

**RSU**

**MAGISTRA  
DARBS**

**2020**

Rīgas Stradiņa universitāte  
Juridiskā fakultāte  
Akadēmiskā maģistra studiju programma  
„Tiesību zinātne”

MAĢISTRA DARBS

**MEDICĪNISKA RAKSTURA PIESPIEDU LĪDZEKĻA –  
AMBULATORAS ĀRSTĒŠANAS MEDICĪNAS IESTĀDĒ –  
TIESISKAIS REGULEJUMS**

Darba autore:  
Marina Loseviča  
Studenta apliecības Nr. 18-039613

\_\_\_\_\_  
/paraksts/

2020.gada 22.maijā

Darba vadītāja:  
Dr.iur., docente Inga Kudeikina  
RSU Juridiskā fakultāte

\_\_\_\_\_  
/paraksts/

20.....gada .....

Rīga, 2020

## SATURS

Anotācija	5
Ievads	6
1. PIESPIEDU ĀRSTĒŠANAS VĒSTURE	12
1.1. Piespiedu psihiatriskās ārstēšanas regulējums Latvijas teritorijā	14
1.1.1. Nolikums par krimināliem un pārmācīšanas sodiem 1845.g.	15
1.1.2. 1903.g. Sodu likumi	17
1.1.3. 1933.gada Sodu likums	18
1.1.4. KPFSR 1922.gad kriminālkodekss 1926.gada redakcijā	18
1.1.5. 1961. gada LPSR kriminālkodekss	20
1.1.6. Latvijas Republikas Krimināllikums	23
2. MEDICĪNISKA RAKSTURA PIESPIEDU LĪDZEKĻA TIESISKĀ DABA, MĒRĶI, UZDEVUMI	
2.1. Medicīniska rakstura piespiedu līdzekļu tiesiskā daba	35
2.2. Medicīniska rakstura piespiedu līdzeklis mērķi, uzdevumi, pasākumi	44
2.3. Nodarījumi, ko izdara personas ar psihiskiem un uzvedības traucējumiem	
3. ĀRSTA UN PERSONAS, KURAI NOZĪMĒTS MEDICĪNISKA RAKSTURA PIESPIEDU LĪDZEKLIS, ATTIECĪBU TIESISKĀ BĀZE	55
3.1. Medicīniska rakstura piespiedu līdzekļu tiesiskais regulējums	
3.1.1. Medicīniska rakstura piespiedu līdzekļa realizācija	66
4. SABIEDRISKĀ BĪSTAMĪBA KĀ MEDICĪNISKA RAKSTURA PIESPIEDU LĪDZEKĻU PIEMĒROŠANAS PAMATS	80
4.1. Medicīniska rakstura piespiedu līdzekļa grozīšana, atcelšana	86
4.2. Medicīniska rakstura piespiedu līdzekļa grozīšana uz vairāk ierobežojošu	88
4.3. Medicīniska rakstura piespiedu līdzekļa atcelšana	90
5. PIESPIEDU PSIHIATRISKĀS ĀRSTĒŠANAS STARPTAUTISKS REGULĒJUMS UN PRAKSE	
5.1. Starptautisks regulējums	93
5.2. Piespiedu psihiatriskās ārstēšanas pasaules prakse	95
5.2.1. Gadījumu neatkarīgais audits	96
5.2.2. Starptautisks regulējums	88
5.3. Eiropas Cilvēktiesību tiesaprakse piespiedu psihiatriskās ārstēšanas lietās	99
6. PERSONU, KURĀM NOZĪMĒTS MEDICĪNISKA RAKSTURA PIESPIEDU LĪDZEKLIS, TIESĪBAS UN PIENĀKUMI	101
6.1. Tiesības uz kompensāciju	101

7. MEDICĪNISKA RAKSTURA PIESPIEDU LĪDZEKLIS ATŠĶIRĪBA NO ĀRSTNIECĪBAS	104
Nobeigums	107
Literatūras un avotu saraksts	
Pielikumi	

## **DARBĀ LIETOTIE SAĪSINĀJUMI**

AmbMRPL – medicīniska rakstura piespiedu līdzeklis ambulatora ārstēšana medicīnas iestādē

angl – no angļu valodas

ANO – Apvienoto Nāciju Organizācija

ĀL – Ārstniecības Likums

CL – Civillikums

KL – Krimināllikums

KPL – Kriminālprocesa likums

ECHR – Eiropas Cilvēktiesību tiesa

ES – Eiropas Savienība

CPT - Eiropas Padomes Eiropas Komitejas spīdzināšanas un necilvēcīgas vai pazemojošas rīcības vai soda novēršanai

MRPL – medicīniska rakstura piespiedu līdzeklis

WHO – Vispasaules veselības organizācija

## ANOTĀCIJA

Maģistra darbs ir veltīts medicīniska rakstura piespiedu līdzeklim – ambulatorai ārstēšanai. Darbā tiek analizēts sabiedriski bīstamo psihiski slimo personu ārstēšanas regulējums Latvijas teritorijā sākot no 19.gs. līdz mūsdienām; izklāstītas valsts, ārsta un personas attiecības piespiedu ārstēšanas gaitā, aprakstīti personu tiesību un brīvību ierobežojumi, norādīts uz tiesiskā regulējuma trūkumiem, neatbilstību starptautiskajai praksei un standartiem. Secināts, ka medicīniska rakstura piespiedu līdzekļu realizācija ir valsts pārvaldes uzdevums un tas jānodrošina ar valsts iestāžu palīdzību. Izstrādāti priekšlikumi attiecīgo likumu grozījumiem, piedāvātas izmaiņas tiesu praksei.

Atslēgas vārdi: cilvēktiesības, piespiedu ārstēšana, medicīniska rakstura piespiedu līdzeklis, sabiedriskā bīstamība, tiesiskais regulējums.

## ANNOTATION

The master's thesis deals with the compulsory measure of medical nature - outpatient treatment. The paper analyzes the regulation of treatment of socially dangerous mentally ill persons in the territory of Latvia starting from the 19th century and on; outlines the relationship between the state, the doctor and the person in the course of involuntary treatment, describes the restrictions on the rights and freedoms of persons, points out the shortcomings of the legal framework, non-compliance with international practice and standards. It has been concluded that the implementation of coercive measures of a medical nature is the task of the state administration and it must be ensured with the help of state institutions. Proposals for amendments to the relevant laws have been developed, changes in court practice have been proposed.

