. 2007, 58(1), P. 119.
[158]Lietuvos respublikos baudžiamojo proceso kodeksas // Valstybės žinios. 2002, Nr. 37-1341

taikyti stebėjimo ambulatorinio stebėjimo sąlygomis.[...] Teisėjų kolegija konstatuoja, kad Rokiškio rajono apylinkės teismo 2010-10-06 nutartis yra teisėta, E. K. taikyta priverčiamoji medicinos pobūdžio priemonė – stacionarinis stebėjimas bendro stebėjimo sąlygomis Rokiškio psichiatrijos ligoninėje pagrįstai pakeista į priverčiamąją medicinos pobūdžio priemonę – ambulatorinį stebėjimąpirminės psichikos sveikatos priežiūros sąlygomis, gydymas pratęstas.[159]

Taigi priverčiamoji medicinos priemonė gali būti pakeista, jeigu asmens, padariusio pavojingą veiką, psichikos sveikatos būklė pagerėja, sumažėja asmens pavojingumas ir agresyvumas sau bei aplinkiniams.

Ambulatorinis stebėjimas pirminės psichikos sveikatos priežiūros sąlygomis buvo įtvirtintas 2003 m. gegužės 1 dieną, kai įsigaliojo LR BK ir LR BPK. Ši priverčiamoji medicinos priemonė, kaip manoma yra pažangi asmenų, turinčių psichikos sutrikimų, teisių apsaugos garantija, todėl, jog ankščiau nebuvo tokios galimybės, kaip ambulatorinis stebėjimas, visi asmenys buvo priverstinai gydomi stacionare, kas sąlygodavo ne visuomet pagrįstą asmenų laisvės ribojimą, izoliaciją nuo visuomenės[160].

H.R. Lamb su bendraautoriais (1999) teigia, kad priverstinis ambulatorinis gydymas greitai pavojingo asmens nepavers nepavojingu. Jis nėra skirtas tiems asmenims, kurie įvykdo pavojingą veiką ir serga sunkia psichikos ligos stadija[161]. Baudžiamojo teisingumo sistema daro prielaidą, kad psichikos ligoniams, kurie padaro pavojingą veiką, ambulatorinis gydymas skiriamas tada, kai jo pavojingumo laipsnis sumažėjęs ir gali būti gydomas bei prižiūrimas bendruomenėje. Taigi ambulatorinio gydymo paskyrimo viena iš pagrindinių ir pirminių priežasčių- pavojingumo sau ir aplinkiniams sumažėjimas, psichinės būklės pagerėjimas, sumažėjusi grėsmė daryti pakartotinas pavojingas veikas.

Pirminės ambulatorinės psichikos sveikatos priežiūros paslaugos teikiamos psichikos sveikatos centruose (PSC), kurie turi licenciją, suteikiančią teisę teikti pirminės psichikos sveikatos priežiūros paslaugas[162]. Psichikos sveikatos priežiūros centras ambulatorinį stebėjimą pirminės psichikos sveikatos priežiūros sąlygomis gali taikyti tik gavus atitinkamą teismo nutartį. Ambulatorinio priverstinio gydymo ir stebėjimo psichikos sveikatos priežiūros ir

[159] Lietuvos Aukščiausiojo Teismo baudžiamoji byla Nr. 2K–172/2009

[160] Zajančkauskienė, J. Kai kurie priverčiamųjų medicinos priemonių taikymo procesiniai aspektai // Jurisprudencija. 2006, 10(88), P.82.

[161] Lamb, H.R., Weinberger, L.E., Bruce H., Gross, J.D. Community treatment of severely mentally III offenders under the jurisdiction of the criminal justice system : a review. //Psychiatric Services, 1999, 50 (7), P. 105.

[162] Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2012 m.rugsėjo 17d. įsakymasNr. V-861 „Dėl pirminės ambulatorinės psichikos sveikatos priežiūros paslaugų teikimo tvarkos aprašo patvirtinimo“ // Valstybės žinios. 2012, Nr. 110-5600.

psichosocialinės reabilitacijos paslaugas teikia psichikos sveikatos centrai pagal asmens nuolatinę gyvenamąją vietą[163].

PSC pagal kompetenciją turi užtikrinti psichikos sveikatos priežiūros paslaugų teikimą ir organizavimą. LR sveikatos apsaugos ministro įsakymo Nr. V-861 „Dėl pirminės ambulatorinės psichikos sveikatos priežiūros paslaugų teikimo tvarkos aprašo patvirtinimo“ 6.9. punkte nurodyta, jog „psichikos sveikatos centras vykdo, asmenų kuriems teismo sprendimu taikomos priverčiamosios medicinos priemonės, ambulatorinį stebėjimą, taip pat gali teikti išvadą teismui dėl priverčiamųjų medicinos priemonių taikymo pratęsimo, panaikinimo ar rūšies pakeitimo“[164]. PSC psichikos sveikatos priežiūros paslaugos teikiamos komandiniu principu, centre dirba gydytojas psichiatras, socialinis darbuotojas, psichikos sveikatos slaugytojas, medicinos psichologas. Taigi pacientams yra teikiamos paslaugos pagal kiekvieno specialisto kompetenciją: slaugos paslaugos, psichologinė diagnostika, konsultavimas padedant asmeniui spręsti socialines problemas, organizuojamos užimtumo terapijos[165].

Kai pacientas yra išrašomas iš ligoninės, teismo nutartimi pakeitus priverčiamąją medicinos priemonę – priverstinį gydymą stacionare į priverstinį gydymą ambulatoriškai, apie tai prieš 5 dienas informuojamas asmens gyvenamosios vietos PSC ir savivaldybės socialinės paramos skyrius. Likus 7 dienoms iki paciento išrašymo psichikos sveikatos centrui yra pateikiamas išsamus ligos istorijos išrašas kartu su socialinės istorijos išrašu, kuriame detaliai pateikiamas taikytų psichosocialinės reabilitacijos paslaugų aprašas ir rekomendacijos. Abiem institucijom yra pateikiama informacija apie būsimą paciento gyvenamąją vietą ir asmenis, su kuriais jis gyvens ir kurie juo rūpinsis[166]. Per 7 darbo dienas po atvykimo į nuolatinę gyvenamąją vietą pacientas privalo apsilankyti PSC, kur jį apžiūri gydytojas psichiatras, įvertina psichikos sveikatos būklę, supažindina su stebėjimo tvarka ir paskiria kito vizito datą[167].

Ambulatoriškai priverstinai stebimas pacientas, gydytojo psichiatro turi būti apžiūrimas ne rečiau kaip kas 28 kalendorines dienas, esant būtinybei apžiūros gali būti atliekamos ir dažniau, visa tai fiksuojant asmens sveikatos istorijoje[168].

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro ir Lietuvos Respublikos socialinės apsaugos ir darbo ministro įsakymo Nr. V-668/A1-243 40 punkte rašoma, kad ambulatorinio

[163] Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro ir Lietuvos Respublikos socialinės apsaugos ir darbo ministro 2008 m. liepos 10 d. įsakymas Nr. V-668/A1-243 „Dėl pacientų, teismo nutartimi pripažintų nepakaltinamais ir nukreiptų priverstinai gydytis, psichosocialinės reabilitacijos tvarkos aprašo patvirtinimo“// Valstybės žinios. 2008 Nr. 79-3162.

[164] Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2012 m. rugsėjo 17d. įsakymas Nr. V-861 „Dėl pirminės ambulatorinės psichikos sveikatos priežiūros paslaugų teikimo tvarkos aprašo patvirtinimo“ // Valstybės žinios. 2012, Nr. 110-5600.

[165] Ten pat.

[166] Ten pat

[167] Ten pat

[168] Ten pat

priverstinio stebėjimo tikslingumas peržiūrimas kas 6 mėnesiai. Jei paciento būklė stabili, jis nepažeidžia ambulatorinio priverstinio stebėjimo sąlygų, šios stebėjimo sąlygos gali būti nutrauktos. Mokslininkai M.S. Swartz ir J.W. Swanson (2004) teigia, jog ambulatorinis priverstinis stebėjimas yra efektyviausias kuomet taikomas 6 mėnesius[169]. Įdomu tai, jei pacientas nepažeidinėja stebėjimo sąlygų, bet matomas jo psichinės būklės blogėjimas, jis siunčiamas į stacionarinę psichiatrijos įstaigą bendra tvarka nekeičiant priverčiamosios medicinos priemonės pobūdžio, paliekama ambulatorinio priverstinio stebėjimo priemonė[170].

4.2.2. Priverstinis stacionarinis stebėjimas

Stacionarinis priverstinis psichikos ligonių, padariusių visuomenei pavojingą veiką, stebėjimas yra vykdomas trejomis skirtingomis stebėjimo sąlygomis : bendrojo, sustiprinto ir griežto stebėjimo sąlygomis. LR BK 98 straipsnio 3 dalyje nurodoma, kad stacionarinį stebėjimą bendro stebėjimo sąlygomis teismas taiko asmeniui, kurį dėl jo psichikos sutrikimo reikia stebėti ir gydyti stacionare[171]. LR BK 98 straipsnio 4 dalyje įtvirtinta nuostata, kad stacionarinį stebėjimą sustiprinto stebėjimo sąlygomis teismas taiko asmeniui, kurį dėl padarytos veikos pavojingumo ir jo psichikos sutrikimo reikia stebėti ir gydyti specializuotame stacionare[172]. Įstatymų leidėjas 98 straipsnio 4 dalyje įtvirtina nuostatą, jog norint taikyti sustiprinto stebėjimo sąlygas reikia atsižvelgti į padarytos veikos pavojingumo laipsnį, o ne vien tik į psichikos sutrikimą. Norint taikyti bendro stebėjimo sąlygas įstatymų leidėjas neįtvirtina nuostatos dėl veikos pavojingumo. Išanalizavus baudžiamųjų bylų archyvą pastebėta, jog stacionarinis stebėjimas bendro stebėjimo sąlygomis dažniausiai yra taikomas tiems asmenims, kurių veikos pavojingumo laipsnis apibūdinamas kaip nedidelio laipsnio, dažniausiai, tai nesmurtinio pobūdžio nusikalstamos veikos[173].

Stacionarinį stebėjimą griežto stebėjimo sąlygomis teismas taiko tuomet, kai asmuo, kėsinosi į žmogaus gyvybę ar sveikatą ir dėl psichikos sutrikimo yra ypač pavojingas ir turi būti stebimas bei gydomas specializuotame stacionare[174]. Taigi įstatymo leidėjas papildo sąlygų sąrašą nurodydamas, kuomet galima taikyti griežčiausią priverčiamąją medicinos priemonę – kai kėsinamasi į žmogaus gyvybę ar sveikatą. Konstitucinis teismas yra pasisakęs, jog„žmogaus

[169] Swartz, M.S., Swanson, J.W. Involuntary Outpatient Commitment, Community Treatment Orders, and Assisted Outpatient Treatment: What's in the Data? // The Canadian journal of Pychiatry. 2004,49, P. 585.
[170] Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro ir Lietuvos Respublikos socialinės apsaugos ir darbo ministro įsakymas „Dėl pacientų, teismo nutartimi pripažintų nepakaltinamais ir nukreiptų priverstinai gydytis, psichosocialinės reabilitacijos tvarkos aprašo patvirtinimo". 2008 m. liepos 10 d. Nr. V-668/A1-243.
[171] Lietuvos Respublikos baudžiamasis kodeksas // Valstybės žinios. 2000, Nr. 89-2741.
[172] Ten pat
[173] www.teismai.lt/statistika; prisijungimo laikas 2014 – 01- 03
[174] Lietuvos Respublikos baudžiamasis kodeksas // Valstybės žinios. 2000, Nr. 89-2741.

.

gyvybė ir jo orumas sudaro asmenybės vientisumą, žmogaus gyvybė ypatinga vertybė ir niekas negali jos atimti“[175]. Pateikiamas pavyzdys iš Lietuvos teismų praktikos, kuomet asmeniui buvo pritaikytas priverstinis gydymas griežto stebėjimo sąlygomis : *„R. M. tyčia sudavė ne mažiau kaip keturis smūgius mažametei mergaitei (kūdikiui), padarydamas daugybinius kaukolės skliauto ir pamato kaulų lūžius, kraujo išsiliejimą po kietuoju ir minkštaisiais galvos smegenų dangalais, galvos smegenų sumušimą, kraujo išsiliejimą į galvos smegenų skilvelius. Veika buvo kvalifikuojama pagal LR BK 129 straipsnio 2 dalies1 punktą [...]Ekspertinėje išvadoje buvo nurodyta, kad R. M. nusikaltimo darymo metu sirgo lėtine psichikos liga – paranoidine šizofrenija, dėl kurios negalėjo suvokti savo veiksmų pavojingumo ir negalėjo jų valdyti. Teismas pripažino šį asmenį nepakaltinamu ir priėmė nutartį taikyti stacionarinį stebėjimą griežto stebėjimo sąlygomis specializuotoje psichikos sveikatos priežiūros įstaigoje – Rokiškio psichiatrijos ligoninėje“*[176].

Apibendrinus galima pastebėti, jog teismas griežtesnes priverčiamąsias medicinos priemones taiko tais atvejais, kai asmens padaryta nusikalstama veika yra priskiriama sunkių nusikalstamų veikų grupei bei nustatomas didesnis asmens, padariusio pavojingą veiką, pavojingumo sau ir aplinkiniams laipsnis.

Lietuvos Aukščiausiasis Teismas yra pasisakęs, jog LR BK 98 straipsnio 1 dalyje išvardintos priemonės taikomos asmenims, kurie dėl psichikos ligos yra nepakaltinami ir darydami nusikalstamą veiką nesuvokė savo elgesio ir nesugebėjo jo valdyti. Tačiau šiame straipsnyje nenumatyta, už kokias padarytas pavojingas veikas teismas gali paskirti kurią nors iš BK 98 straipsnio 1 dalyje nurodytų PMP. Įstatyme numatytas PMP teismas parenka ir taiko atsižvelgdamas į baudžiamojo įstatymo nustatytus pagrindinius kriterijus, t. y. į psichikos sutrikimą ir jo sunkumą, padarytos pavojingos veikos pobūdį, pavojų, kurį asmuo gali kelti savo ar kitų asmenų sveikatai[177]. Šiuo metu Rusijoje, asmenims, kurie turi psichikos sutrikimų ir yra įvykdę pavojingas veikas, PMP skiriamos vadovaujantis Rusijos Federacijos baudžiamojo kodekso 21 ir 81 straipsniais, kuriuose numatyta, kad skiriant PMP turi būti atsižvelgiama į psichikos būklės sunkumo ir pavojingumo laipsnius[178].

J. Zajančkauskienė (2006) teigia, jog „parenkant priverčiamąją medicinos priemonę neturėtų būti atskirai vertinamas veikos pavojingumas, kuris įtakoja priemonės rūšies parinkimą,

[175] Lietuvos Respublikos Konstitucinio Teismo nutarimas „ Dėl Lietuvos Respublikos baudžiamojo kodekso 105 straipsnio sankcijoje numatytos mirties bausmės atitikimo Lietuvos Respublikos Konstitucijai“. 1998 m. gruodžio 9 d.

[176]Vilniaus apygardos teismo baudžiamoji byla Nr. 1-170-03.