Key words: compulsory treatment, compulsory measures of medical nature, dangerousness to society, humans' rights, legislation.

## IEVADS

Pastāv vairākas situācijas, kad personas tiesības tiek ierobežotas veselības stāvokļa dēļ - piem., epilepsijas gadījumā tiek liegtas tiesības vadīt transportlīdzekli, depresijas gadījumā – iegādāties, glabāt un lietot šaujamieročus; ārzemēs adipozie bērni tiek izņemti no ģimenēm<sup>1</sup>, šobrīd tiek gaidīts ECHR Lielās palātas spriedums obligāto profilaktisko vakcināciju lietās<sup>2</sup>.

Piespiedu medicīniskā palīdzība sabiedrības drošības labā, ignorējot informētās piekrišanas institūtu, ir paredzēta psihisku un uzvedības traucējumu un infekciju slimību gadījumos.

Sabiedriski kaitīgi nodarījumi, ko veic psihiski slimās personas ir psihiatrijas un sabiedriskās veselības viena no svarīgākām problēmām. Šo nodarījumu raksturs atšķiras no tām, ko veic personas bez psihiskām saslimšanām vai būtiskām novirzēm un vienmēr raisa pārdomas vai bija iespējama to prevencija. Nodarījumi tiek veikti pilnīgi neparedzami, nepadodas vis loģikai, bet gan vienīgi psihotiska stāvokļa neprognozējamai dinamikai, ikviens var saskarties ar to sekām<sup>3</sup>.

No otras puses: ja attiecībā uz infekcijas slimībām mums ir pieejamas vakcīnas un citi individuālas profilakses pasākumi, tad pret psihisku saslimšanu neviens nav imūns – ikviens var saslimt un izdarīt sabiedriski kaitīgu nodarījumu. Tādā gadījumā mums jābūt pārliecībai, ka valsts spēs adekvāti rīkoties, izlīdzsvojot mūsu tiesības ar sabiedrības drošības prasībām.

Pārprotot psihiski slimās vai garīgi atpalikušās personas tiesības uz pašnoteikšanos, neizvērtējot lemtspēju, nerealizējot ārstēšanu piespiedu kārtā, persona tiek pakļauta nepietiekamās aprūpes (angl *neglect*), sociālās lejupslīdes, likuma pārkāpšanas riskam, pat riskam apdraudēt citas personas<sup>4</sup>.

---

<sup>1</sup> Murtagh, L., Ludwig, D.S. State Intervention in Life-Threatening Childhood Obesity // JAMA: the journal of the American Medical Association, 2011, Vol 306, Nr (2), p. 206-7.

<sup>2</sup> European Court of Human Rights, Press release issued by the Registrar of the Court, Grand Chamber to examine case concerning compulsory vaccination, Vavříčka v. the Czech Republic (application no. 47621/13) and five other Applications, 06.01.2020.

<sup>3</sup> Воронкова, Т.А., Аплетаев, А.А., Гирфанова, Е.П., Скотникова, Т.И. Социальные характеристики психически больных, совершивших общественно опасные действия: роль фельдшера в профилактике общественно опасных действий у больных с психозами. // Омский психиатрический журнал., 2017, No 1 (11), с 27 – 33.

<sup>4</sup> Prüter-Schwarte, C. Autonomie und Fürsorge im Maßregelvollzug. // Forens Psychiatr Psychol Kriminol, 2012, 6, p. 201–207.

Neskatoties uz pieticīgiem darbības rezultātiem piespiedu psihiatriskās ārstēšanas mehānisms pastāv vairākās pasaules valstīs; pēdējos gados daudzviet novērojams šīs kategorijas slimnieku pieaugums<sup>5</sup>. Tiek novērota intensīva nozares attīstība – pieaug konferenču, studiju ciklu, žurnālu un publikāciju skaits, parādās valdību ziņojumi ar aicinājumiem attīstīt un paplašināt tiesu psihiatriskus pakalpojumus; konstatējot, ka cietumu populācijā ir liels skaits personu ar psihiskiem traucējumiem un garīgi atpalikušo, kā arī zinot, ka agrīnas intervences riska grupas bērniem un jauniešiem (ar uzvedības traucējumiem) spēj samazināt delikvences risku nākotnē, robeža starp psihiatriju un krimināltiesībām izzūd<sup>6</sup>.

Skaidri tiesiskie rāmji tiesu psihiatrijā (tiesiskās noteiktības princips) ir sevišķi svarīgi, lai pasargātu un atturētu: pacientus - no medikalizācijas viņu uzvedības kontroles nolūkā, pārmērīgas viņu sabiedriskās bīstamības novērtēšanas; ārstus – no profesionāla imperiālisma, valsti – no mēģinājuma savus pienākumus novelt uz mediķu pleciem (piem., uzticēt rūpes par sabiedrības drošību vai iedzīvotāju uzvedības kontroli, kā tas bija padomju okupācijas laikā specializētās psihiatriskās slimnīcās).

Latvijā vismaz kopš 2012.gada tiek veikti mēģinājumi pilnveidot medicīniska rakstura piespiedu līdzekļa regulējumu<sup>7</sup>.

Latvijas Republikas Tiesībsargs 2012.g. norādīja, ka normatīvajā regulējumā būtu jānošķir personas stacionēšana pret tās gribu no piespiedu terapijas nodrošināšanas, paredzot atsevišķus lēmumus katram ierobežojumam. Vienlaicīgi būtu jāparedz iespēja nodrošināt terapiju bez personas piekrišanas bez stacionēšanas, ieviešot efektīvus pacienta kontroles mehānismus<sup>8</sup>.

2017. gadā Tiesībsargs medicīniska rakstura piespiedu līdzekļa regulējuma pilnveidošanu izvirzīja par savas darbības prioritāti<sup>9</sup>.

---

<sup>5</sup> Barnett P, Matthews H, Lloyd-Evans B, Mackay E, Pilling S, Johnson S. Compulsory community treatment to reduce readmission to hospital and increase engagement with community care in people with mental illness: a systematic review and meta-analysis. // *Lancet Psychiatry*. 2018 Dec;5(12):1013-1022.

<sup>6</sup> Buchanan, A., Wootton, L. Care of the Mentally Disordered Offender in the Community, Oxford; 2 edition , 2017, 384.