[177] Lietuvos Aukščiausiojo Teismo 2005 m. lapkričio 22d. nutartis baudžiamojoje byloje Nr. 2K-793/2005

[178] Rusijos Federacijos Baudžiamasis kodeksas // str. 21,81

nes tada priemonė taptų bausme“. Autorė veikos pavojingumą siūlo traktuoti kaip sutrikusios psichikos asmens keliamą realią grėsmę padaryti žalos sau ar visuomenei rodantis faktas[179].

4.3.Priverčiamųjų medicinos priemonių taikymo, pratęsimo, rūšies pakeitimo ar panaikinimo teisniai pagrindai

Bendra tvarka pradėtas procesas dėl nusikalstamos veikos padarymo tampa priverčiamųjų medicinos priemonių taikymo procesu, kai ikiteisminio tyrimo metu ar nagrinėjant bylą teisme nustatoma, jog asmuo yra nepakaltinamas ar ribotai pakaltinamas, dėl ko jis negali suvokti savo veiksmų esmės ar jų valdyti[180]. Remiantis Lietuvos Respublikos generalinio prokuroro 2013 m. gegužės 13 d. įsakymo Nr. I-125 „Dėl priverčiamųjų medicinos priemonių taikymo proceso atliekant ikiteisminį tyrimą“ rekomendacijų 12 punkto nuostatomis teigiama, „norint iš bendros tvarkos pradėto ikiteisminio proceso pereiti į priverčiamųjų medicinos priemonių taikymo procesą turi būti gautas teismo psichiatrinės ekspertizės aktas, kuriame nurodyta, jog asmuo baudžiamojo įstatymo uždraustos veikos metu negalėjo suvokti savo atliekamų veiksmų esmės ir jų valdyti, asmens psichika sutriko po nusikalstamos veikos padarymo, asmens psichika yra sutrikusi teismo psichiatrinės ekspertizės atlikimo metu ir nėra galimybės nustatyti, ar ji buvo sutrikusi veikos padarymo metu ar po jos padarymo“[181].LAT, kaip teismų praktikos vienodinimo institucija, dėl PMP taikymo, sąlygų nustatymo, išaiškino, jog „priverčiamosios medicinos priemonės gali būti teismo taikomos tik baudžiamojo įstatymo numatytą ir uždraustą veiką padariusiems asmenims, kartu teismas turi konstatuoti, kad nusikalstamą veiką padaręs asmuo yra nepakaltinamas, arba ribotai pakaltinamas, arba asmuo, kuriam po nusikalstamos veikos padarymo sutriko psichika ir dėl to jis nebegali suvokti savo veiksmų esmės ar jų valdyti“[182].

„Priverčiamųjų medicinos priemonių taikymo procesas skiriasi nuo įprastinių baudžiamojo proceso formų. Procese, kai sprendžiama dėl PMP taikymo, palyginti su įprastiniu, nėra įtariamojo, kaltinamojo, o tėra asmuo, kurio atžvilgiu vykdomas priverčiamųjų medicinos priemonių taikymo procesas“[183]. PMP taikymas neužtraukia teistumo ir kitų padarinių, nes nepakaltinamu dėl kokios nors pavojingos veikos pripažintas asmuo laikomas nekaltu[184].

---

[179] Zajančkauskienė, J. Kai kurių priverčiamųjų medicinos priemonių taikymo procesiniai aspektai // Jurisprudencija.2006. 10(88), P. 80.
[180] Lietuvos respublikos baudžiamojo proceso kodeksas // Valstybės žinios. 2002, Nr. 37-1341
[181] Lietuvos Respublikos generalinio prokuroro 2013 m. gegužės 13 d. įsakymas Nr. I-125 „Rekomendacijos dėl priverčiamųjų medicinos priemonių taikymo proceso atliekant ikiteisminį tyrimą“// Valstybės žinios. 2013, Nr. 51-2587.
[182]Lietuvos Aukščiausiojo Teismo nutartis priimta 2005 m. gruodžio 20 d.// Baudžiamoji byla Nr. 2K-569/2005
[183]Zajančkauskienė, J. Kai kurių priverčiamųjų medicinos priemonių taikymo procesiniai aspektai // Jurisprudencija. 2006. 10(88), P. 82.
[184] Radavičius, L.E. Teisės psichiatrija: istorija ir dabartis. 2004. P. 114.

Teismas taikydamas PMP nenustato jos taikymo trukmės. Lietuvos teisės aktuose bei tarptautiniuose dokumentuose nurodyta, kad PMP taikomos tol, kol pacientas pasveiksta, pagerėja jo psichikos būklė, išnyksta jo pavojingumas. Ne visose Europos Sąjungos valstybėse narėse sutinkami tokio pat pobūdžio teisės aktai. Kai kurių valstybių narių teisės doktrinoje formuluojamos skirtingos nuostatos dėl PMP taikymo laiko. Kaip aptarėme anksčiau Lietuvos teisės doktrinoje nėra suformuluotos nuostatos dėl konkretaus priverčiamosios medicinos priemonės taikymo laiko. PMP taikoma tol, kol asmuo pasveiksta, pagerėja jo psichikos būklė bei išnyksta pavojingumas. Kitokia tendencija stebima Italijoje, šioje šalyje taikant priverčiamąją medicinos priemonę, teismas nustato priemonės taikymo laiką, kuris priklauso ne tik nuo asmens pavojingumo, psichinės būklės, bet ir nuo nusikalstamos veikos sunkumo. Italijos baudžiamojo proceso kodekse numatyta, jei asmuo padarė įstatymo uždraustą veiką, už kurią numatyta bausmė, laisvės atėmimas iki gyvos galvos, tai tokio asmens priverstinio gydymo psichiatrijos ligoninėje minimalus trukmės laikas 10 metų, kai bausmė ne mažesnė kaip 10 metų priverstinis gydymas taikomas 5 metus, visais kitais atvejais skiriamas 2 metų priverstinis gydymas psichiatrinėje ligoninėje[185].

Suomijos mokslininkai atlikę tyrimus nustatė, jog asmenys, padarę visuomenei pavojingą veiką, Suomijos valstybinėse psichiatrinėse ligoninėse *„Vanha Vaasa“* ir *„Vaasa Niuvanniemi“* yra gydomi vidutiniškai 5 metus[186]. Ispanijoje nepakaltinamiems asmenims taikomas gydymas priklausomai nuo psichikos sutrikimo pobūdžio, tačiau psichiatrijos ligoninėje buvimo laikas, negali būti ilgesnis, nei numatytas bausmės laikas už nusikalstamos veikos padarymo laiką. Jeigu asmuo įvykdė pavojingą veiką, už kurią baudžiamajame kodekse nėra numatyta laisvės atėmimo bausmės, tai šiam asmeniui skirimas priverstinis ambulatorinis stebėjimas[187].

Lietuvoje, teismas ne rečiau kaip kartą per šešis mėnesius pagal sveikatos priežiūros įstaigos išvadą, privalo spręsti klausimą dėl PMP taikymo pratęsimo, rūšies pakeitimo ar jų taikymo panaikinimo.[188] Apie paciento psichikos būklę ir gydymą sprendžia gydytojai psichiatrai, teismo psichiatrinės ekspertizės ekspertai. Teisėjas neturi specialiųjų psichiatrijos mokslo žinių ir negali kompetentingai nuspręsti, kada paciento psichinė būklė pagerės, ar per kiek laiko pacientas gali pasveikti ir kiek laiko skirti priverčiamosios medicinos priemonės taikymą.

[185] Italijos baudžiamojo proceso kodekso 222 straipsnis
[186] Putkonen, H., Völlm, B. Compulsory pshychiatric detention and treatment in Finland // The journal of psychiatric bulletin.2007, 31, P.103.
[187] Salize H.J., Dressing H., Peitz M. Compulsory Admission and Involuntary Treatment of Mentally Ill Patients – Legislation and Practice in European Union Member States // European Commission Health & Consumer Protection Directorate. 2002, 15(6), P.18.
[188]Lietuvos Respublikos Baudžiamasis kodeksas // Valstybės žinios. 2000. Nr.89-2741

EŽTT nėra tiksliai suformulavęs nuostatos, kaip dažnai asmenys, turintys psichikos sutrikimų gali naudotis teise į periodiškas peržiūras. Byloje *Herczegfalvy prieš Austriją* EŽTT nustatė tris galimus intervalus: pirmąjį– penkiolikos mėnesių, antrąjį – dvejų metų ir trečiąjį– devynių mėnesių. Teismas nusprendė, kad pirmieji du intervalai negali būti laikomi pagrįstais, tačiau neturėjo pastabų dėl trečiojo devynių mėnesių intervalo[189]. Tikėtina, kad labiausiai priimtini terminai turėtų būti ne ilgesni nei metų trukmės.

1991 m. gruodžio 17 dieną Jungtinių Tautų Generalinės Asamblėjos rezoliucijoje 46/119 buvo įtvirtinti „Psichikos sutrikimų turinčių asmenų apsaugos ir psichikos sveikatos priežiūros sistemos tobulinimo principai“, kurių nuostatos teigia, jog ne rečiau kaip kartą per šešis mėnesius teismas privalo spręsti dėl PMP taikymo pratęsimo, rūšies pakeitimo ar panaikinimo[190]. LR BPK 405 straipsnio 2 dalyje įtvirtinta nuostata, kad teismas ne rečiau, kaip kartą per šešis mėnesius privalo spręsti klausimą dėl PMP, kuri buvo taikyta konkrečiam asmeniui pratęsimo, rūšies pakeitimo ar panaikinimo. LR Psichikos sveikatos priežiūros įstatymo 37 straipsnyje įtvirtina nuostata, jog praėjus 6 mėnesiams, o jeigu reikia, ir ankščiau, teismas pagal psichiatrijos įstaigos išvadą, psichiatrijos įstaigos teikimu, turi apsvarstyti ar gydymą pratęsti, bet kiekvieną kartą ne daugiau kaip 6mėnesiams arba gydymą nutraukti[191]. Suomijos psichikos sveikatos priežiūros įstatyme taip pat įtvirtinta nuostata, jog PMP turi būti peržiūrimos kas 6 mėnesiai[192]. Išnagrinėjus archyvines baudžiamąsias bylas dėl priverčiamųjų medicinos priemonių taikymo, galima patvirtinti, tai kas išdėstyta Lietuvos teisės aktuose, Tarptautinių dokumentų nuostatose, jog yra laikomasi teismo peržiūrų periodiškumo.

Remiantis LR BPK 405 straipsnio 3 dalimi, teismas išnagrinėjęs sveikatos priežiūros įstaigos pateiktą išvadą dėl asmens tolimesnio gydymo, gali priimti vieną iš nutarčių : pratęsti ankstesniąją priverčiamąją medicinos priemonę, nes paciento būklė nepakito, pakeisti priverčiamosios medicinos priemonės rūšį, jei asmens psichinė būklė pakito bei panaikinti taikytą priverčiamąją medicinos priemonę, jei pacientas pasveiko ir nebėra indikacijų priverčiamajam gydymui[193]. Mokslinėje medicininėje literatūroje sutinkama priešingų nuomonių dėl visiško psichikos ligonio pasveikimo. Vieni autoriai teigia, kad nuo psichikos ligos neįmanoma visiškai pasveikti, galimas ligos remisijos laikotarpis, kuomet sumažėja ligos simptomai, pagerėja būklė, dėl ko gali mažėti ir asmens pavojingumo laipsnis. Profesorius G.V. Nazarenko (2003) teigia, kad „psichikos liga sergančio asmens pavojingumo laipsnis gali mažėti

[189]Herczegfalvy v Austria// Nr. 10533/83 – §75
[190]http://www.un.org/; prisijungimo laikas 2013-10-10.
[191] Lietuvos Respublikos psichikos sveikatos priežiūros įstatymas. 1995m.birželio 6d. Nr. I-924. Žin., 1995, Nr. 53-129
[192] Putkonen, H., Völlm, B. Compulsory pshychiatric detention and treatment in Finland // The journal of psychiatric bulletin. 2007, 31, P. 101-103.
[193] Lietuvos Respublikos Baudžiamasis kodeksas // Valstybės žinios. 2000. Nr.89-2741

ne tik dėl psichinės būklės pagerėjimo, bet ir dėl ligos pablogėjimo ar kitų somatinių ligų atsiradimo, kas gali sąlygoti asmens psichinį ir fizinį pajėgumą“[194]. Lietuvos mokslininkai yra tos pačios nuomonės teigdami, jog „dėl psichikos būklės pablogėjimo asmuo gali prarasti gebėjimą valingai mąstyti, todėl tikslinga būtų tokiam asmeniui nutraukti PMP taikymą ir rūpintis jo tolesniu gydymu“[195].

Nagrinėjant Lietuvos teismų bylų nutartis dėl PMP taikymo, pastebėta, jog yra praktikoje tokių atvejų, kai dėl sunkios somatinės ligos, paciento pavojingumas visuomenei sumažėjo, ko pasėkoje buvo pakeista PMP rūšis, nors asmuo buvo įvykdęs sunkų nusikaltimą: *„Nusikalstamas veikas pagal LR BK 129 strp.2d.1p., 245 strp.1d., 253 strp.1d. įvykdžiusiam piliečiui R.L. Vilniaus apygardos teismo nutartimi 2005-06-13 buvo taikytos priverčiamosios medicinos priemonės – stacionarinis stebėjimas griežto stebėjimo sąlygomis. Po 6 mėnesių teismo nutartimi R.L. buvo pakeista priverčiamosios medicinos priemonės rūšis iš stacionarinio stebėjimo griežto stebėjimo sąlygomis pakeista į sustiprinto stebėjimo sąlygas dar po 6 mėnesių – į bendro stebėjimo sąlygas. Praėjus dar 6 mėnesiams Rokiškio apylinkės teismas gavęs sveikatos priežiūros įstaigos išvadas sprendė kokią priemonę toliau taikyti R.L. Sveikatos priežiūros įstaigos išvadoje nurodyta, kad R.L. palikti stacionarinį stebėjimą bendro stebėjimo sąlygomis, nors paciento psichinė būklė gerėja, agresijos nėra, būklė stabili. Tačiau teismas šį kartą atmetė gydymo įstaigos siūlomą teikimą, motyvuodamas tuo, kad nors R.L. padaryta veika yra labai sunki, nes gyvybė atimta dviem asmenim, tačiau pavojingumas yra sumažėjęs, serga 4 stadijos onkologine liga, todėl stacionarinį stebėjimą bendro stebėjimo sąlygomis keičia į priverstinį ambulatorinį stebėjimą“*[196].

Kaip ir buvo minėta anksčiau, teismas priima nutartis dėl PMP taikymo, pratęsimo, rūšies pakeitimo ar jos panaikinimo. Toks asmuo, kuriam teismas panaikino šių priemonių taikymą gali būti perduodamas giminaičių ar kitų asmenų globai ar rūpybai, taip pat gali būti nustatomas medicininis stebėjimas[197].