<sup>7</sup> Medicīniska rakstura piespiedu līdzekļu efektīvākai piemērošanai nepieciešami grozījumi Kriminālprocesa likumā un Ārstniecības likumā, 05. jūnijs, 2012. Pieejams: <http://www.at.gov.lv/lv/jaunumi/par-notikumiem/mediciniska-rakstura-piespiedu-lidzeklu-efektivakai-piemerosanai-nepieciejami-grozijumi-kriminalprocesa-likuma-un-arstniecibas-likuma> [skatīts 23.03.2020.]

<sup>8</sup> Latvijas Republikas tiesībsarga 2012.gada ziņojums, Rīga, 2013. Pieejams [https://www.tukums.lv/images/stories/Aktuali/Publikacijas/Tiesibsarga\\_2012\\_gada\\_zinojums\\_FINAL.pdf](https://www.tukums.lv/images/stories/Aktuali/Publikacijas/Tiesibsarga_2012_gada_zinojums_FINAL.pdf), [skatīts 20.03.2020.]

<sup>9</sup> Tiesībsargs apņēmis pilnveidot medicīniska rakstura piespiedu līdzekļu piemērošanas regulējumu, 13.12.2016., <https://medicine.lv/raksti/tiesibsargs-apnemies-pilnveidot-mediciniska-rakstura-piespiedu-lidzeklu-piemerosanas-regulejumu>, [skatīts 13.05.2020.]



2016.gadā Eiropas Cilvēktiesību Tiesa spriedumā lietā O.G. pret Latviju 2 pasvītēja, ka Latvijas tiesas lēmumi par medicīniska rakstura piespiedu līdzekli ir deklarātīva rakstura un nenosaka to izpildīšanas kārtību<sup>10</sup>.

Diemžēl, situāciju mainīt līdz šim nav izdevies un 2020.gada janvārī Tiesībsargs ir norādījis uz sistēmisko izmaiņu nepieciešamību medicīniska rakstura piespiedu regulējumā, starpdisciplināras sadarbības ieviešanu, lai sasniegtu medicīniska rakstura piespiedu līdzekļa virsmērķi - sabiedrības drošību un noziedzīgu nodarījumu izdarījušās personas resocializāciju<sup>11</sup>.

2019.gada rudenī darba grupa sagatavoja konceptuālo ziņojumu "Par risinājumu medicīniska rakstura piespiedu līdzekļa izpildes regulējumam", kurā minēts, ka "Personas, kurai piemērots medicīniska rakstura piespiedu līdzeklis (it īpaši ambulatora ārstēšana medicīnas iestādē), ārstēšana balstās uz labprātīgu noteiktā līdzekļa pildīšanu un ārsta norādījumu ievērošanu. Ārstam, ārstējot minēto personu, nav jāpiemēro nekādi papildus piespiedu līdzekļi,...". Pēc ziņojuma izskatīšanas tika nolemts neveidot medicīniska rakstura piespiedu līdzekļa realizāciju koordinējošu iestādi, neiesaistīt citu ministriju spēkus - līdzekļa izpildes efektīvāka nodrošināšana tiks panākta ar esošajiem (veselības aprūpes) resursiem, precizējot normatīvos aktus (grozījumi Ārstniecības likumā, vai arī jauns tiesību akts - likums vai Ministru kabineta noteikumi - atkarībā no jauno normu apjoma un būtības)<sup>12</sup>.

Maģistra darba autore nevar piekrist darba grupu secinājumiem, uzskata par nepieciešamu izpētīt un izskaidrot ambulatorā piespiedu līdzekļa tiesisku būtību un regulējumu, noskaidrot visu iesaistīto pušu tiesības, pienākumus, tiesisku atbildību.

Darba autore izvēlas arī salīdzināt līdzīgu institūtu realizācijas regulējumu ārzemēs - ārzemju krimināltiesību sistēmas pētīšana ir aktuāla starptautiskas sabiedrības integrācijas apstākļos, kad uz valsts tiesību sistēmu pieaug ietekme no starptautiskām tiesību normām; kā arī tāpēc, jo Kriminālprocesa likuma C.daļa paredz starptautisku krimināltiesisku sadarbību medicīniska rakstura piespiedu līdzekļa piemērošanas gadījumos<sup>13</sup>.

**Pētījuma mērķis:** analizējot medicīniska rakstura piespiedu līdzekļa – ambulatoras ārstēšanas medicīnas iestāde - tiesisku regulējumu, konstatēt tā pretrunas un piemērošanas praksē problemātiku, izstrādāt tiesiskā regulējuma grozījumus normatīvajos aktos.

<sup>10</sup> 2016. Eiropas Cilvēktiesību tiesas spriedums lietā O.G. pret Latviju (Nr. 2), Nr. 69747/13.

<sup>11</sup> Tiesībsarga vēstule Ministru prezidentam A.K.Kariņam lietā Nr.Nr. 1-5/7 "Par Veselības ministrijas Konceptuālo ziņojumu "Par risinājumu medicīniska rakstura piespiedu līdzekļa izpildes regulējumam", pieejams [http://www.tiesibsargs.lv/uploads/content/mp\\_karinam\\_par\\_konceptualo\\_zinojumu01\\_2020\\_1579779921.pdf](http://www.tiesibsargs.lv/uploads/content/mp_karinam_par_konceptualo_zinojumu01_2020_1579779921.pdf), [skatīts 15.05.2020.]

<sup>12</sup> Ministru kabineta 2020. gada 29. aprīļa rīkojums Nr. 223 "Par konceptuālo ziņojumu "Par risinājumu medicīniska rakstura piespiedu līdzekļa izpildes regulējumam"". Latvijas Vēstnesis, 84, 30.04.2020.

<sup>13</sup> Kriminālprocesa likums. Latvijas Vēstnesis, 74, 11.05.2005.

### **Pētījuma uzdevumi:**

- 1) Analizēt medicīniska rakstura piespiedu līdzekļu tiesisko dabu, mērķus, uzdevumus, saturu;
- 2) Analizēt ārsta un personas, kurai ir noteikts medicīniska rakstura piespiedu līdzeklis, attiecību tiesisko bāzi medicīniska rakstura piespiedu līdzekļa realizācijas gaitā;
- 3) Izpētīt medicīniska rakstura piespiedu līdzekļa piemērošanas, turpināšanas, grozīšanas un atcelšanas tiesisko regulējumu;
- 4) Izpētīt medicīniska rakstura piespiedu līdzekļa starptautisku regulējumu, pasaules praksi, ar to saistītu Eiropas Cilvēktiesību Tiesas judikatūru;
- 5) Analizēt personu, kurām nozīmēts medicīniska rakstura piespiedu līdzeklis, tiesības un pienākumus;
- 6) Konstatēt medicīniska rakstura piespiedu līdzekļa atšķirības no ārstniecības.

**Pētījuma objekts:** valsts un iesaistīto personu (persona, kurai noteikts ambulatoru piespiedu līdzeklis; ārsts, kurš realizē ambulatoru piespiedu līdzekli) tiesiskās attiecības.

**Pētījuma priekšmets:** medicīniska rakstura piespiedu līdzekļa – ambulatoras ārstēšanas medicīnas iestāde - tiesisks regulējums.

**Pētījuma jautājumi:** 1) kāds ir ambulatorā piespiedu līdzekļa mērķis, būtība, saturs, piemērošanas un atcelšans pamats? 2) kādi ir ārsta un personas pienākumi, tiesības, tiesību ierobežojumi? 3) kādi ir valsts iestāžu pienākumi medicīniska rakstura piespiedu līdzekļa piemērošanas gadījumā? 4) Kādas ir medicīniska rakstura piespiedu līdzekļa atšķirības no ārstniecības? 5) Kādas ir medicīniska rakstura piespiedu līdzekļa tiesiskā regulējuma nepilnības?

### **Pētījumā izmantotās metodes:**

- 1) *Analītiskā* pētnieciskā metode tiek izmantota jēdziena, tiesību aktu un normu saturu, zinātniskās literatūras, kā arī tiesu prakses materiālu izpētei, likumdevēja pozīcijas izzināšanai;
- 2) *Vēsturiskā* pētniecības metode tiks izmantota, pētot ambMRPL regulējošo tiesību normu izcelsmi un attīstību Latvijas Republikā, liekot akcentu uz tiesību transformāciju pēdējos gados;
- 3) *Deskriptīvā (aprakstošā)* pētniecības metode, tiks izmantota, lai izklāstītu ambMRPL būtību, problemātiku un problēmas risinājumu;
- 4) *Dogmatiskā* pētniecības metodes tiks izmantota, lai izprastu MRPL regulējošu tiesisko normu juridiskā satura pareizu izpratni un iepazītu būtību.

Interpretējot tiesību normas, lai noteiktu to jēgu, piemērošanas īpatnības un noformulētu priekšlikumus normatīvā regulējuma uzlabošanai un veicot normatīvo aktu analīzi, dilpomande darbā izmanto šādas tiesību normu interpretācijas metodes:

1) *Gramatiskā* interpretācijas metode tiks pielietota normatīvo aktu lingvistiskās būtības un idejiskās nozīmes izzināšanai;

2) *Teleoloģiskā* interpretācijas metode tiks pielietota normatīvo aktu jēgas un būtības izzināšanai izrietot no tiesību normu radītāja nolūka un motivācijas viedokļa lietderīga un taisnīga mērķa sasniegšanai ar attiecīgā normatīvā akta palīdzību; japielieto doktrinālie skaidrojumi, judikatūra un (svarīgākais) likuma sagatavošanas dokumenti, likuma vai to grozījumu anotācija; mazākā mēra – medijos pieejami viedokļi un skaidrojumi.

4) *Vēsturiskā* interpretācijas metode tiks pielietota normatīvo aktu jēgas un būtības izzināšanai, ņemot vērā ekonomisko, tiesisko situāciju normatīvo aktu radīšanas laikā, tā brīža tiesiskās vajadzības, medicīnas attīstības tendences, normu radītāja motivāciju un citus vēsturiskos apstākļus noziedzīgi iegūtu līdzekļu legalizācijas novēršanas normatīvo aktu tapšanas laikā; jāņem KL un, virzoties hronoloģiski, jāizseko izmaiņu ieviešanai pantā, kurš regulē ambMRPL;

5) *Sistēmiskā* interpretācijas metode tiks izmantota, lai izzinātu attiecīgu tiesību normu jēgu, interpretējot tiesību normas to kopsakarībā. Sistēmiski ambMRPL tiesiskais regulējums jāinterpretē, izmantojot dažādus normatīvus aktus to hierarhālā secībā.

#### **Darba teorētisko un normatīvi tiesisko bāzi veido:**

Tiek analizētas attiecīgas Latvijas Republikas un ārvalstu tiesību akti, Latvijas Republikas Satversme, starptautiskie līgumi, Eiropas Savienības normatīvie akti, Latvijas un ārvalstu zinātniskā literatūra (autoru darbi latviešu, krievu, angļu valodā) un doktrīna un, visbeidzot, judikatūra un tiesu prakse, kā arī ziņas no Iekšlietu Ministrijas Informācijas centra, darba autorei izsniegtās uzziņas.

Lai izvairītos no terminoloģiskām neskaidrībām darbā tiek bieži izmantoti terminu nosaukumi oriģinālvalodā (angļu, vācu, krievu) un vēsturiski nosaukumi.

Pētījuma ierobežojumi: ņemot vērā darba apjomu, autore izvēlējusies fokusēties uz medicīniska rakstura piespiedu līdzekļa – ambulatoras arstēšanas medicīnas iestāde - regulējumu, kuru piemēro personām, kuras ir izdarījušas krimināllikumā paredzētus nodarījumus nepieskaitāmības stāvoklī. Ārpus apskatāmo jautājumu loka ir medicīniska rakstura piespiedu līdzekļa piemērošana ierobežoti pieskaitāmiem un lemtspējas koncepcija.

# 1. PIESPIEDU ĀRSTĒŠANAS VĒSTURE

Lai izprastu medicīniska rakstura piespiedu līdzekļa (MRPL) tiesisko dabu un mērķus, ir jāsāk ar vēsturisko metodi.

Astoņpadsmitajā gadsimtā Eiropā pilsētas vēl nebija lielas un psihiski slimie maz traucēja iedzīvotājiem. Viņi nonāca klosteros, cietumos, patversmēs, tika turēti mājās (kur bieži vien cieta no piederīgo vardarbības) vai arī kļuva par klaidoņiem. Savukārt 19. gadsimtā Eiropas iedzīvotāju vidējā dzīvildze pieauga par 15 gadiem un iedzīvotāju skaits gandrīz dubultojās<sup>14</sup>. Sabiedrība prasīja gan atbrīvot to no agresīviem slimniekiem, gan aprūpēt bezpalīdzīgos. Psihiski slimo aprūpe kļuva par tautas morālā un intelektuālā līmeņa rādītāju<sup>15</sup>.