Jei pacientas yra išrašomas iš ligoninės teismo nutartimi pakeitus priverčiamąją medicinos priemonę – priverstinį gydymą stacionare į priverstinį gydymą ambulatoriškai, apie tai prieš 5 dienas informuojamas asmens gyvenamosios vietos psichikos sveikatos centras ir savivaldybės socialinės paramos skyrius. Likus 7 dienoms iki paciento išrašymo PSC yra pateikiamas išsamus ligos istorijos išrašas kartu su socialinės istorijos išrašu, kuriame detaliai pateikiamas taikytų psichosocialinės reabilitacijos paslaugų aprašas ir rekomendacijos. Atvykus pacientui į nuolatinę gyvenamąją vietą per 5 darbo dienas pacientą turi aplankyti psichikos

[194]НАЗАРЕНКО, Г.В. Принудительные меры медицинского характера. Москва: Дело, 2003. С. 93.
[195] Zajančkauskienė, J. Kai kurių priverčiamųjų medicinos priemonių taikymo procesiniai aspektai// Jurisprudencija.2006.10(88), P.85. .
[196] Rokiškio rajono apylinkės teismobaudžiamoji byla Nr. T-336-128/2007.
[197] Lietuvos Respublikos Baudžiamasis kodeksas // Valstybės žinios. 2000. Nr.89-2741

sveikatos centro ir socialinės paramos skyriaus darbuotojai. Institucijų atstovai informuoja pacientą apie stebėjimo tvarką, lankymosi psichikos sveikatos centre būtinybę ir sąlygas bei galimo grąžinimo priverstinai gydytis stacionare tvarką[198].

Teismas visiškai panaikina PMP taikymą tuo atveju, kai būklė pagerėja ir asmuo tampa nebepavojingas aplinkiniams. Psichiatrai teigia, jog visiško pasveikimo kaip ir nėra, tai gali būti apibūdinama kaip „pseudopasveikimas“. Dažniausiai PMP taikymo panaikinimas susijęs ne su visišku asmens pasveikimu, o su tuo, jog tokia asmens psichikos būklė nesukels galimybės kelti pavojų sau ir aplinkiniams. „Įstatyme įtvirtinta pasveikimo ar psichikos sveikatos būklės pagerėjimo sąvoka nėra būtina sąlyga panaikinti PMP taikymą, užtenka konstatuoti psichikos būklės pokyčius, kurie panaikina galimą asmens vidinę ar išorinę agresiją“[199].

Taigi įstatyme įtvirtinta teismo prerogatyva dėl priverčiamųjų medicinos priemonių pratęsimo, pakeitimo ar panaikinimo, kas užtikrina asmenų, turinčių psichikos sutrikimų teises, nes priimti sprendimai gali būti apskųsti teismine tvarka. LAT 2005 m. gruodžio 6 d. nutartyje baudžiamojoje byloje Nr. 2K-618/2005 konstatavo, jog kasacinės instancijos teismui nesuteikta teisė spręsti priverčiamųjų medicinos priemonių pratęsimo, rūšies keitimo ar panaikinimo klausimų[200].

4.4.Europos Žmogaus Teisių Teismo praktika bylose dėl priverčiamųjų medicinos priemonių taikymo ir priverstinio hospitalizavimo

Europos žmogaus teisių ir pagrindinių laisvių konvencijos 5 straipsnio 1 dalyje reglamentuota, jog kiekvienas asmuo turi teisę į laisvę ir saugumą. Laisvė niekam negali būti atimama, kaip įstatymo nustatyta tvarka. Konvencijos 5 straipsnio 1 dalies e punkte įtvirtina nuostata, jog laisvė gali būti atimama, kai teisėtai sulaikomi psichiškai nesveiki asmenys[201]. EŽTT byloje *Winterwerp v. The Nedherlans* pasisakė, jog psichiškai nesveiku asmeniu negali būti laikomas ir priverstinai hospitalizuojamas tas asmuo, kurio požiūris ar elgesys nukrypsta nuo tam tikrų visuomenėje vyraujančių normų[202]. Šioje byloje Teismas pirmą kartą nustatė tris teisėtumo sąlygas pagal Konvenciją, kurias turi atitikti laisvės atėmimas psichiškai nesveikiems asmenims:

1. Psichinė liga visada turi būti patvirtina medicininiais įrodymais

[198] Lietuvos Respublikos sveikatos pasaugos ministro ir Lietuvos Respublikos socialinės apsaugos ir darbo ministro 2008 m. liepos 10 d. įsakymas Nr. V-668/A1-243 „Dėl pacientų, teismo nutartimi pripažintų nepakaltinamais ir nukreiptų priverstinai gydytis, psichosocialinės reabilitacijos tvarkos aprašo patvirtinimo“// Valstybės žinios. 2008 Nr. 79-3162.
[199] Zajančkauskienė, J. Kai kurių priverčiamųjų medicinos priemonių taikymo procesiniai aspektai // Jurisprudencija. 2006. 10(88), P.83.
[200] Lietuvos Aukščiausiojo teismo 2005 m. gruodžio 6 d. nutartis baudžiamojoje byloje Nr. 2K-618/2005
[201] Europos žmogaus teisių ir pagrindinių laisvių apsaugos konvencija// Valstybės žinios. 1995, Nr. 40-987.
[202] Winterwerp v.The Nedherlands // Nr. 6301/73 – §37

2. Laisvės atėmimą turi pateisinti ligos sunkumas ir pasireiškimas
3. Laisvės atėmimo teisėtumo klausimas turi būti periodiškai peržiūrimas, kad būtų nustatyta, ar asmens laisvės suvaržymas yra vis dar būtinas [203].

Byloje *Gajcsi v. Hungary* EŽTT konstatavo Konvencijos 5 straipsnio 1 dalies pažeidimą, kuomet buvo nustatyta, jog pareiškėjo psichinė negalia buvo patvirtinta medicininiais įrodymais, laisvės atėmimo klausimas buvo nuolat peržiūrimas, tačiau vien dėl to, kad vidaus teismų sprendimuose nebuvo tinkamai vertinamas pavojingas pareiškėjo elgesys, trūko motyvų, analizės, kaip to reikalavo Vengrijos teisės aktai, todėl konstatuojamas Konvencijos pažeidimas, nes laisvės atėmimas nebuvo „numatytas įstatymo“ kaip to reikalaujama pagal Konvencijos 5 straipsnio 1 dalį[204].

4.4.1. Liuiza prieš Lietuvą

2012 m. liepos 31 d. EŽTT paskelbė sprendimą byloje *Liuiza prieš Lietuvą* (Nr.13472/06). Pareiškėjas teigė, kad buvo pažeista Konvencijos 5 straipsnio (teisė į laisvę ir saugumą) 1 dalis dėl neteisėto sulaikymo ir patalpinimo į psichiatrijos įstaigą ir Konvencijos 6 straipsnis (teisė į teisingą bylos nagrinėjimą). 2006 m. kovo 23 dieną pareiškėjas Liuiza kreipėsi į EŽTT skųsdamasis, kad buvo neteisėtai sulaikytas ir vėliau neteisėtai laikomas Rokiškio psichiatrijos ligoninėje, be to, pareiškėjo teigimu, Lietuvos teismai savavališkai pakeitė jo stebėjimo sąlygas psichiatrijos ligoninėje (bendro stebėjimo sąlygas pakeitė į sustiprinto stebėjimo sąlygas). Pareiškėjas skundėsi, jog buvo pažeista jo teisė į teisingą bylos nagrinėjimą, nes pirmosios apklausos metu jam nebuvo suteikta teisinė pagalba, taip pat skundėsi, jog jam nebuvo tinkamai pranešta kokiu pagrindu yra sulaikomas ir kuo kaltinamas.

Pareiškėjas gimė 1981 metais Rokiškyje, ilgus metus sirgo šizofrenija. 1998 metais Kaune įvykdė 6 būtų apiplėšimus. Pareigūnų buvo sulaikytas ir teismo nutartimi nustatyta taikyti priverčiamąją medicinos priemonę – priverstinį gydymą Rokiškio psichiatrinėje ligoninėje bendrojo stebėjimo sąlygomis. 2004 metų balandį pareiškėjas pakartotinai įvykdė nusikalstamą veiką – apiplėšė žmonių grupę. Teismas priėmė nutartį, taikyti PMP – priverstinį gydymą bendro stebėjimo sąlygomis. 2004 metų gegužę pacientas pabėgo iš psichiatrinės ligoninės. Pabėgęs vėl įvykdė vagystę. 2004 metų birželį buvo sulaikytas policijos. Policijai pareiškėjas prisistatė netikru vardu ir pavarde - Linas Jatkonis. 2004 spalio mėnesį Jonavos rajono apylinkės teismas paskyrė priverčiamąją medicinos priemonę – stacionarinį psichiatrinį gydymą griežto stebėjimo sąlygomis[205].

Pareiškėjas teigia, jog stacionarinis stebėjimas griežto stebėjimo sąlygomis yra per

[203] Winterwerp v.The Nedherlans // Nr. 6301/73 – §39 ir §76
[204] Gajcsi v. Hungary //Nr.41242/08 - § 44
[205] Liuiza v Lithuania // Nr. 13472/06 - §19, §16

griežtas teismo sprendimas, nes jo padarytas nusikaltimas nepriskiriamas prie sunkių nusikaltimų. EŽTT pažymėjo, kad pareiškėjas kaltinamas *inter alia* disponavimu šaunamuoju ginklu ir nurodė, jog nėra jokių įrodymų, kodėl negalėtų būti taikomas stacionarinis stebėjimas griežto stebėjimo sąlygomis[206].

Asmens sulaikymas yra rimta priemonė ir ji pateisinama tais atvejais, kai kitos, mažiau griežtos priemonės buvo taikytos ir nustatyta, jog to nepakanka siekiant apsaugoti asmens ir visuomenės interesus. Taigi psichiškai nesveikų asmenų sulaikymas gali būti reikalingas ne tik tada, kai asmeniui reikalinga psichofarmakoterapija siekiant pacientą išgydyti ar pagerinti jo psichinę būklę, bet ir tada, kai asmuo turi būti kontroliuojamas ir prižiūrimas siekiant pavojingų veikų pakartotinio padarymo[207]. Iš bylos faktinių aplinkybių matyti, kad pareiškėjas Liuiza buvo ne kartą gydytas psichiatrinėje ligoninėje, o pasibaigus gydymui ir išleidus į namus pakartotinai darydavo nusikalstamas veikas.

Spręsdamas pareiškėjo skundus, kad jis buvo neteisėtai laikomas psichiatrijos įstaigoje (gydymas buvo skirtas vietoje laisvės atėmimo bausmės) ir kad Lietuvos teismai savavališkai pakeitė jam skirtas bendrojo stebėjimo sąlygas į griežtesnes, EŽTT atsižvelgė į tai, kad pareiškėjo laikymas psichiatrijos įstaigoje buvo pagrįstas įstatymu (BPK 141 str.), ekspertų ataskaitos Nr.354 išvadomis bei ekspertų rekomendacijomis teisme[208].

2005 metų liepos 20 dieną Jonavos rajono apylinkės teismas gavo raštišką atsakymą iš Rokiškio psichiatrijos ligoninės dėl pareiškėjo L. psichinės būklės. Gydytojai rekomenduoja stacionarinį stebėjimą griežto stebėjimo sąlygomis, nes pacientas kelia grėsmę kitiems, stokoja kritinio mąstymo. Ekspertai nurodė, jog pacientas turi elgesio problemų, yra egocentriškas, laiko save teisiu kiekvienoje situacijoje, yra piktas, susijaudinęs, terorizuoja kitus pacientus. 2005 m. balandžio 12 dieną užpuolė slaugytoją, paciento elgesys yra nenuspėjamas ir nestabilus, nuolat grasina peiliu, jog nužudys kitus ir save[209].

Teismas taip pat pažymėjo, jog asmenims laisvė negali būti atimama vien dėl to, kad yra psichiškai nesveiki. Turi būti įvykdyti trys reikalavimai : „diagnozuota psichikos liga ir patvirtina specialistų, psichikos sutrikimas turi būti tam tikro pobūdžio ir laipsnio, ir trečia sąlyga, jog gydymo pratęsimas ar panaikinimas turi būti nuolat peržiūrimas“[210].

Pažymima, kad pagal Lietuvos teisės normas priverčiamųjų medicinos priemonių taikymas ir jų tinkamumas turi būti peržiūrimas kas 6 mėnesius. EŽTT remdamasis įvykių nuoseklumu konstatuoja, kad pareiškėjo psichikos sveikatos būklė buvo nuolat peržiūrima, buvo remiamasi naujomis ekspertizės ataskaitomis, kurių išvadose buvo nurodyta, jog pareiškėjo

[206] Liuiza v Lithuania // Nr. 13472/06 – § 69
[207] Hutchison Reid v. the United Kingdom // Nr. 50272/99 – § 52
[208] Liuiza v Lithuania // Nr. 13472/06 – § 58
[209] Liuiza v Lithuania // Nr. 13472/06 – § 60
[210] Liuiza v Lithuania // Nr. 13472/06 – § 67

būklė negerėjo[211].

Atsižvelgiant į bylos aplinkybes teismas konstatuoja, jog Konvencijos 5 straipsnio 1 dalies ir Konvencijos 6 straipsnio pažeidimų nenustatyta[212].

Taigi išanalizavus psichikos ligonių, padariusių visuomenei pavojingą veiką nepakaltinamumo nustatymą, jo teisinį reguliavimą bei tolesnį šių asmenų dalyvavimą baudžiamajame procese, išsiaiškinta, jog šie asmenys yra atleidžiami nuo baudžiamosios atsakomybės, teismo nutartimi skiriamos priverčiamosios medicinos priemonės, kurios skirstomos dar į smulkesnes kategorijas. Teismo nutartimi paskyrus priverčiamąją medicinos priemonę asmuo yra priverstinai hospitalizuojamas į specializuotą psichiatrijos ligoninę Rokiškyje (arba taikomas priverstinis ambulatorinis stebėjimas). Priverstinio hospitalizavimo metu taikant stacionarinį stebėjimą bendro, griežto, sustiprino stebėjimo sąlygomis ar priverstinio ambulatorinio stebėjimo metu yra numatytas gydymo procesas, todėl kitame darbo poskyryje bus analizuojamas psichikos ligonių, padariusių visuomenei pavojingą veiką gydymo proceso, gydymo metodų bei prievartos priemonių taikymo teisinis reguliavimas.

4.5.Prievartos priemonių taikymo reguliavimo ypatumai

Priverstinio hospitalizavimo metu taikant stacionarinį stebėjimą bendro, griežto, sustiprino stebėjimo sąlygomis ar priverstinio ambulatorinio stebėjimo metu yra numatytas gydymo procesas. Priverčiamosios medicinos priemonės yra gydymo bei valstybės prievartos derinys. LR BK 98 str. 2, 3, 4, 5 dalyse vardijant sąlygas kuomet taikomos skirtingos PMP yra pabrėžiama, jog jos taikomos tada, kai reikia stebėti ir gydyti. Asmeniui, padariusiam visuomenei pavojingą veiką ir teismo pripažintam nepakaltinamu, PMP nebetaikomos tuomet, kai asmuo pasveiksta. Taigi kaip matome vienas iš pagrindinių PMP taikymo proceso aspektų yra gydymas.