Deviņpadsmitā gadsimtā par lielu sabiedriskās veselības problēmu Eiropā saglabājās sifiliss; sevišķi tā izplatība pieauga pēc Napoleona kariem. Par cik toreiz sifilisa izplatību cieši saistīja ar prostitūciju, cīņa ar infekciju bija apvienota ar prostitūcijas reglamentācijas sistēmu. Iekšlietu Ministrijā tika dibinātas Medicīniski policejiskas komitejas<sup>16</sup>. Rīgas komiteja tika dibināta kā viena no pirmajām: 1843 – 1845.gg. un apvienoja mūsdienu tikumības policijas, kriminālpolicijas, nodokļu inspekcijas, seksuāli transmisīvo saslimšanu dispansera, Veselības inspekcijas un pat Veselības Ministrijas funkcijas. Konstatējot veneriskās slimības pazīmes prostitūtas piespiedu kartā tika nosūtītas ārstēšanai – Rīgā piespiedu ārstēšana notika Dievam tīkamās iestādēs Aleksandra Augstumos, speciāli izveidotajā nodaļā<sup>17,18</sup>. Rīgā, Sanktpēterburgā, Varšavā, Kazaņā, uzraudzība bija organizēta vislabāk, un vienīgā, kur **Medicīniski policejiskās komitejas darbību reglamentēja īpašs noteikumu kodekss** (apstiprināts 1854. g. janvārī)<sup>19</sup>. Rīga bija arī starp tām pilsētām, kur **Komitejas policejiska un medicīniska funkcija bija apvienotas vienā institūcijā un atradās vietējās policijas pārziņā**<sup>20</sup>.

<sup>14</sup> Луйга, Ю. Призрѣніе душевнобольныхъ въ Прибалтійскомъ краѣ. Исторія призрѣнія душевнобольныхъ в Остзейскихъ губерніяхъ. Диссертация на степень доктора медицины. Юрьевъ, 1904, 57 с.

<sup>15</sup> Kuzņecovs, V., Loseviča, M. Psihiatrijas attīstība Krievijas impērijas Vidzemes, Kurzemes un Igaunijas guberņās 19. gadsimta beigās: Emīla Krēpelīna darbība (1886–1891) // Acta medico-historica Rigensia (2019) XII: 22-66.

<sup>16</sup> Нижник, Н. С. Деятельность врачебно-полицейских комитетов Министерства внутренних дел по осуществлению социального контроля над девиантным поведением в российском обществе // Вестник Санкт-Петербургского университета МВД России, Vol. 54, No. 2, 2012, с 11-18.

<sup>17</sup> Kuzņecovs, V., Loseviča, M. Magdalēnas patversme Rīgā // Latvijas Universitātes raksti. Rīga, Latvijas Universitātes Akadēmiskais apgāds, 2014, Vol. 800.sēj. Zinātņu vesture un muzejniecība, 135.–157. lpp.

<sup>18</sup> Miltiņš V., Ernsta Bergmaņa pētījumi par sifilisu un lepru Vidzemes guberņā // Acta medico-historica Rigensia (1997) III: 211–215.

<sup>19</sup> Kuzņecovs, V., Loseviča, M. Magdalēnas patversme Rīgā // Latvijas Universitātes raksti. Rīga, Latvijas Universitātes Akadēmiskais apgāds, 2014, Vol. 800.sēj. Zinātņu vesture un muzejniecība, 135.–157. lpp.

<sup>20</sup> Нижник, Н. С. Деятельность врачебно-полицейских комитетов Министерства внутренних дел по осуществлению социального контроля над девиантным поведением в российском обществе // Вестник Санкт-Петербургского университета МВД России, Vol. 54, No. 2, 2012, с 11-18.

Savukārt, vājpātīgo nami Krievijā atradās Dievam tīkamam iestāžu sastāvā kopā ar vispārējā profila slimnīcu, nabagmāju, darba un pārmācības namu, venerisko slimnīcu. ***Iestādes arī bija Iekšlietu ministrijas pakļautībā – līdzīgi kā Medicīniski policejiskās komitejas***<sup>21</sup>.

Rīgā Aleksandra Augstumu iestādes (mūsdienās VSIA “Rīgas Psihiatrijas un Narkoloģijas Centrs”, turpmāk RPNC) uzņēma sabiedriski bīstamus psihiski slimus no visas Līvzemes guberņas un arī no citām Impērijas guberņām (gan uz piespiedu ārstēšanu pēc tiesas lēmuma, gan uz pārbaudēm jeb ekspertīzēm); Rīgas iedzīvotājiem neatliekamai psihiatriskai palīdzībai sniedza arī slimnīca Rotenbergs (mūsdienās VSIA „Traumatoloģijas un ortopēdijas slimnīca”)<sup>22</sup>; abas iestādes bija pārpildītas un gultasvietu trūkuma gadījumos nabadzīgie slimnieki, kam bija steidzami nepieciešama ievietošana stacionārā, līdz 1887. gadam atradās t. s. vājpātīgo patversmē – pie pilsētas cietuma rezerves lazaretēs Tallinas ielā; tad 1887. gada 1. maijā tika atklāta Pagaidu stacija (vāc *Zwischenstation*); 1888. gada decembrī to pārvietoja uz Rotenbergu<sup>23</sup>. Tur nogādāja policistu aizturētos psihiski slimos līdz brīdim, kamēr policisti noskaidroja viņu teritoriālo piederību un personu varēja attiecīgi pārsūtīt. Bieži vien tur atradās sabiedriski bīstami pacienti ar īpaši smagām slimības formām.<sup>24, 25</sup>.

Rīgā psihisko un venērisko slimību ārstēšana vienā iestādē (Dievam tīkamajās iestādēs Aleksandra Augstumos) saglabājās līdz pat Otram pasaules karam<sup>26</sup>.

***Tātad – vēsturiski ar sabiedrības drošības jautājumiem infekciju slimību apkarošanas un bīstamo psihiski slimo ārstēšanas un aprūpes jomā nodarbojās valsts iestādes*** - Iekšlietu Ministrija, kā arī tai pakļautās Medicīniski Policejiskās komitejas. Sabiedrībai bīstamo personu izolēšana un ārstēšana notika valsts iestādē.

## **1.1. PIESPIEDU PSIHIASTRISKĀS ĀRSTĒŠANAS REGULĒJUMS LATVIJAS TERITORIJĀ**

Krievijas likumos norādījumi par psihiski slimo ekskulpāciju ir atrodamī kopš 17.gs.; 18.gs. likumos parādās norādījumi par viņu ievietošanu aprūpes iestādēs un par agresīvu

<sup>21</sup> Kuzņecovs, V., Loseviča, M. Psihiatrijas attīstība Krievijas impērijas Vidzemes, Kurzemes un Igaunijas guberņās 19. gadsimta beigās: Emīla Krēpēlna darbība (1886–1891) // Acta medico-historica Rigensia (2019) XII: 22-66.

<sup>22</sup> Ibid.

<sup>23</sup> Тобин, А. Призрѣніе бѣдныхъ въ г. Ригѣ: историко-статистический очерк. Рижская городская статистическая комиссия, Рига, 1895, с.395.

<sup>24</sup> Луйга, Ю. Призрѣніе душевнобольныхъ въ Прибалтійскомъ краѣ. Исторія призрѣнія душевнобольныхъ в Остзейскихъ губерніях. Диссертація на степень доктора медицины. Юрьевъ, 1904, с.57.

<sup>25</sup> Тобин, А. Призрѣніе бѣдныхъ въ г. Ригѣ: историко-статистический очерк. Рижская городская статистическая комиссия, Рига, 1895, с.395.

<sup>26</sup> Kuzņecovs, V., Loseviča, M. Magdalēnas patversme Rīgā // Latvijas Universitātes raksti. Rīga, Latvijas Universitātes Akadēmiskais apgāds, 2014, Vol. 800.sēj. Zinātņu vesture un muzejniecība, 135.–157. lpp.

alkoholiķu nosūtīšanu uz pārmācības namiem. Krievijas Impērijas 1832.gada likumu nolikums paredzēja nogalināšanu izdarījušos vājprātīgos ievietot atsevišķi (gādājot par pārējo slimnieku drošību)<sup>27</sup>. Ostzejas guberņās sistēmiska psihiski slimo uzraudzība un aprūpe bija uzsākta 18.gs. beigās, kad Līvzemes Sabiedriskās aizgādības komiteja izveidoja Rīgas trakonamu jeb “dolhauzi” (mūsdienu ēkas adrese ir Citadeles iela 12)<sup>28</sup>.

Ostzejas guberņās kopš to izveidošanas sākuma bija sarežģīta tiesiskā sistēma: bija vairāki tiesiskuma avoti, dažādām sabiedrības kārtām (zemniekiem, muižniekiem un pilsētniekiem) bija atsevišķa tiesiskā sistēma<sup>29</sup>. Krievijas imperatora Aleksandra III (1881–1894) valdīšanas laikā guberņas galīgi zaudēja savu īpašo statusu, 1830. – 1860.gg notika tiesību avotu sakārtošana un sistematizācija, rezultātā tapis “Ostzejas guberņu vietējo likumu kopsavilkums” trijās daļās (izdotas 1845.g. un 1864.g.)<sup>30</sup>; krimināltiesības netika analizētas un sakārtotas; 1877. gadā guberņās tika ieviesta Krievijas pilsētu tiesību sistēma<sup>31</sup>.

Krimināllikumi Latvijas teritorijā (no 19.gs.):

1) 1845. gada Nolikums par krimināliem un pārmācīšanas sodiem jeb kriev “Уложение о наказаниях уголовных и исправительных 1845 года” – Ostzejas guberņās stājas spēkā 1845.gadā<sup>32</sup>. No 1889. gada darbojās Krievijas procesuālie likumi<sup>33</sup>;

2) 1903. gada Sodu likumi (oficiāli ieviesa ar 1918.gada 6. decembra Latvijas Tautas Padomes izdoto likumu, stājoties spēkā vispirms Kurzemē, vēlāk Vidzemē; Latgalē - tikai ar 1920. gada 15. martā pieņemto likumu. Bija spēkā Latvijas teritorijā līdz 1933. gada 31. jūlijam);

3) 1933. gada Sodu likums - stājās spēkā 1933.gada 1.augustā un bija spēkā līdz 1940. gada 25. novembrim;

4) 1926. gada KPFSR kriminālkodekss - no 1940. gada 26. novembra;

---

<sup>27</sup> Калинина Т.М., Принудительные меры медицинского характера: меры государственного принуждения или меры безопасности? // Актуальные проблемы российского права, 2009, Nr 1, 342 – 348

<sup>28</sup> Kuznecovs, V. Abolishment of the Military Guard at the Riga Alexander Heights Institution in 1856: War as a Monitor of Humanization? // Baltic Journal of European Studies, Tallinn University of Technology, Vol. 1, No. 1(9), 269 – 281.

<sup>29</sup> Благовещенский, А.А. Остров Эзель, город Аренсбург и их достопримечательности. Типография при Императорской Академии Наук, 1881, 177 с.

<sup>30</sup> Сводъ мѣстныхъ узаконеній губерній Остзейскихъ: повелением Государя императора Николая Павловича составленный, часть 1, Типография Второго отделения Собственной Его Императорского Величества канцелярии, 1845, С - Петербург, 268.

<sup>31</sup> Кодан С.В., Февралёв С.А. Местное право Прибалтики в правовой системе Российской Империи: интеграция, систематизация, унификация (XVIII – начало XX вв.) // Юридические исследования, 2013, № 7, с125 - 147.

<sup>32</sup> Белогриц-Котляревский Л.С., Учебник русского уголовного права: Общая и особенная части. Киев: Южно-рус. кн-во Ф.А. Иогансона, 1903, с 628.

<sup>33</sup> Таганцев, Н. С. Русское уголовное право. Часть общая: лекции / [соч.] Н. С. Таганцева. - 2-е изд., пересмотр. и доп. - СПб. : Гос. тип., 1902. Т. 1. - 1902. - [4], II, [2], 815 с.

5) 1961. gada LPSR kriminālkodekss - stājies spēkā ar 1961.g. 1.aprīli; ar LR Augstākās Padomes 1991. gada 29.augusta lēmumu tiek uzskatīts par Latvijas kriminālkodeksu;

6) Krimināllikums - pieņemts 1998. gada 17.jūnijā., stājies spēkā ar 1999. gada 1. aprīli<sup>34</sup>.