Šiuo metu diskutuojama ar prievarta hospitalizuotą pacientą galima gydyti prievarta be atskiro sutikimo? Europos komiteto prieš kankinimą ir kitokį žiaurų, nežmonišką ar žeminantį elgesį ir baudimą standartuose teigiama, kad „priverstinis asmens paguldymas į psichiatrijos įstaigą neturėtų suteikti teisės gydyti pacientą be jo sutikimo“[213].Jungtinės Tautos 2003 metų parnešime pažymėjo, jog priverstinis hospitalizavimas ir gydymas turėtų būti atskirti, tačiau PSO abejoja šių procesų atskyrimo galimybe, nes tai reikštų, jog gydymas galėtų būti nesuteikiamas

[211] Liuiza v Lithuania// Nr. 13472/06 – § 34 ir § 39
[212] Liuiza v Lithuania // Nr. 13472/06 – § 61
[213]http://www.cpt.coe.int/lang/ltu/ltu-standards.pdf; prisijungimo laikas 2013-10-10.

arba pradedamas tada, kai jau per vėlu[214]. Tokią praktiką, kuomet priverstinai hospitalizuotas pacientas be atskiro sprendimo negali būti gydomas prievarta reglamentuoja Anglijos, Bulgarijos, Danijos, Olandijos, Švedijos, Vokietijos psichikos sveikatos priežiūros įstatymai, kitokia praktika, kuomet priverstinai hospitalizuotam pacientui iš karto taikomas priverstinis gydymas yra Graikijoje, Italijoje, Ispanijoje, Suomijoje, Lenkijoje[215].

Lietuvoje remiantis priverstinio hospitalizavimo tvarką reguliuojančių teisės aktų nuostatomis, priverstinis hospitalizavimas nėra atskirtas nuo priverstinio gydymo, tad prievarta hospitalizuotiems pacientams priverstinis gydymas taikomas iš karto[216]. LR psichikos sveikatos priežiūros įstatymo 38 straipsnis numato, jog psichikos ligoniams, padariusiems visuomenei pavojingą veiką, galioja šio įstatymo reikalavimai, išskyrus teisę pasirinkti sveikatos priežiūros sąlygas ir psichiatrijos įstaigą. Šiems pacientam turi būti užtikrintos sąlygos ir teisės į priimtiną, kokybišką ir tinkamą psichikos sveikatos priežiūrą. Gydymo procese turi būti naudojami tik tokie gydymo metodai, kurie yra aprobuoti Lietuvos Respublikos teisės aktų nustatyta tvarka[217].

Lietuvos teisės aktuose yra išskiriamas aktyvus ir palaikomasis (priešrecidyvinis, profilaktinis) psichiatrinis gydymas. Aktyviu gydymu laikomas kompleksinis ir intensyvus gydymas stacionare, dienos stacionare arba ambulatoriškai, kai derinami tarpusavyje įvairūs psichikos sutrikimų gydymo metodai: psichofarmakoterapija, psichoterapija ir kt. Palaikomojo gydymo metu taip pat derinami įvairūs gydymo metodai[218]. Tarptautiniuose ir nacionaliniuose dokumentuose nurodyta, jog psichikos pacientų sveikatos priežiūros sąlygos ir gydymo metodai hospitalizavimo metu neturi būti blogesni už tų, kurie serga kitomis ligomis[219].

Teikiant sveikatos priežiūros paslaugas psichiatrijoje yra naudojamos kitoms medicinos sritims nebūdingos prievartinės gydymo priemonės*(fizinės suvaržymo priemonės, elektros traukulių terapija, prievartinis vaistų skyrimas, paciento izoliavimas atskiroje patalpoje ir kt.,)*kuo psichiatrija ir išsiskiria iš kitų medicinos sričių ir tai turėtų lemti išskirtinį įstatymų leidėjo dėmesį šia sritimi, nes naudojami metodai tam tikra apimtimi riboja žmogaus teises ir laisves. Pasaulio medicinos asociacija yra pažymėjusi, jog kiekviena psichikos sveikatos

[214]Knapp M, McDaid D, Mossialos E, Thornicroft G. Mental health policy and practice across Europe // Open University Press, 2007. P. 452 .

[215]Kallert TW, Rymaszewska J, Torres-Gonzales F. Differences of legal regulations concerning involuntary psychiatric hospitalization in twelve European countiries: implications for clinical practice // International Journal of Forensic Mental Health. 2007, 6(2) P. 199.

[216]Lietuvos Respublikos psichikos sveikatos priežiūros įstatymas // Valstybės žinios. 1995, Nr. 53–1290.

[217] Ten pat

[218] Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 1999 m. gegužės 27d. įsakymas Nr. 256 „Dėl pirminio, antrinio ir tretinio lygių psichiatrijos ir psichoterapijos paslaugų teikimo suaugusiems reikalavimų bei bazinių kainų tvirtinimo“// Valstybės žinios. 1997, Nr. 61-1441

[219]Lietuvos Respublikos psichikos sveikatos priežiūros įstatymas //Valstybės žinios. 1995, Nr. 53–1290.

priežiūros paslaugas teikianti įstaiga turi turėti prievartos priemonių taikymo politiką, kuri būtų pagrįsta atitinkamais dokumentais[220].

Pasaulio psichiatrijos asociacija, Madrido deklaracijoje pabrėžė, kad „psichiatrai turėtų skirti mažiausiai paciento laisvę ribojančias terapines priemones“[221]. 2006 metų Europos Parlamento rezoliucijoje dėl gyventojų psichikos sveikatos gerinimo 33 punkte pažymima, jog jėgos naudojimas, priverstinis gydymas vaistais duoda priešingus rezultatus, todėl šių priemonių naudojimas turėtų būti laikinas ir nuolat persvarstomas[222]. Medicinos mokslų literatūroje teigiama, jog prievartos priemonių taikymas psichiatrijoje yra būtinas dėl psichikos sutrikimų turinčio asmens elgesio sau ir aplinkiniams galimų pasekmių. Europos Tarybos Ministrų Komitetas savo priimtose rekomendacijose dėl priverstinai hospitalizuotų psichikos ligomis sergančių asmenų teisinės apsaugos numatė tokią nuostatą, jog paciento laisvė gali būti ribojama tik tomis priemonėmis, kurios yra būtinos dėl jo sveikatos būklės ir sėkmingo gydymo[223].

LR psichikos sveikatos priežiūros įstatymo 13 straipsnyje nurodoma, jog „pacientų sveikatos priežiūros sąlygas nustato psichiatras, atsižvelgdamas į tai, kad gydymo ir slaugos sąlygos mažiausiai varžytų. Pacientų veiksmai gali būti ribojami, jei pacientas kelia grėsmę sau ir aplinkinių sveikatai ar gyvybei. Taikyti apribojimai ar kiti suvaržymai turi būti nedelsiant įrašyti į paciento ligos istoriją“[224].

Jungtinių Tautų Generalinės Asamblėjos rezoliucijoje „Principų dėl asmenų, sergančių psichikos ligomis, apsaugos ir psichikos sveikatos priežiūros gerinimo“ įtvirtinta, jog „pacientų fizinis suvaržymas arba jų izoliavimas gali būti naudojamas tik laikantis psichikos sveikatos priežiūros įstaigoje patvirtintų procedūrų ir tik tuomet, kai tai yra vienintelis būdas išvengti momentinio ar neišvengiamo paciento ar kitų asmenų susižalojimo“[225]. Tiek tarptautiniuose, tiek nacionaliniuose teisės aktuose pabrėžiama, jog prievartos priemonės gali būti taikomos tais atvejais, kai tai reikalinga gydymui bei siekiant apsaugoti aplinkinius ir patį pacientą nuo pavojingo ir agresyvaus elgesio. Visos fizinio suvaržymo priemonės turi būti taikomos tiek laiko, kiek būtina pasiekti gydymo tikslui. Pacientas, kuriam taikomas fizinis suvaržymas arba izoliavimas, turi būti laikomas humaniškomis sąlygomis ir nuolat prižiūrimas bei slaugomas kompetentingų darbuotojų[226].

---

[220]http://www.wma.net/en/30publications/10policies/c8/index.html; prisijungimo laikas 2013-12-15.
[221]Helmchen H, Okasha A. From the Hawaii Declaration to the Declaration of Madrid // Acta Psychiatr Scand Suppl 2000. 399, P. 20.
[222] Europos Parlamento rezoliucija dėl gyventojų psichikos sveikatos gerinimo. Europos Sąjungos psichikos sveikatos strategijos kūrimas (2006/2058 (INI)). Europos Sąjungos oficialusis leidinys. C 305E/148-155
[223]Europos Tarybos Ministrų Komiteto priimtos rekomendacijos Nr. R (83) 2 valstybėms narėms dėl priverstinai hospitalizuotų psichikos ligomis sergančių asmenų teisinės apsaugos (6 str.)
[224] Lietuvos Respublikos psichikos sveikatos priežiūros įstatymas // Valstybės žinios. 1995, Nr. 53-1290.
[225] http://www.un.org/; prisijungimo laikas 2013-11-12.
[226]http://www.un.org/; prisijungimo laikas 2013-10-10.

2010 metais buvo atliktas tyrimas, kurio metu siekta išsiaiškinti skirtingų valstybių prievartos priemonių taikymo psichikos sutrikimų turintiems asmenims priežastis, taikymo dažnumą. Nustatyta, kad prievartos priemonių taikymo dažnis svyruoja nuo 21 iki 59 proc. Prievartos priemonės dažniausiai buvo taikomos pirmųjų 3 savaičių laikotarpyje nuo priverstinio hospitalizavimo pradžios. Dažniausios priežastys skiriant prievartos priemonę buvo agresija nukreipta prieš kitus asmenis (59 proc.), agresija nukreipta į save (22 proc.), siekis pabėgti iš ligoninės (13 proc.). Dažniausiai naudojama prievartos priemonė - priverstinis gydymas vaistais (56 proc.), fiksacija medicininiais diržais (36 proc.) ir izoliavimas atskiroje palatoje (8 proc.)[227].

Lietuvoje, Čekijoje ir Ispanijoje nustatyta, jog priverstinis gydymas vaistais (benzodiazepinais[228])yra skiriamas dažniau lyginant kitų šalių kontekste. Vokietija ir Graikija dažniausiai taiko fiksaciją diržais. Jungtinėje Karalystėje prievartos priemones dažniau taikė slaugytojos nei gydytojai. Pastebėta, kad vaistų skyrimas labiau taikomas vyresnio amžiaus vyrams, o fiksacija medicininiais diržais vienodai taikoma tiek moterims, tiek vyrams, statistiškai patikimų skirtumų lyties aspektu nenustatyta[229].Psichikos ligoniai kaip vieną iš labiausiai teises varžančią prievartos priemonę įvardija izoliavimą, kurį jie apibūdiną kaip „kalėjimą, nes tai mažas kambarys be ventiliacijos, be langų, dažnai nėra lovų esi vienas ir užrakintas“[230]. 2011 metais atlikto tyrimo metu psichikos ligoniai, padarę visuomenei pavojingą veiką, prievartos priemonių taikymą gydymo metu įvardija kaip prevencijos priemonę, siekiant užkirsti kelią smurtui ir mano, kad jų naudojimas yra reikalingas[231].

Žinant, jog psichikos ligoniai, padarę visuomenei pavojingą veiką yra priverstinai hospitalizuojami, taip pat nustatytas tam tikras jų pavojingo laipsnis, galime manyti, jog šie pacientai nėra išeitis ir jiems taipogi gydymo procese taikomos prievartos priemonės. Visa tai patvirtina psichikos ligonių, padariusių visuomenei pavojingą veiką, kurie gydomi VŠĮ Rokiškio psichiatrijos ligoninėje pateikti skundai Lietuvos Respublikos Seimo kontrolieriaus institucijai. Pateiksime pavyzdį, kuomet buvo kreiptasi į Seimo kontrolierių : *„ P.Navickas praneša, kad Rokiškio ligoninėje yra gydomas jau 16 metų ir yra „labai kankinamas“, pareiškėjas teigia, jog*

[227] Raboch, J., Kalisová, L., Nawka, A, Kitzlerová, E, Onchev, G., Karastergiou, A., Magliano, L., Dembinskas, A., Kiejna, L., Torres-Gonzales, F., Kjellin, L., Priebe, S., Kallert, T. Use of Coercive Measures During Involuntary Hospitalization: Findings From Ten European Countries // International journal of psyhiatric services 2010, 61(10), P. 1018.

[228]Tai plačiausiai vartojami anksiolitikai ir hipnotikai. Visi benzodiazepinai sukelia sedaciją ir nerimą mažinamąjį poveikį. Benzodiazepinai sukelia ir psichinę priklausomybę, kuri pasireiškia sunkiai įveikiamu potraukiu vartoti vaistą, kilusiam nerimui slopinti. Gedminas L. Nerimas ir benzodiazepinai // Lietuvos bendrosios praktikos gydytojas. 2009, tomas XIII, Nr. 9,P.550.

[229] Raboch, J., Kalisová, L., Nawka, A, Kitzlerová, E, Onchev, G., Karastergiou, A., Magliano, L., Dembinskas, A., Kiejna, L., Torres-Gonzales, F., Kjellin, L., Priebe, S., Kallert, T. Use of Coercive Measures During Involuntary Hospitalization: Findings From Ten European Countries // International journal of psyhiatric services 2010, 61(10), P. 1021.

[230] Haw C., Stubbs J., Bickle A., Stewart I. Coercive treatments in forensic psychiatry: a study of patients experiences and perferences// The journal of Forensic psychiatry and psychology. 2011, 22:4, P.564.

[231] Ibis idem P. 583.

ligoninėje blogiau nei kalėjime. Pareiškėjas rašo, kad yra laikomas užrakintoje palatoje vienas ir laikomas ten jau 4 mėnesius, nuolat mušamas „sanitarų“, su juo daro eksperimentus“[232]. Siekiant išsiaiškinti pareiškėjo skunde nurodytas aplinkybes, Seimo kontrolierius kreipėsi į ligoninės direktorių, kuris informavo, kad *„palatoje, kurioje gulėjo pareiškėjas buvo trys pacientai, kurie skundžiasi, kad prieš juos pareiškėjas vartoja psichologinį ir fizinį smurtą, atiminėjo maistą, taip pat „apsvaiginęs smūgiu į galvą bandė pasmaugti kitą pacientą virvele“. Iš kito paciento sužinota, kad Navickas išmetė jį iš lovos ir gulintį spardė*[233]*“*.Ligoninės personas nusprendęs, kad pacientas savo veiksmais gali padaryti esminę žalą aplinkinių sveikatai ar gyvybei buvo patalpintas į intensyvaus stebėjimo palatą (ISP). Seimo kontrolierius atlikęs patikrinimą nustatė, jog pareiškėjo vieno laikymas ISP buvo taikytas ilgą laiką (4 mėn.) ir šio asmens ligos istorijoje nėra įrašų apie jam taikytų apribojimo priemonių poveikio stebėjimą, taip pat nėra įrašų apie priemonių taikymo pabaigą, todėl ši pareiškėjo skundo dalis pripažįstama pagrįsta, nes priemonių būtinumas nebuvo nuolat stebimas ir tai galėjo riboti pareiškėjo teises ir veiksmus[234].

Europos Komitetas prieš kankinimą ir kitokį žiaurų, nežmonišką ar žeminantį elgesį ir baudimą, aštuntoje bendroje ataskaitoje rekomendavo, kad izoliuojant pacientą būtų vadovaujamasi detalia tvarka. „Turi būti nurodyti atvejai kuomet izoliavimas yra galimas taikyti, taikymo tikslai, trukmė ir reguliarūs patikrinimai, atitinkamas kontaktas su žmogumi, personalo pareigos, nurodomas priemonės taikymo pradžios ir pabaigos laikas, konkretaus atvejo aplinkybės, tos priemonės taikymo priežastys, priemonę skyręs arba davęs jai leidimą gydytojas“[235]. Taigi kaip matome iš pateikto pavyzdžio nebuvo laikomasi tarptautinio dokumento suformuluotų rekomendacijų ir dėl to pareiškėjo skundas pripažįstamas pagrįstu. Iš paciento pažymos nustatyta, jog pacientas izoliuotas atskiroje patalpoje buvo 4 mėnesius, nors pagal direktoriaus tvirtinimą ši priemonė gali būti taikoma 2 savaites. Taigi nesant vienos konkrečios tvarkos, medicinos personalui palikta diskrecijos teisė spręsti dėl priemonių taikymo laiko, priemonės rūšies parinkimo, kas gali sąlygoti žmogaus teisių pažeidimo galimybes.