### **1.1.1. Nolikums par krimināliem un pārmācīšanas sodiem 1845.g.**

Analizējot Nolikumu par krimināliem un pārmācīšanas sodiem (turpmāk Nolikums), izdodas noskaidrot, ka tas saturēja diezgan izplūdušu nepieskaitāmības definīciju un paredzēja piespiedu mērus (ārstēšanu, izolēšanu un aprūpi) tikai saistībā ar nogalināšanu, tās mēģinājumu vai paškaitējumu, kā arī par dedzināšanas mēģinājumu. Krimināllietu varēja ierosināt arī pret iepriekš par “oficiāli vājprātīgo” atzīto personu un pat ja persona nodarījuma izdarīšanas brīdī atradās vājprātīgo namā<sup>35</sup>; tiesā persona tika pārbadīta atkārtoti triju mediķu klātbūtnē (visdrīzāk, no turienes nāk ārstu konsiliju tradīcija – pieaicināt ne mazāk par trim ārstiem, autora piezīme)<sup>36</sup>. Ārstu viedoklis tiesai nebija saistošs un šo viedokli tiesa vērtēja “pēc savas iekšējās pārliecības”. Ja tiesai nebija šaubu par psihisku traucējumu patiesumu, persona tika nosūtīta uz vājprātīgo namu - uzturēšanai un ārstēšanai (*medicīniskis mērķis*, autores piezīme), kā arī lai nekādā gadījumā nepieļaut tās atgriešanos sabiedrībā bez īpašas atļaujas, pat ja piederīgie bija gatavi viņus aprūpēt un pieskatīt (*juridiskis mērķis* – drošības apsvērumi, autores piezīme)<sup>37</sup>. *Pielikumos pie Nolikuma 95.panta* bija noteikts šo *nepieskaitāmo stacionēšanas kārtība, ārstēšanas ilgums: divi gadi pēc izārstēšanas no psihiskās saslimšanas*; ja laiks pierādīja stabilu remisiju, persona tika atbrīvota no vājprātīgo nama, bet viņu īpašumi – no aizgādības. Dažos gadījumos remisijas novērošanas laiks varēja būt saīsināts - personu varēja nodot piederīgiem zem galvojuma. Citos saslimšanu un traucējumu gadījumos (pie akūtiem un pārejošiem traucējumiem vai kad stāvokli noteica iegūtās plānprātības aina) pat pēc tik nopietnu nodarījumu izdarīšanas slimnieks bija jānodod piederīgo vai citu privātpersonu (ar to piekrišanu) gādībā, lai stingri uzraudzītu; ja šīs personas nebija pietiekami uzticamas – personu paredzēja ievietot slimnīca vai sabiedriskās aizgādības iestādē<sup>38</sup>. Tātad – personu uzraudzība bija uzdevums juridiskā mērķa sasniegšanai. Jāsaka, ka 1845.Nolikumā novērošanas laiks bija saīsināts – iepriekšējos Krievijas Impērijas

<sup>34</sup> Krastiņš U. Krimināllikumam 10 gadi: tapšana, attīstība un perspektīva // Latvijas Universitātes Žurnāls „Juridiskā zinātne”, 2010., Nr 1., 5.–24. lpp.

<sup>35</sup> Таганцев, Н.С. Уложение о наказаниях уголовных и исправительных 1885 года. Издано проф. Императорского училища правоведения Н. С. Таганцевым .- 5-е изд., доп. .- С - Петербург : тип. М. Стасюлевича , 1886 .- [4], 714 с. ;

<sup>36</sup> Судебные уставы, высочайше утвержденные 20 ноября 1864 года, с разъяснением их по решениям кассационных департаментов Правительствующего сената, с включением текста всех статей Свода законов и Уложения о наказаниях, на которые сделаны ссылки, и всех последних узаконений, поясняющих и дополняющих Судебные уставы. Москва : типография Т. Рис, 1870. - [1], XXIII, 946 с.

<sup>37</sup> Таганцев, Н.С.Уложение о наказаниях уголовных и исправительных 1885 года. Издано проф. Императорского училища правоведения... Н. С. Таганцевым .- 5-е изд., доп. .- С - Петербург: тип. М. Стасюлевича , 1886 .- [4], 714 с.

<sup>38</sup> Ibid.

likumos bija paredzēts personu iestādē turēt piecus gadus pēc atveseļošanas, bet tas noveda pie psihiatrisko iestāžu pārpildīšanas. Tikai 1864.g. tiesu reformas rezultātā tiesu psihiatriskās ekspertīzes sāka notikt biežāk un tika ieviesta ārstu – ekspertu prakse piedalīties tiesas sēdēs. Personas, kuras paveica mazāk nozīmīgus nodarījumus un viņu psihiskās dabas traucējumi nebija tik acīmredzami, netika ekskulpeti un psihiatrisko palīdzību saņēma cietuma lazaretēs<sup>39</sup>.

Salīdzinājumam – Lielbritānijā sabiedriski bīstamo psihiski slimo piespiedu izolācija sākās 1800.gadā, kad tika pieņemts attiecīgs likums (*Criminal Lunatics Act*). Saskaņā ar to tika nosūtīts uz Bedlamu (angl *Bethlem Royal Hospital*) un līdz mūža galam ieslodzīts bēdīgi slavenais “vajāšanas mānijas” slimnieks Maknotens (*Daniel McNaughten*, 1813-1865) - uzskatot, ka glābj savu dzīvību no katoļu priesteru, jezuītu un Toriju partijas spiegiem, 1843.gada 20.janvārī viņš nošāva premjerministra sekretāru, no muguras sajaucot viņu ar pašu premjerministru<sup>40</sup>. Analizējot viņa psihisko stāvokli homicīda laikā tika formulēts t.s. Maknotena likums, kurš anglo – sakšu tiesībās joprojām ir nepieskaitāmības kritērijs<sup>41</sup>.