Seimo Sveikatos reikalų komitetui Lietuvos slaugos specialistų organizacija ir Sveikatos apsaugos ministerija pateikė informaciją dėl slaugos specialistų darbo problemų. Pagrindinėmis darbo problemomis įvardintos psichikos sveikatos slaugytojų darbo aplinkos trūkumai bei kylantys nesusipratimai naudojant fizinio suvaržymo priemones psichomotoriškai sujaudintiems ir agresyviems pacientams. Slaugytojų profesinė draugija pažymi, jog būtų tikslinga parengti

[232] Lietuvos Respublikos Seimo kontrolieriaus pažyma“Dėl Pauliaus Navicko skundo prieš viešąją įstaigą Rokiškio psichiatrijos ligoninę“ 2011-02-28 Nr. 4D-2010/1-1083.
[233] Ten pat
[234] Ten pat
[235]Europos Komitetas prieš kankinimą ir kitokį žiaurų, nežmonišką ar žeminantį elgesį ir baudimą Ištrauka iš Aštuntosios bendros ataskaitos [CPT/Inf (98) 12]

paciento saugaus fizinio suvaržymo rekomendacijas[236]. Seimo sveikatos reikalų komitetas siūlo Sveikatos Apsaugos Ministerijai (SAM) „parengti paciento saugaus suvaržymo rekomendacijas, jas paskelbti SAM internetiniame tinklapyje ir kitais būdais paviešinti“[237].

Psichikos ligomis sergantys asmenys teigė, jog prievartos priemonės turėtų būti įtrauktos į psichikos sveikatos priežiūros planą, tačiau siekiant, jog jos nebūtų įvardijamos kaip kankinančios ir žeminančios žmogaus orumą, pacientai siūlo suteikti kuo išsamesnę informaciją: kaip tiksliai turi būti atliekamas prievartos priemonių taikymas, kokia tvarka, kiek laiko, tuomet būtų galima objektyviai spręsti ar buvo pažeidimų ar ne[238].

EŽTT byloje *Loveika prieš Lietuvą* pagrindinis pareiškėjo skundas buvo susijęs su jo gydymu VŠĮ Rokiškio psichiatrijos ligoninėje į kurią jis buvo nukreiptas Vilniaus apygardos teismo 1998 m. balandžio 23 d. nutartimi. Nutartyje nurodyta, kad „pareiškėjas būdamas nepakaltinamumo būsenoje padarė visuomenei pavojingas veikas, todėl nuo baudžiamosios atsakomybės yra atleidžiamas, ko pasėkoje nuspręsta taikyti priverčiamąsias medicinos priemones - nukreipti į psichiatrijos ligoninę griežto stebėjimo sąlygomis. Pareiškėjas skundėsi, kad nuo 2007 m. Rokiškio psichiatrijos ligoninėje paskirtas gydymas psichotropiniais vaistais kartu tam tikrais laikotarpiais nepaskiriant kitų vaistų, neutralizuojančių pašalinį psichotropinių vaistų poveikį, prilygo Konvencijos 3 straipsnyje uždraustam kankinimui ir nežmoniškam bei žeminančiam orumą elgesiui“[239].Pasaulio medicinos asociacijos Tarptautiniame medikų kodekse parašyta, kad gydytojas turi teikti kompetentingas profesinės medicinos paslaugas, „su užuojauta ir pagarba žmogaus orumui, o ne žeminti jį“[240]. Šis principas buvo suformuluotas ir dvyliktojo Lietuvos gydytojų suvažiavimo metu, kuomet 2004 metais buvo priimtas Lietuvos profesinės etikos kodeksas, jame imperatyviai nurodyta, jog gydytojo viena iš pagrindinių profesinės etikos vertybių yra žmogaus orumas ir paciento autonomija[241].

EŽTT šioje byloje (*Loveika prieš Lietuvą)* konstatavo, jog norint pripažinti, kad buvo pažeistas Konvencijos 3 straipsnis draudžiamas elgesys turi pasiekti minimalų žiaurumo lygį, kad patektų į minėto straipsnio veikimo sferą[242]. Vertinant ar tai gali būti nežmoniškas ir orumą žeminantis elgesys reikia įvertinti tam tikras aplinkybes : elgesio trukmę, fizinį ir psichinį poveikį asmeniui. Kartais įtakos vertinimui gali turėti asmens lytis, amžius ir sveikatos būklė.

---

[236] Lietuvos Respublikos Seimo sveikatos reikalų komiteto sprendimas „Dėl Lietuvos slaugos specialistų darbo problemų“// 2013 m. kovo 13 d. Nr. 111-S-2.

[237] Lietuvos Respublikos Seimo sveikatos reikalų komiteto sprendimas „Dėl Lietuvos slaugos specialistų darbo problemų“// 2013 m. kovo 13 d. Nr. 111-S-2.

[238] Haw C., Stubbs J., Bickle A., Stewart I. Coercive treatments in forensic psychiatry: a study of patients experiences and perferences// The journal of Forensic psychiatry and psychology. 2011, 22:4, P.564-585.

[239] Loveika prieš Lietuvą // Nr. 31244/06 – § 55

[240]http://www.wma.net/en/30publications/10policies/c8/index.html; prisijungimo laikas 2013-02-03

[241]Williams J. R. // Medicinos etikos vadovas.Vilnius: Lietuvos gydytojų sąjunga, 2007, P. 12.

[242] Loveika prieš Lietuvą // Nr. 31244/06 – § 56

Teismas pažymėjo, jog Konvencijos 3 straipsnis įpareigoja valstybes apsaugoti asmenis, kuriems atimta laisvė ir priverstinai taikomos medicininio poveikio priemonės, suteikiant jiems reikalingą medicininę pagalbą, kuri pati savaime nelaikytina nežmoniška ar žeminančia[243].

Toliau magistro baigiamajame darbe bus aptariamas prievartos priemonių taikymas VŠĮ Rokiškio psichiatrijos ligoninėje. Teikiant psichikos sveikatos priežiūros paslaugas šioje ligoninėje turi būti atsižvelgta į tokius svarbius aspektus, kaip žmogaus teisės, visuomenės saugumas ir adekvataus gydymo būtinybė.

Jungtinių Tautų Generalinė Asamblėja patvirtino psichikos sutrikimų turinčių asmenų apsaugos ir psichikos sveikatos priežiūros tobulinimo principus, kuriuose buvo pabrėžiamos psichikos sutrikimų turinčių žmonių teisės, jomis siekiama reformuoti psichikos sveikatos priežiūros paslaugas sumažinant neigiamą požiūrį, izoliavimą, ignoravimą, pacientų negerbimą[244]. Kaip buvo minėta psichikos sveikatos priežiūra, tai toks kompleksas priemonių, tarp kurių yra ne tik gydymas, ligos diagnozavimas, taipogi ir reabilitacija, psichoterapija, profesinė reabilitacija, kurios turi būti teikiamos psichikos ligomis sergantiems pacientams. Įstatymai bei kiti poįstatyminiai aktai reglamentuoja šių priemonių skyrimo, vykdymo tvarką, tačiau konkrečiai neteikia nuorodų į šių priemonių taikymą psichikos ligoniams, padariusiems pavojingą veiką ir gydomiems bendro, sustiprinto ir griežto rėžimo stebėjimo sąlygomis.

EŽTT yra pasisakęs, jog žmogaus teisės ir laisvės gali būti ribojamos, taip pat ir nacionalinės teisės aktuose yra įtvirtintos nuostatos leidžiančios riboti žmogaus teises esant tam tikroms aplinkybėms. Visi apribojimai ir jų priežastys turi būti žymimi paciento ligos istorijoje. Asmenų, kurie naudojasi psichikos sveikatos priežiūra, teises ir psichikos sveikatos priežiūros teikimo tvarką reglamentuojančios LR psichikos sveikatos priežiūros įstatymo 7 straipsnio normose įtvirtintos priverstinai hospitalizuotų pacientų teisės: teisė bendrauti su kitais, naudotis ryšio priemonėmis, susitikti su lankytojais, siųsti ir gauti laiškus, teisė gauti ir pirkti reikalingus daiktus, skaityti, užsiimti sportu, mokytis, išpažinti religiją ir kt.[245]. Šių teisių įgyvendinimas numatomas psichiatrijos įstaigos vidaus tvarkos taisyklėse.

VŠĮ Rokiškio psichiatrijos ligoninės vidaus tvarkos taisyklėse pažymima, jog pacientai turi teisę bendrauti su kitais asmenimis, naudotis telefonu ar kitomis ryšio priemonėmis, kurių nedraudžia skyriaus vidaus tvarkos taisyklės. Su atskiromis skyrių vidaus tvarkos taisyklėmis susipažinti nepavyko, tačiau remiantis ligoninėje dirbančios apsaugos tarnybos reglamento draudžiamų reikmenų sąrašu, kurie nurodyti reglamento prieduose – mobilaus ryšio telefonai, vaizdo kameros, fotoaparatai, kompiuteriai griežto, sustiprinto ir bendro stebėjimo sveikatos

[243]Ten pat – § 59
[244]http://www.un.org/; prisijungimo laikas 2013-10-10.
[245]Lietuvos Respublikos psichikos sveikatos priežiūros įstatymas // Valstybės žinios. 1995, Nr. 53-1290.

priežiūros skyrių pacientams yra draudžiami, tad bendravimas ryšio priemonėmis galimas naudojantis skyriaus telefonu, tuomet, kai už pokalbį apmoka paciento artimieji, bendravimas su kitais asmenimis (lankytojais) galimas kiekvieną savaitės dieną nuo 9 iki 19 val. pasimatymo trukmė iki 2 val.[246]. Sustiprinto stebėjimo skyriaus tvarkos taisyklių 10.7 punkte nurodyta, kad ligoninės pacientai turi teisę 2 kartus per savaitę po 10 min., naudotis skyriuje esančiu taksofonu nuo 9 iki 13, nuo 14 iki 18, nuo 19 iki 22 val.

Pacientams bendrauti galima ir laiškais, tačiau kanceliarinėmis priemonėmis, skirtomis socialiniams ryšiams su artimaisiais palaikyti nėra aprūpinami, todėl Seimo kontrolierius siūlo Rokiškio ligoninės *„socialinių paslaugų teikimo procedūrą“* papildyti ir į ją įtraukti ne tik būtiniausių higienos priemonių aprūpinimą, bet ir kanceliarinių priemonių (popieriaus lapai, rašymo priemonės, vokai, pašto ženklai) suteikimą[247].

Viso priverstinio gydymo tvarką reglamentuoja VŠĮ Rokiškio ligoninės sustiprinto, griežto ir bendro stebėjimo sveikatos priežiūros skyrių vidaus tvarkos taisyklės, patvirtintos Rokiškio psichiatrijos ligoninės direktoriaus 2009-05-04 įsakymu Nr.20. Tiesioginio susipažinimo su šiomis taisyklėmis neturėjome, nes nei ligoninės direktorius nei skyrių vedėjai nepanoro pasidalinti šia informacija, taigi kokia yra galiojanti konkreti tvarka ribojant pacientų teises, skiriant priverstines gydymo priemones nežinome ir šiais klausimais daryti išvadas nėra pakankamai objektyvu, nors remiantis LR teisės gauti informaciją iš valstybės ir savivaldybių institucijų ir įstaigų įstatymo 6 str. 3 dalimi : „Visa informacija apie įstaigos veiklą vykdant teisės aktais pavestas funkcijas turi būti visiems prieinama ir teikiama neatlygintinai“[248]. Remiantis Seimo Kontrolieriaus pažyma Nr. 2013/1-35/3D-1728 „Pažyma dėl hospitalizuotų pacientų teisių apribojimų ir kitų suvaržymų taikymo Viešojoje įstaigoje Rokiškio psichiatrijos ligoninėje“ galime susipažinti tik iš dalies su skyriuose taikomų priemonių ir teisių ribojimo pagrindais.

VŠĮ Rokiškio ligoninės vidaus tvarkos taisyklių 10 punkte pažymima, jog specialaus stebėjimo sveikatos priežiūros skyrių saugo licencijuota apsaugos ir priežiūros tarnyba, kuri savo veikloje vadovaujasi LR įstatymais, kitais teisės aktais, apsaugos ir priežiūros tarnybos veiklos reglamentu[249]. Apsaugos personalas neturi teisės naudoti prieš pacientus jėgą, išskyrus savigyną, bandymo pabėgti, aktyvaus ar pasyvaus fizinio pasipriešinimo atvejais, kai pacientas nevykdo gydytojų nurodymų, tuo sukeldamas grėsmę savo sveikatai ir gyvybei. Tarnybos reglamente,

[246] Viešosios įstaigos Rokiškio psichiatrijos ligoninės apsaugos priežiūros paslaugas teikiančios tarnybos veiklos reglamentas, patvirtintas 2012 m. liepos 16 d. direktoriaus įsakymu Nr. 55. (2priedas).
[247] Seimo kontrolieriaus 2011-02-02 pažyma Nr. 4D-2010/1-1136;1150;1151 „Dėl skundų prieš Rokiškio psichiatrijos ligoninę“.
[248] Lietuvos Respublikos teisės gauti informaciją iš valstybės ir savivaldybių institucijų ir įstaigų įstatymas// Valstybės žinios. 2000, Nr. 10-236.
[249] VŠĮ Rokiškio psichiatrijos ligoninės direktoriaus 2013 -02-20 įsakymas Nr. 5. VŠĮ Rokiškio psichiatrijos ligoninės vidaus tvarkos taisyklės.

kuris yra patvirtintas ligoninės direktoriaus įsakymu[250] nurodyta, jog tarnybos darbuotojai turi būti įvaldę specialių suvaržymo priemonių taikymą agresyviems pacientams, registruoti išvedamus ir parvedamus pacientus iš (į) saugojimo teritorijos, organizuoti pasimatymus[251], taip pat atlikti gaunamų siuntų pacientams patikrinimą[252], lydėti pacientus už ligoninės ribų[253], stebėti pacientus, gydomus bendro stebėjimo sveikatos priežiūros sąlygomis pasivaikščiojimo kiemelyje. Pacientų priežiūra vykdoma visą parą bendro, sustiprinto ir griežto stebėjimo sveikatos priežiūros sąlygų skyriuose. Griežto ir sustiprinto stebėjimo sveikatos priežiūros skyriuose personalo darbuotojai į palatą gali užeiti tik „esant reikalui (darant patikrinimus, fiksuojant pacientą, atliekant medicinines procedūras“[254].

Sustiprinto stebėjimo sveikatos priežiūros skyriaus pacientai su gydančiu gydytoju ir slaugytoju koordinatoriumi bendrauja kasdieninių vizitacijų metu, ne rečiau kaip kartą per mėnesį su skyriaus vedėju rengiamos bendros palatų vizitacijos. Esant paciento skundui dėl patirto fizinio smurto, kūno apžiūros vykdomos nedelsiant. Taip pat vykdoma pacientų traumų, sužalojimų apskaita. Pacientą, patyrusį kūno sužalojimą, apžiūri gydantis gydytojas (darbo valandomis) arba budintis gydytojas (budėjimo valandomis) surašo pažymėjimą apie paciento kūno sužalojimo pobūdį, nurodo aplinkybes, sužalojimo datą, vietą, laiką. Gydytojas daro įrašą specialiame *„pacientams padarytų kūno sužalojimų registracijos žurnale“,* tuomet skyriaus vedėjas kreipiasi į ligoninės administraciją ir pacientui yra suteikiama galimybė kreiptis į policijos komisariatą[255].

Sustiprinto stebėjimo skyriaus pacientai turi teisę keturis kartus per dieną po 15 min. vaikščioti pasivaikščiojimo aikštelėje. „Ligoniui pageidaujant, leidžiama pirktis maisto produktus, rašymo priemones, higienos reikmenis, drabužius, cigaretes be filtrų ir kitus skyriuje laikyti neuždraustus daiktus. Pasimatyti leidžiama tik su giminėmis. Išimties tvarka gydančio gydytojo arba skyriaus vedėjo leidimu senyvo amžiaus ir blogai girdintiems asmenims pasimatyti leidžiama patalpoje be stiklinės pertvaros“[256].Bendro stebėjimo ir griežto stebėjimo sąlygomis gydomi pacientai gali bendrauti iki 2 val. per dieną atskiroje patalpoje, kuri nėra perkirta stikline pertvara. Ligoninės direktoriaus teigimu pacientui gali būti taikomas apribojimas bendrauti ar matytis su artimaisiais, kai jam būdingi „kliedesiai kalbant apie artimuosius“[257].

[250] Viešosios įstaigos Rokiškio psichiatrijos ligoninės apsaugos priežiūros paslaugas teikiančios tarnybos veiklos reglamentas, patvirtintas 2012 m. liepos 16 d. direktoriaus įsakymu Nr. 55.
[251] Pasimatymai organizuojami pagal „Pasimatymų organizavimo instrukciją“
[252] Siuntų patikrinimas atliekamas pagal „Siuntinių, smulkių paketų, spaudos, laiškų registracijos ir tikrinimo instrukciją“
[253] Vadovaujamasi „Pacientų lydėjimo už saugojamos teritorijos ribų instrukcija“
[254]Seimo kontrolieriais pažyma Nr. 2013/1-35/3D-1728 „Pažyma dėl hospitalizuotų pacientų teisių apribojimų ir kitų suvaržymų taikymo Viešojoje įstaigoje Rokiškio psichiatrijos ligoninėje“.
[255] Ten pat
[256]Ten pat
[257] Ten pat

Taigi iš sustiprinto stebėjimo skyriaus vidaus tvarkos taisyklių galime pastebėti, jog pacientams yra ribojamos teisės, nustatytas fiksuotas laikas, kuomet galima įgyvendinti teisę į bendravimą ir kt. taip pat matomas skirtumas tarp bendro, griežto ir sustiprinto skyrių vidaus tvarkos taisyklių.

Ligoninės apsaugos ir priežiūros reikalavimų, kurie patvirtinti įstaigos direktoriaus 2004-06-14 įsakymu Nr. 45.12 priede numatytas intensyvus stebėjimas, kuomet „pablogėjus paciento psichinei būsenai, dėl ko pacientas tampa pavojingas sau ar kitiems, neadekvačiu savo elgesiu trikdo kitų palatos pacientų ramybę, pastoviai pažeidinėja skyriaus vidaus tvarką yra perkeliamas į intensyvaus stebėjimo palatą“[258]. Reikalavimų 5.4. punktas nurodo, kad iš intensyvaus stebėjimo palatos pacientai „nevedami į maisto išdavimo patalpą, sporto bei užimtumo užsiėmimus, į kiemą išleidžiami atskirai nuo kitų pacientų“. 5.8. punkte nurodyta, jog „pacientai negali patys atsinešti kavos ar arbatos“. „Asmeninį maistą, kavą ir arbatą nustatytu laiku pacientams į palatą atneša psichikos sveikatos slaugytoja“[259].

Taikant suvaržymo priemones sujaudintam pacientui, medicinos personalas vadovaujasi *„Suvaržymo priemonių taikymo sujaudintam pacientui procedūra Nr. P08:2006“*.„Suvaržymo priemonės gali būti taikomos, kai yra padidėjusi rizika pacientui susižeisti bei stebimos tokios būklės kaip : hiperaktyvumas, smūgiai galva į sieną, dirglumo protrūkiai, kai pacientas ima daužyti, laužyti įvairius daiktus, pacientas nesugeba kontroliuoti potencialiai pavojingų bei betikslių judesių ir t.t.“[260]. *Fizinio suvaržymo priemonių taikymo instrukcijoje*, numatytos medicininės indikacijos, kuomet galima taikyti šias priemones: „klinikinis būtinumas dėl ligos paūmėjimo, taikytos priemonės neveiksmingos ir pacientui būtinos kitos, dėl agresyvaus elgesio prieš personalą ir kitus, taip pat siekiant nenutraukti gydymo, kuomet pacientas atsisako vaistų, ir jei priemonių taikymo reikalauja pats pacientas“[261]. Įdomus atvejo aprašymas rastas Seimo Kontrolieriaus inicijuoto tyrimo metu VŠĮ Rokiškio psichiatrijos ligoninėje, kuomet pacientas į ISP buvo paguldytas dėl to, jog yra „sujaudintas“ ir „nuo skelbimų lentos nuplėšė vidaus tvarkos taisykles“[262].

Fizinio suvaržymo priemonių taikymo instrukcijoje, patvirtintoje Ligoninės direktoriaus 2006-12-12 įsakymu Nr. 82, numatyta, jog :*„Fiksuoto paciento negalima palikti be dėmesio ilgiau nei 15 minučių. Reikia reguliariai vertinti psichikos ir somatinę būseną: sekti maitinimą, šlapinimąsi, tuštinimąsi, temperatūrą, pulsą, kraujo spaudimą, medikamentų naudojimą. Reguliariai reikia apversti pacientą ant šono. Pacientui paaiškinama, kad jis yra fiksuotas dėl jo ir aplinkinių saugumo ir jis bus atidžiai prižiūrimas ir slaugomas, fiksavimas bus atšauktas tik*

[258]Ten pat
[259] Ten pat
[260] Ten pat
[261] Ten pat
[262] Ten pat

tada, kai galės valdyti savo veiksmus. Pacientas be pertraukos gali būti fiksuotas ne ilgiau 2 valandų“[263]. Gydytojas kas dvi valandas turėtų peržiūrėti suvaržymo priemonės taikymo būtinumą, tačiau atlikus tyrimą Rokiškio psichiatrijos ligoninėje paaiškėjo, kad nei gydytojų, nei slaugos personalo įrašuose duomenų apie taikomos priemonės poveikio stebėjimą, taikymo būtinumą nebuvo[264].

Reikalingumą taikyti fizinius suvaržymus gali priimti tik gydytojas psichiatras įvertinęs paciento psichikos būklę. Tačiau Seimo Kontrolieriaus atlikto tyrimo metu nustatyta, jog vieno paciento perkėlimas į intensyvaus stebėjimo palatą buvo pažymėtas slaugos istorijoje, o gydytojo psichiatro įrašo dėl paciento perkėlimo į ISP ligos istorijoje nebuvo, taigi galima daryti išvadą, jog šiuo atveju sprendimą priėmė ne gydytojas psichiatras, o slaugos darbuotojas. Rasta nemažai priimtų sprendimų teisinio registravimo dokumentuose pažeidimų, kai neaišku kas priima sprendimą dėl priemonių taikymo, taip pat nėra įrašų, kurie patvirtintų, jog asmenys būtų buvę informuoti apie perkėlimo į ISP priežastis[265]. Patikrinimo metu nustatyta, jog ne visi atvejai, kuomet taikomos prievartos priemonės yra registruojamos pvz. : „vienas pacientas nurodė, jog buvo parai laiko uždarytas į ISP, tą pripažino ir medicinos darbuotojai, tačiau nei ligos istorijoje, nei slaugos istorijoje nebuvo rasta įrašų apie apribojimo priemonę ir jos trukmę“[266].

Įdomu tai, kad ISP laikomų pacientų teisės ir laisvės yra suvaržomos gana dideliu mastu, nes atlikus tyrimą išsiaiškinta, jog pacientams suvaržomos visos psichikos sveikatos priežiūros įstatyme numatytos hospitalizuotų pacientų teisės. Atkreiptinas dėmesys ir į tai, jog „ligoninės vidaus tvarkos taisyklėse nėra numatyti apribojimai dėl pasivaikščiojimo gryname ore, nors apklausti pacientai teigė, jog būdami ISP nebuvo vedami į lauką pasivaikščioti“[267]. „Sustiprinto stebėjimo skyriaus pacientai turi teisę keturis kartus per dieną po 15 min. vaikščioti pasivaikščiojimo aikštelėje. Pacientai, kurie laikomi griežto ir sustiprinto stebėjimo sąlygomis yra užrakinti palatose, ribojama jų judėjimo laisvė, tačiau 2008 metais, kai Ligoninėje lankėsi Europos Komiteto prieš kankinimą ir kitokį nežmonišką ar žeminantį elgesį ir baudimą nariai rekomendavo imtis priemonių ir palaipsniui naikinti tokią praktiką bent jau dienos metu“[268]. Taip pat nustatytos nevienodos sąlygos naudotis tualetu: daugumoje skyrių pacientams leidžiama laisvai pasinaudoti tualetu, t.y. bet kuriuo metu įeiti į sanitarinio mazgo patalpas, tačiau kitų skyrių pacientams tualetu leidžiama pasinaudoti, tuomet, kai paprašo ligoninės darbuotojų ir jie atrakina tualeto patalpas[269]. Taip pat pastebėta, jog skyrių informacijos stenduose yra pateikti

[263] Ten pat
[264] Ten pat
[265] Ten pat
[266] Ten pat
[267] Ten pat
[268] Ten pat
[269] Ten pat

įvairūs pranešimai, tokie kaip : „Sporto užsiėmimų tvarkaraštis“, „Dienotvarkė“ , bibliotekos, parduotuvės darbo laikas, pacientų maudymosi grafikas ir kt., „tačiau nebuvo rasta pranešimų, kurie informuotų pacientus apie galimybę apskųsti sveikatos priežiūros sąlygas ligoninės administracijai, SAM, teismui, todėl manytina, jog šių informacinio pobūdžio pranešimų nebuvimas yra susijęs su galimai pažeidžiamomis pacientų teisėmis“[270].

Dar vienas iš galimų teisės ribojimų buvo pastebėtas 2010 metais, kuomet atlikus tyrimą VŠĮ Rokiškio psichiatrijos ligoninėje paaiškėjo, kad psichikos ligoniams, kurių atžvilgiu taikomos PMP, gali būti diskriminuojami negalios pagrindu dėl šalpos išmokos, todėl Lygių galimybių kontrolieriaus tarnyba (LGKT) nusprendė pradėti tyrimą. LGKT gavo informaciją iš Seimo kontrolieriaus, kurioje nurodyta, jog LR valstybinių šalpos išmokų įstatymo 22 str. 5 dalyje suformuota nuostata, kuria „asmenims, teismo pripažintiems nepakaltinamais ir kurių atžvilgiu vykdomas priverčiamųjų medicinos priemonių stacionarinio stebėjimo procesas, šalpos išmokos neskiriamos, o paskirtosios nemokamos“[271].

Taigi išanalizavus mokslinių straipsnių medžiagą, teisės aktus, Seimo kontrolieriaus pažymas, stebime, jog kyla problemų prievartos priemonių taikymo procese, nes nėra vienos tvarkos, kuri konkrečiai reglamentuotų šių priemonių taikymo procesą, taip pat palikta diskrecijos teisė kiekvienai psichiatrijos ligoninei nuspęsti kokia apimtimi riboti pacientų teises.

Iš Seimo kontrolieriaus pažymos, kurioje buvo pateiktos VŠĮ Rokiškio psichiatrijos ligoninės vidaus dokumentų ištraukos galima pastebėti nemažai ligoninės vidaus teisės aktų trūkumų, dėl kurių yra pažeidžiamos pacientų teisės. Ligoninės *„Fizinio suvaržymo priemonių taikymo instrukcijoje“* nurodytas fiksavimo medicininiais diržais teisinis pagrindas prieštarauja LR psichikos sveikatos priežiūros įstatymo 7 straipsnio 3 dalies nuostatai, kur teigiama, jog teisės gali būti apribotos tuo atveju, kai kyla reali grėsmė pacientui ir aplinkiniams, o instrukcijoje šios prievartos priemonės taikymas įtvirtintas „kaip bihevioristinio gydymo programos dalis“[272]. Dar vienas iš galimų teisės aktų trūkumų yra tas, jog remiantis LR psichikos sveikatos priežiūros įstatymu tik gydytojas psichiatras gali priimti sprendimą dėl paciento teisių apribojimo, o šioje ligoninėje nustatyta atvejų, kuomet sprendimą priima žemesnės grandies medicinos personalas. Netinkamai pildoma medicininė dokumentacija, ne visi atvejai registruojami, nenurodoma priemonės taikymo pradžia, pabaiga, poveikis bei priemonės taikymo būtinumas atsižvelgiant į paciento būklę. Toks teisių ribojimas ir ligoninės teisės aktų neatitikimas tarptautinėms rekomendacijoms gali sąlygoti gydymo ir slaugos proceso metu pacientų varžymą bei psichikos sveikatos būklės gerėjimą.

[270] Ten pat
[271] Seimo kontrolieriaus 2011-02-02 pažyma Nr. 4D-2010/1-1136;1150;1151 „Dėl skundų prieš Rokiškio psichiatrijos ligoninę“.
[272] Ten pat

IŠVADOS

1. Psichikos ligos sukeliamas agresyvus paciento elgesys galintis pasibaigti nusikalstamos veikos padarymu dažniau stebimas tuomet, kai liga pasireiškia ūmia psichozine būsena, sunkia depresijos forma ar persekiojimo ir kliedesių simptomų visuma. Tiesioginė priklausomybė tarp psichikos ligų ir nusikalstamų veikų padarymo nustatyta sergančiųjų šizofrenija, bipoliniu ir asmenybės sutrikimų tarpe. Sergantys bipoliniu sutrikimu, šizofrenija dažniau linkę vykdyti nedidelius užpuolimus, smurtinius nusikaltimus, o specifinių asmenybės sutrikimų turintys asmenys - prieš kito asmens sveikatą ir gyvybę. Moterys, turinčios psichikos sutrikimų, agresiją nukreipia į save, o vyrai į aplinką naudodami instrumentinę agresiją. Vartodami vaistus, psichikos sutrikimų turintys asmenys nėra pavojingesni lyginant su asmenimis, kurie neserga psichikos ligomis.
2. Psichikos ligonių, padariusių visuomenei pavojingą veiką, psichikos sveikatos priežiūra vykdoma naudojant ambulatorinį ir stacionarinį sveikatos priežiūros elementą. Stacionarios psichikos sveikatos priežiūros paslaugos vykdomos VŠĮ Rokiškio psichiatrijos ligoninėje bendro, griežto ir sustiprinto stebėjimo sąlygomis. Ambulatorinis priverstinis stebėjimas vykdomas pagal asmens gyvenamąją vietą psichikos sveikatos centruose. Šių ligonių psichikos sveikatos priežiūra lyginant su psichikos sutrikimų turinčiais, bet nepadariusiais nusikalstamos veikos skiriasi tuo, jog jie negali pasirinkti psichikos sveikatos priežiūros teikiančios institucijos, sveikatos priežiūros paslaugų apimties ir sąlygų.
3. Priverčiamosios medicinos priemonės - gydymo ir valstybės prievartos derinys. Dėl konkrečios rūšies parinkimo sprendžia teismas, remdamasis ekspertų išvadomis, tačiau nagrinėjant LR baudžiamojo kodekso nuostatas bei teismų praktiką, pastebėta, jog kuo sunkesnis įvykdytos pavojingos veikos laipsnis, tuo griežtesnė priemonė paskiriama. Lietuvoje rūšies parinkimas iš dalies priklauso nuo įvykdytos veikos pavojingumo laipsnio, nors turėtų būti remiamasi ne įvykdytos veikos pavojingumu, bet veiką įvykdžiusio asmens pavojingumu. Teismas nenustato priemonių taikymo laiko. Jos taikomos tol, kol asmuo pasveiksta ir išnyksta jo pavojingumas. Italijoje ir Ispanijoje parenkant priemonės taikymo laiką atsižvelgiama į veikos pavojingumą ir įstatyme numatytą sankcijos laiką. Lietuvoje teismas ne rečiau kaip kartą per šešis mėnesius pagal sveikatos priežiūros įstaigos išvadą sprendžia dėl priverčiamųjų medicinos priemonių taikymo pratęsimo, rūšies pakeitimo ar taikymo panaikinimo.
4. Fiksavimas medicininiais diržais, izoliavimas į intensyvią stebėjimo palatą yra vienos dažniausiai taikomų prievartos priemonių psichiatrijoje. Šių priemonių teisinis reguliavimas yra nepakankamas, nes nėra bendro visoms psichiatrijos ligoninėms sukurto

teisės akto, kuris aiškiai reglamentuotų šių procedūrų taikymo ir atlikimo tvarką, dėl ko praktikoje kyla piktnaudžiavimas psichiatrija pažeidžiant pacientų teises. Dažniausiai praktikoje kylančios problemos taikant šias priemones susijusios su pacientų somatinės būklės fiksavimu, priemonės būtinumo taikyti peržiūrėjimo tvarkos, paskyrusio asmens kompetencijos nebuvimo, pacientui nesuteikiamos informacijos dėl taikomų priemonių priežasties ir trukmės. Taipogi stebima problema kuomet intensyvaus stebėjimo palatose laikomi skirtingu teisiniu pagrindu perkelti pacientai – vieni perkeliami dėl psichikos būklės paūmėjimo, kiti dėl profilaktinio stebėjimo. Tiesiogiai susipažinti su dokumentais, reglamentuojančiais prievartos priemonių taikymą VŠĮ Rokiškio psichiatrijos ligoninėje nepavyko, todėl manytina, kad tai gali būti susiję su netinkamu ir pacientų teises pažeidžiančiu reguliavimu.

5. Siekiant įvertinti kokios teisės ir kokia apimtimi ribojamos skirtingų stebėjimo skyrių pacientams, susiduriama su problema, nes teisiniai VŠĮ Rokiškio psichiatrijos ligoninės dokumentai, reglamentuojantys teisių ribojimą nėra prieinami. Remiantis atliktos analizės duomenimis galima konstatuoti, jog teisių ribojimo apimtis lyginant bendro, griežto ir sustiprinto stebėjimo sąlygomis gydomų pacientų skiriasi. Mažiausia apimtimi ribojamos bendro stebėjimo skyriaus pacientų teisės. Griežto ir sustiprinto stebėjimo skyriaus pacientų teisės yra ribojamos didesne apimtimi, stipriai apribota judėjimo laisvė. Neužtikrinama pacientų teisė kreiptis į Ligoninės administraciją pateikti skundus dėl galimų teisių pažeidimų. Manytina, jog toks teisių ribojimas yra nepalankus pacientų gydymo ir gerovės procesui.

LITERATŪRA

Europos Sąjungos teisės aktai:

1. Europos žmogaus teisių ir pagrindinių laisvių apsaugos konvencija 1950 m. // Valstybės žinios. 1995. Nr. 40-987

Lietuvos Respublikos įstatymai :

2. Lietuvos Respublikos Konstitucija // Valstybės žinios.1992, Nr. 33-1014.
3. Lietuvos Respublikos baudžiamasis kodeksas // Valstybės žinios. 2000, Nr. 89-2741.
4. Lietuvos respublikos baudžiamojo proceso kodeksas // Valstybės žinios. 2002, Nr. 37-1341.
5. Lietuvos Respublikos psichikos sveikatos priežiūros įstatymas // Valstybės žinios. 1995, Nr. 53-1290.
6. Lietuvos Respublikos sveikatos priežiūros įstaigų įstatymas // Valstybės žinios. 1998, Nr. 109-2995.
7. Lietuvos Respublikos teisės gauti informaciją iš valstybės ir savivaldybių institucijų ir įstaigų įstatymas// Valstybės žinios. 2000, Nr. 10-236.
8. Lietuvos Respublikos teismo ekspertizės įstatymas // Valstybės žinios. 2002, Nr. 11-4969.

Kiti teisės aktai :

9. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas „ Dėl Tarptautinės statistinės ligų ir sveikatos sutrikimų klasifikacijos dešimtojo pataisyto ir papildyto leidimo „Sisteminis ligų sąrašas“ (Australijos modifikacija, TLK-10-AM) įdiegimo // Valstybės žinios. 2011, Nr. 23-1108.
10. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas 2012 m. gegužės 11 d. Nr. V- 418 „Dėl viešosios įstaigos Rokiškio psichiatrijos ligoninės 2012 metų siektinų veiklos užduočių patvirtinimo“
11. Lietuvos Respublikos generalinio prokuroro 2013 m. gegužės 13 d. įsakymas Nr. I-125. „Rekomendacijos dėl priverčiamųjų medicinos priemonių taikymo proceso atliekant ikiteisminį tyrimą“// Valstybės žinios. 2013, Nr. 51-2587.
12. Lietuvos Respublikos Seimo 2007 m. balandžio 3d. nutarimas X-1070„Dėl Psichikos sveikatos strategijos patvirtinimo“. Valstybinė psichikos sveikatos 2005-2010 metų strategija, II sk. Lietuvos psichikos sveikatos sistemos ir visuomenės psichikos sveikatos rodiklių įvertinimas // Valstybės Žinios. 2007, Nr. 1572.
13. Lietuvos Respublikos Seimo kontrolieriaus pažyma “Dėl Pauliaus Navicko skundo prieš viešąją įstaigą Rokiškio psichiatrijos ligoninę“ 2011-02-28 Nr. 4D-2010/1-1083.

14. Lietuvos Respublikos Seimo sveikatos reikalų komiteto sprendimas „Dėl Lietuvos slaugos specialistų darbo problemų“// 2013 m. kovo 13 d. Nr. 111-S-2.
15. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 1999 m. gegužės 27 d. įsakymas Nr. 256 „Dėl pirminio, antrinio ir tretinio lygių psichiatrijos ir psichoterapijos paslaugų teikimo suaugusiems reikalavimų bei bazinių kainų tvirtinimo“// Valstybės žinios. 1997, Nr. 61-1441
16. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2003 m. rugpjūčio 18 d. įsakymas Nr. V-499 „Dėl teismo psichiatrijos, teismo psichologijos ekspertizių darymo valstybinėje teismo psichiatrijos tarnyboje prie sveikatos apsaugos ministerijos nuostatų patvirtinimo“// Valstybės žinios. 2003, Nr. 63-3004
17. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005 m. gruodžio 5 d. įsakymas Nr. V-943 „Dėl pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų organizavimo ir apmokėjimo tvarkos aprašas“ // Valstybės žinios. 2005, Nr. 143-5205.
18. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2010 m. sausio 19 d. įsakymas Nr. V-36 „Dėl vaikų ir paauglių specialiosios psichiatrijos paslaugų teikimo reikalavimų aprašo patvirtinimo“// Valstybės žinios. 2010, Nr. 12-589.
19. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2010 m. vasario 12 d. įsakymas Nr. V-118.“Dėl psichiatrinių krizių intervencijos stacionaro ir dienos stacionaro paslaugų teikimo suaugusiems tvarkos aprašo patvirtinimo“// Valstybės žinios. 2010, Nr. 22-1023
20. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2012 m. balandžio 5d. įsakymas Nr. V- 300. Viešosios įstaigos „Rokiškio psichiatrinės ligoninės“ įstatai.
21. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2012 m. gruodžio 31 d. įsakymas Nr. V-1209. „Dėl psichiatrijos ambulatorinių sveikatos priežiūros paslaugų teikimo reikalavimų aprašo patvirtinimo“// Valstybės žinios. 2013, Nr. 1-15
22. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2012 m. rugsėjo 27 d. įsakymas Nr. V-909. „Dėl Valstybinio psichikos sveikatos centro nuostatų patvirtinimo“// Valstybės žinios. 2012, Nr. 116-5884
23. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2012 m. rugsėjo 17 d. įsakymas Nr. V-861 “Dėl pirminės ambulatorinės psichikos sveikatos priežiūros paslaugų teikimo tvarkos aprašo patvirtinimo“// Valstybės žinios. 2012, Nr. 110-5600.
24. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro ir Lietuvos Respublikos socialinės apsaugos ir darbo ministro 2008 m. liepos 10 d. įsakymas Nr. V-668/A1-243 „Dėl pacientų, teismo nutartimi pripažintų nepakaltinamais ir nukreiptų priverstinai gydytis, psichosocialinės reabilitacijos tvarkos aprašo patvirtinimo“// Valstybės žinios. 2008 Nr. 79-3162.

25. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas „Dėl teismo psichiatrijos ekspertizės organizavimo ir atlikimo tvarkos aprašo patvirtinimo“. 2013 m. birželio 12 d. Nr. V-616.// Valstybės žinios. 2013, Nr.65-3272.
26. Lietuvos Respublikos Vyriausybės nutarimas 1991 m . gruodžio 17 d. Nr. 566 „Dėl specialiojo psichiatrinio skyriaus įsteigimo“.
27. Seimo kontrolieriais pažyma Nr. 2013/1-35/3D-1728 „Pažyma dėl hospitalizuotų pacientų teisių apribojimų ir kitų suvaržymų taikymo Viešojoje įstaigoje Rokiškio psichiatrijos ligoninėje“
28. Valstybinės teismo psichiatrijos tarnybos prie Sveikatos apsaugos ministerijos ekspertinių padalinių darbo reglamentas patvirtintas Valstybinės teismo psichiatrijos tarnybos prie Sveikatos apsaugos ministerijos direktorės 2013 m. gruodžio 17 d. įsakymu Nr. 12P-40.
29. Viešosios įstaigos Rokiškio psichiatrijos ligoninės apsaugos priežiūros paslaugas teikiančios tarnybos veiklos reglamentas, patvirtintas 2012 m. liepos 16 d. direktoriaus įsakymu Nr. 55.
30. Viešosios įstaigos Rokiškio psichiatrijos ligoninės vidaus tvarkos taisyklės. Patvirtinta VŠĮ Rokiškio psichiatrijos ligoninės direktoriaus 2013-02-20 įsakymu Nr.5

Europos Žmogaus Teisių Teismo praktika:

31. Gajcsi v. Hungary // 2012. October 2. Nr.41242/08
32. Herczegfalvy v Austria// 1992 . September 24. Nr. 10533/83
33. Hutchison Reid v. the United Kingdom // 2003. February 20. Nr. 50272/99
34. Liuiza v Lithuania // 2012. July 31. Nr. 13472/06
35. Loveika v Lithuania // 2011. October 18. Nr. 31244/06
36. van der Leer v The Netherlands // 1990. February 21. Nr. 11509/85
37. Winterwerp v.The Nedherlands // 1979. October 24. Nr. 6301/73

Lietuvos Teismų praktika :

38. Lietuvos Aukščiausiojo Teismo 2005 m. lapkričio 22d. nutartis baudžiamojoje byloje Nr. 2K-793/2005
39. Lietuvos Aukščiausiojo teismo 2006 m. kovo 20 d. nutartis// Civilinė Byla Nr. 3K-3-200/2006
40. Lietuvos Aukščiausiojo Teismo baudžiamoji byla Nr. 2K–172/2009
41. Lietuvos Respublikos Konstitucinio Teismo 1996 m. vasario 28 d. nutarimas „Dėl Lietuvos Respublikos Vyriausybės 1995 m . rugpjūčio 30 d. nutarimo Nr. 1164 „ Dėl

dalies žemės ūkio ministerijos įmonių paskolų kapitalizavimo“ atitikimo Lietuvos Respublikos Konstitucijai, Lietuvos Respublikos žemės ūkio ekonominių santykių valstybinio reguliavimo įstatymo 9 straipsniui ir Lietuvos Respublikos akcinių bendrovių įstatymo 43 straipsnio pirmajai daliai“ // Valstybės žinios. 1996, Nr. 20-573.

42. Lietuvos Respublikos Konstitucinio Teismo nutarimas „ Dėl Lietuvos Respublikos baudžiamojo kodekso 105 straipsnio sankcijoje numatytos mirties bausmės atitikimo Lietuvos Respublikos Konstitucijai“. 1998 m. gruodžio 9 d.
43. Rokiškio rajono apylinkės teismo baudžiamoji byla Nr. T-336-128/2007.
44. Vilniaus apygardos teismo baudžiamoji byla Nr. 1-170-03.

Specialioji literatūra (lietuvių kalba) :

45. Baltrušaitytė G. Psichiatro–paciento santykiai pirminėje psichikos sveikatos priežiūroje // Sociologija. 2003. Mintis ir veiksmas, P. 1:102.
46. Benkunskas V. Psichikos sveikatos priežiūros terminų vartojimo teisiniame reglamentavime probleminiai aspektai // Sveikatos politika ir valdymas. 2012, P. 163-184.
47. Gedminas L. Nerimas ir benzodiazepinai // Lietuvos bendrosios praktikos gydytojas. 2009, tomas XIII, Nr. 9,P.550 – 553.
48. Goda, G., Kazlauskas, M., Kuconis P. ir kt.. Lietuvos Respublikos baudžiamojo proceso kodekso komentaras. T.II. Vilnius: VĮ Teisinės informacijos centras, 2003. P. 419.
49. Kanapeckaitė J. Įtariamųjų psichikos trūkumų (sutrikimų) atskleidimas ir nustatymas// Jurisprudencija. 2005, t. 75(67), P.43-49.
50. Kilikevičienė, V. Psichotraumuojančių (streso sukeltų) faktorių įtaka moterų impulsyviam ir agresyviam nusikalstamam elgesiui // Sveikatos mokslai. Nr. 1-2. P. 19-22.
51. Navickaitė, L. Priverstinė hospitalizacija// Klubo „I3 ir Ko“ žinios. 2007, 2(36), P. 6
52. Povilaitienė I., Maciūtė K. Bendruomeninės psichikos sveikatos paslaugos Lietuvoje //VŠĮ „Globali iniciatyva psichiatrijoje“. 2005, P.1-27.
53. Radavičius L. Pakaltinamumo, nepakaltinamumo ir riboto pakaltinamumo sąvokos, jų evoliucija ir šiuolaikinis supratimas // Psichiatrijos žinios. 2006, 5(42), P. 25 – 28
54. Radavičius, L.E. Teisės psichiatrija: istorija ir dabartis. Monografija. Vilnius: MRU. 2004. P. 114
55. Raškauskas V. Priverstinio hospitalizavimo psichiatrijoje paplitimas ir klinikiniai ypatumai: daktaro disertacija. Biomedicinos mokslai: medicina (07B). Vilnius, Vilniaus Universitetas, 2010.

56. Sakalauskas G. Asmenų, kuriems apribota laisvė, teisės //Žmogaus teisės Lietuvoje. – Vilnius, 2005. P. 278
57. Valickis G., Justickis, V., Čėsnienė I. Teismo psichologinė ekspertizė Lietuvoje: dabartinė padėtis, problemos ir galimi jų sprendimo būdai // Psichologija, 2006, 33, P.89-100.
58. Zajančkauskienė J. Kai kurie priverčiamųjų medicinos priemonių taikymo procesiniai aspektai // Jurisprudencija. 2006, 10 (88), P. 79 – 85. ISSN 1392-619.

Specialioji literatūra (anglų kalba) :

59. Abramowitz M, Grinshpoon A, Priebe S, Ponizovsky AM. New institutionalization as a rebound phenomenon? The case of Israel // The Israel journal of psychiatry and related sciences. 2008, 45(4), P. 272-7.
60. Ascher-Svanum, H., Faries, D.E., Zhu, B., Ernst, F.R., Swartz, M.S., Swanson, J.W. (2006). Medication Adherence and Long-Term Functional Outcomes in the Treatment of Schizophrenia in Usual Care // Journal of Clinical Psychiatry. 2006,67(3), P. 453-460.
61. Blight K.J., Ekblad S., Lindencrona F., Shahnavaz S. Promoting mental health and preventing mental disorder among refugees in Western Countries // International Journal of Mental Health Promotion. 2009, 11:1, P. 32-44.
62. Busfield J. 2000. Introduction: Rethinking the sociology of mental health // Sociology of Health & Illness, 2000, 22(5), P.43–558.
63. Clarke J. Body and soul in mental health care // Mental Health, Reginion & Culture, 2010, 13:6, P. 649-657.
64. Cuellar A. E., Snowden L. M., Ewing T. Criminal records of persons served in the public mental health system // Psychiatric Services. 2007, 58(1), P. 114–120.
65. Fazel S., Siever LJ. Percentage of people convicted of at least one violent crime // Journal of the American Medical Association. 2010, 1(3), P.144-149.
66. Frank R., McGuire T.G. Mental Health Treatment and Criminal Justice Outcomes // Archives of general psychiatry. 2010, 49(6), P. 476-83.
67. Haw C., Stubbs J., Bickle A., Stewart I. Coercive treatments in forensic psychiatry: a study of patients experiences and perferences// The journal of Forensic psychiatry and psychology. 2011, 22:4, P.564-585.
68. Henderson S. Mental Illness and the Criminal Justice System // The Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law. 2010, 38(1), P.100-103.
69. Kallert TW., Rymaszewska J., Torres-Gonzales F. Differences of legal regulations concerning involuntary psychiatric hospitalization in twelve European countiries:

implications for clinical practice // International Journal of Forensic Mental Health. 2007, 6(2), P. 197–207.

70. Knapp M, McDaid D, Mossialos E, Thornicroft G. Mental health policy and practice across Europe // Open University Press. 2007. P. 452
71. Koenraadt F. Forensic psychiatric expertise and enforced treatment in the Netherlands // Contemporary Crises. 1993, 7 , P. 171-182.
72. Lamb H.R., Weinberger L.E., Bruce H., Gross J.D. Community treatment of severely mentally III offenders under the jurisdiction of the criminal justice system : a review. // Psychiatric Services, 1999, 50 (7), P. 101-108.
73. Lidz CW, Hoge SK, Gardner W, Bennett NS, Monahan J, Mulvey EP. Perceived coercion in mental hospital admission. Pressures and process // Arch Gen Psychiatry. 1995, 52 (12), P. 1034–9.
74. Lysebetten T.V. Igodt. P. Compulsory psychiatric admission. A comparison of English and Belgian legislation// Psychiatric Bulletin. 2000, 24, P. 66-68.
75. Magee M., Jones B. Mental health resources // Journal of Consumer Health On the Internet, 2012, 16:1, P. 110-117.
76. Mark J. Heyrman. Mental Illness in Prisons and Jails // Roundtable, Volume 7, The University of Chicago Law School, 2010.
77. Melamed, Y. Mentally III Persons who commit crimes: punishment or treatment.? // The Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law. 2010, Nr.38, P.100-103.
78. Michaeel M., Bienenfeld D., Talavera F. Psychiatric Disorders Associated With Criminal Behavior // American Journal of Psychiatry. 2012,163(6), P. 1335-133.
79. Murthy RS., Lakshminarayana R. Mental health consequences of war: a brief review of research findings // World Psychiatry. 2006,5(1), P. 25–30.
80. Nazarenko G.V. Принудительные меры медицинского характера. Москва: Дело, 2003. P. 54.
81. Priebe S, Badesconyi A, Fioritti A, Hansson L, Kilian R, Torres-Gonzales F. Reinstitutionalisation in mental health care: comparison of data on service provision from six European countries // BMJ. 2005, 15330 (7483), P. 123–6.
82. Putkonen, H., Völlm, B. Compulsory pshychiatric detention and treatment in Finland // The journal of psychiatric bulletin. 2007, 31, P. 101-103.
83. Raboch J., Kalisová L., Nawka A., Kitzlerová E., Onchev G., Karastergiou A., Magliano L., Dembinskas A., Kiejna L., Torres-Gonzales F., Kjellin L., Priebe S., Kallert T. Use of Coercive Measures During Involuntary Hospitalization: Findings From The

European Countries // International journal of psyhiatric services. 2010, 61(10), P.1017-1017

84. Salize HJ, Dressing H. Epidemiology of involuntary placement of mentally ill people across the European Union // Br J Psychiatry. 2004; 184, P. 163-8.
85. Shiina A., Fujisaki M., Nagata T., Oda Y., Suzuki M., Youshizawa, M., Lyo M., Igarashi Y. Expert consensus on hospitalization for assessment: a survery in Japan for a new forensic mental health system // Annals of General Psychiatry. 2011, 10:11. P. 233-241
86. Soderstrom I.R. Mental Illness in Offender Populations // Journal of Offender Rehabilitation, 2007, 45:1-2, P.1-17.
87. Swartz M.S., Swanson J.W. Involuntary Outpatient Commitment, Community Treatment Orders, and Assisted Outpatient Treatment: What's in the Data? // The Canadian journal of Pychiatry. 2004; 49, P. 585–591

Kiti šaltiniai :

88. http://www.cpt.coe.int/lang/ltu/ltu-standards.pdf; prisijungimo laikas 2013-10-10.
89. http://www.sec.lt./pages/spr/Alf_mok/Text/Sv_sist/decent2.htm; prisijungimo laikas 2014-01-03.
90. http://www.teismai.lt/statistika/Baudziamosios.xls; prisijungimo laikas 2013-12-20.
91. http://www.un.org/; prisijungimo laikas 2013-10-10.
92. http://www.vpsc.lt/index.php?option=com_content&view=article&id=43%3Asergani-psichikos-ligomis-sk respublikoje&catid=12%3Apsichikos-sveikatos-statistika&Itemid=23&lang=lt ; prisijungimo laikas 2013-10-29.
93. http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf. ; prisijungimo laikas 2013-12-03.
94. http://www.who.org/mentalhealth/epidemiology/en/ ; prisijungimo laikas 2013-09-26.
95. http://www.wma.net/en/30publications/10policies/c8/index.html; prisijungimo laikas 2013-12-15.
96. www.delfi.lt/news/daily/crime/ibizoje-vyras-peiliu-suzeide-13-zmoniu.d?id=42380695; prisijungimo laikas 2013-01-03.
97. www.who.int/mental_health/evidence/en/; prisijungimo laikas 2014-02-27.
98. Psichikos sveikatos priežiūros paslaugų optimizavimo galimybių studija. 2007. UAB "Eurointegracijos projektai" P.6.
99. Žalioji knyga. Gyventojų psichikos sveikatos gerinimas. Europos Sąjungos psichikos sveikatos strategijos kūrimas. Briuselis, 2005.

Skirmantaitė, I. Psichikos ligonių, padariusių visuomenei pavojingą veiką, psichikos sveikatos priežiūros reguliavimas/Bioteisės magistro baigiamasis darbas. Darbo vadovas Prof. dr. Jonas Juškevičius. – Vilnius: Mykolo Romerio universitetas, Teisės fakultetas, 2014 –73 p.

ANOTACIJA

Magistro baigiamajame darbe nagrinėjami psichikos ligonių, padariusių visuomenei pavojingą veiką, psichikos sveikatos priežiūros reguliavimo ypatumai. Aptariamas priverčiamųjų medicinos priemonių rūšies paskyrimo, taikymo, pratęsimo ar panaikinimo procesas. Taip pat apžvelgiama kai kurių Europos Sąjungos valstybių narių teisinė ir teisminė praktika, aptarianti psichikos ligonių, padariusių visuomenei pavojingą veiką, priverstinio hospitalizvimo, priverčiamųjų medicinos priemonių bei prievartos priemonių taikymo praktines galimybes.

Raktiniai žodžiai: psichikos ligonis, sveikatos priežiūra, pavojinga veika, priverstinis hospitalizavimas, priverčiamosios medicinos priemonės.

Skirmantaitė, I. Mental health care regulation of psychiatric patients who have committed a dangerous act to the public. / Master's thesis of biolaw. Supervisor Prof. dr.Jonas Juškevičius – Vilnius: Faculty of law, Mykolas Romeris University, 2014. – 73 l.

ANNOTATION

Master’s thesis analyzes mental health care regulatory features of mental patients, who have committed socially dangerous acts.There is also discussed process of imposition, application, extension or cancellation compulsory medical measures. It also provides an overview of some of the EU Member States' legal and judicial practice that deals with practical possibilities of application compulsoryhospitalization, compulsory medical measures ant coercive measures for mental patients, who have committed socially dangerous act.

Key words:mental patient, health care, dangerous act, compulsoryhospitalization, compulsory medical measures.

SANTRAUKA

Psichikos ligoniai – vieni iš labiausiai socialiai pažeidžiamų asmenų grupių, kadangi visuomenėje vis dar vyrauja psichikos ligonių stigmatizacija, negatyvus požiūris ir elgesys jų atžvilgiu. Tą patį patvirtina ir Pasaulio Sveikatos Organizacija teigdama, jog asmenys sergantys psichikos ligomis vis dar susiduria su diskriminacija, smurtu ir prievarta visose gyvenimo srityse, todėl vienas iš pagrindinių siektinų tikslų - šių pacientų teisių ir teisėtų interesų apsauga. Dažnai psichikos ligonius tapatiname su nusikalstamų veikų padarymu mus supančioje aplinkoje, tačiau to laikyti šimta procentine taisykle negalime. Moksliniais tyrimais nustatyta, jog esant tam tikrų aplinkybių visumai *(medikamentų, skirtų gydyti ligai nevartojimas, psichotropinių medžiagų vartojimas, socialinė aplinka)* asmuo, sergantis psichikos liga gali būti linkęs dažniau daryti nusikalstamas veikas.

Asmenų, kurie padaro nusikalstamą veiką ne dėl psichikos ligos teisinė padėtis yra kitokia, lyginant su asmenimis, kurie nusikalstamą veiką padaro dėl psichikos ligos. Pagrindinis teisinės padėties skirtumas toks, jog asmenys, kurie serga psichikos liga ir teismo pripažinti nepakaltinamais yra atleidžiami nuo baudžiamosios atsakomybės ir jų atžvilgiu taikomos priverčiamosios medicinos priemonės (PMP), kurios suprantamos kaip gydymo ir valstybės prievartos priemonių visuma.

PMP taikymu siekiama apsaugoti tiek patį pacientą tiek ir visuomenę nuo neigiamo elgesio padarinių, ko pasėkoje ribojama žmogaus laisvė, todėl teisinis reguliavimas turi užtikrinti konkrečias teisių ribojimo ribas, nes šiuo metu Lietuvos teisinėje bazėje nėra normų, kurios aiškiai reglamentuotų skirtingų PMP rėžimų metu ribojamų teisių turinį. Taip pat pastebėta, jog PMP parinkimas siejamas su padarytos veikos pavojingumu kuomet padarius sunkesnę nusikalstamą veiką skiriama griežtesnė PMP, o tai prieštarauja pagrindiniam tikslui, kuriuo siekiama ne bausti, o gydyti. Taigi *šio darbo tikslas* - išanalizuoti psichikos ligonių, padariusių visuomenei pavojingą veiką, psichikos sveikatos priežiūros reguliavimo ypatumus, aptarti kokios yra teisių ribojimo ribos skirtingų priverstinio stebėjimo rėžimų sąlygomis.

Atlikus mokslinės literatūros, teisinės bazės bei teismų praktikos analizę galime pastebėti, jog esamas priverčiamųjų medicinos priemonių rūšies parinkimo, pakeitimo, nutraukimo bei teisių ribojimo skirtingų priverčiamųjų medicinos priemonių rėžimo metu teisinis reglamentavimas ir teismų atliekamas šių normų taikymas praktikoje nėra pakankamas užtikrinant teisę į kokybiškas, priimtinas psichikos sveikatos priežiūros paslaugas.

SUMMARY

Mental patients are one of the most socially vulnerable groups, because society is still dominated by the stigmatization of the mental patients, the negative attitude and behavior towards them. The same information is confirmedby the World Health Organization, stating that people with mental illnesses still face discrimination, violence and abuse in all areas of life, making it one of the main objectives to be achieved – protection of such patients' rights and legitimate interests. Frequently mental patients are identified with commitment of criminal act around us, but it can't be made a one hundred percent rule. Scientific studies has shown that in the whole certain circumstances (*not taking drugs to treat the disease, taking psychoactive substances,social environment*)a person suffering from mental illness may be more likely to commit criminal acts.

Legal situation of individuals, who committed a criminal act not because of mental illness, is different in comparison with individuals, who committed a criminal act because of mental illness. The main difference of the legal status is that individuals, who are mentally ill and are declared mentally incompetent by a court, are absolved from criminal liability and in respect of them are applied compulsory medical measures (CMM), which are understood as a whole of treatment and state coercive measures.

CMM application to protect both the patient himself and the public from the negative consequences of behavior, which results in the limitation of human freedom, accordingly, legal regulation must ensure specific restriction limits of the rights. Currently in Lithuanian legal base there is a lack of rules, which would clearly regulate the content of the rights restricted during the different CMM regime. It was also noted that the selection of CMM is associated with the hazardousness of the committed act, when committing more serious criminal act it is applied a heavier CMM,which is contrary to the main objective, which aims not to punish, but to treat. Accordingly, the main objective of this thesis – to analyze mental health care regulatory features of mental patients, who have committed socially dangerous acts, to discuss the limitations of the rights under different compulsory monitoring regime conditions.

After performing the analysis of scientific literature, the legal framework and case law, we can see that the current legal regulation of selection, replacement and suspension of compulsory medical measures and limitation of rights during different compulsory medical measures regime and practical application of these rules by a court is not sufficient to ensure the right to a quality and acceptable mental health care services.

Magisrto baigiamąjį darbą parengė: Indrė Skirmantaitė
El. paštas. indruteski@gmail.com

2014-04-03