**Tātad** – deviņpadsmitā gadsimta pirmajā pusē tiesību normas saturēja sabiedriskās bīstamības koncepciju, noteikumus par piespiedu ārstēšanas un aprūpes realizāciju, veidiem, atcelšanu: gadījumos, kad bija iespējama izārstēšanās, personas bija nosūtāmas uz vājprātīgo namu (**medicīniskis mērķis**). Šo personu sabiedriskā bīstamība (resp., atkārtoto paasinājumu potenciāls) izgāja “laika pārbaudījumu”, pretējā gadījumā **juridiskā mērķa** saniešanai personas izrakstīšanai no vājprātīgo nama sekoja nodošana piederīgiem zem galvojuma uzraudzībai un atturēšanai no bīstamās rīcības (šīs normas atspulgs ir mūsdienu Krimināllikuma 68.panta otrā daļa - “nodošana tuvinieku vai citu personu, kas veic slimnieku kopšanu, gādībā”)<sup>42</sup>. Gadījumos, kad traucējumiem bija epizodisks (pārejošs) raksturs un tāpēc atrašanās vājprātīgo namā nebija racionāla, kā arī ja cerību uz izārstēšanos nebija, neskatoties uz saglabājamies potenciālu sabiedrisku bīstamību, personas bija jānodod uzraudzībā uzticamām personām vai (ja tādu nebija) valsts aprūpes iestādē – pēc darba autores domām, tieši no šīs normas ir cēlušās ambulatorā piespiedu līdzekļa normas regulējošās normas: resp., **personai saglabājas sabiedriskā bīstamība, bet tai ir jāsaņem aprūpe sabiedrībā, lai kāds savlaicīgi pamanītu paasinājumu un novērstu atkārtota**

<sup>39</sup> Балашов, А.Д. Принудительные меры безопасности и лечения в отношении лиц с психическими расстройствами в отечественных законодательных актах (историческая справка) // Медицинский журнал, 2008, Nr 3, с 1 – 11.

<sup>40</sup> Asokan T. V. Daniel McNaughton (1813-1865) // Indian journal of psychiatry, 2007. 49(3), 223–224.

<sup>41</sup> Kenneth J. W. Assassins in London and Washington Force Changes in the Insanity Defense. // Psychiatric Times, 26.03.2020, 37(3), 24.

<sup>42</sup> Krimināllikums. Latvijas Vēstnesis, 199/200, 08.07.1998.



**nodarījuma draudus.** Piespiedu mērus regulēja gan likums, gan pielikumi pie tā (praktiskus jautājumos); tā parādījās tiesību normās regulētā bīstamo psihiski slimo stacionāras un ārpus stacionāra (mūsdienās – ambulatoras) aprūpes tradīcija.

### 1.1.2. 1903.g. Sodū likumi

Atšķirībā no 1845.g. Nolikuma, jaunais likums atļāva piemērot piespiedu mērus pret nepieskatāmiem par ikvienu potenciāli krimināli sodāmu nodarījumu, **ja vien tiesa atzina, ka personu bez īpašās uzraudzības atstāt ir bīstami.** Sodū likumu 39.pants noteica gan nepieskaitāmības kritērijus (medicīnisku un juridisku – t.s. Taganceva formulu<sup>43</sup>), gan piespiedu mēru noteikšanas kritērijus:

1) nogalināšanas, visnotaļ smagu miesas bojājumu nodarīšanas, izvarošanas, dedzināšanas vai mēģinājumus to veikt – persona obligāti jāievieto ārstniecības iestādē;

2) **ja personas atstāšana bez īpašās uzraudzības tiek atzīta par bīstamu.**

Bija iespējams piemērot sekojošus mērus:

1) nodošana atbildīgajā uzraudzībā – vecākiem vai citām personām, kuras tām piekritušas. Par nepienācīgu šīs uzraudzības veikšanu bija paredzēta kriminālatbildība.

2) ievietošana speciālās ārstniecības vai citās, speciāli ierīkotas, iestādēs; atbrīvošana no tām bija iespējama tikai pēc tam, kad ārsti būs pārliecinājušies par viņu atveseļoanos. Nogalināšanas, visnotaļ smagu miesas bojājumu nodarīšanas, izvarošanas, dedzināšanas vai mēģinājumus to veikt gadījumā ievietošana iestādē, nevis pie vecākiem, bija obligāta<sup>44</sup>. Iespējams, tas bija sasitīts ar pieredzi, ka piederīgie ne vienmēr spēj pienācīgi tikt galā ar šo atbildīgu uzdevumu.

1903. Sodū likumos nebija definēti piespiedu mēru mērķi, bet krimināltiesību teorijā tika norādīts uz to prevencijas lomu. Ievērojamais Krievijas krimināltiesību zinātnieks profesors N.S.Tagancevs piedāvāja atšķirt **medicīniskus mērus** (ja psihiski traucējumi ir izārstējami, persona ir ievietojama slimnīcā) no **izolācijas mēriem** (ja traucējumi bija stabili, personas bija jānodod drošās patversmēs vai zem drošās privātās uzraudzības)<sup>45</sup>. Profesors norādīja uz nenoteiktu sabiedriski bīstamo psihiski slimo tiesisko stāvokli Vakareiropas valstīs – tie tiek atzīti gan par slimniekiem, gan par noziedzniekiem, tiek gan sodīti, gan ārstēti<sup>46</sup>.

<sup>43</sup> Балашов, А.Д. Принудительные меры безопасности и лечения в отношении лиц с психическими расстройствами в отечественных законодательных актах (историческая справка) // Медицинский журнал, 2008, № 3, с 1 – 11.

<sup>44</sup> Собрание узаконений и распоряжений Правительства, издаваемое при Правительствующем сенате. – Отдел первый 16 апреля 1903 года, № 38., Санкт-Петербург, Сенатская типография.

<sup>45</sup> Карпов, К. Н. Меры уголовно-правового воздействия, не являющиеся наказанием, в уголовном праве России (исторический аспект) // Научный вестник Омской академии МВД России. 2009. №1, с 60 – 64.

<sup>46</sup> Таганцев, Н.С. Русское уголовное право. Часть общая: лекции / [соч.] Н. С. Таганцева. - 2-е изд., пересмотр. и доп. - СПб. : Гос. тип., 1902. Т. 1. - 1902. - [4], II, [2], 815 с.

*Tātad* – divdesmitā gadsimta sākumā jau tika izdalīti divi MRPL mērķi: personas izārstēšana un delikta recidīva prevencija (*medicīniskis un juridisks mērķis*). Par nepienācīgu personu uzraudzību sabiedrībā bija paredzēts kriminālsods (mūsdienu analogija – atbildība par ambMRPL nepildīšanu vai izvairīšanos). Pašnāvība un tās mēģinājums (mūsdienu izpratnē – bīstamība sev, paškaitējums) bija izslēgta no to nodarījumu saraksta, par kuru izdarīšanu varēja nozīmēt piespiedu mērus. Arvien skaidrāk parādās *sabiedriskās bīstamības definīcija - ja personas atstāšanu bez īpašs uzraudzības tiesa uzskata par bīstamu*.

### 1.1.3. 1933.gada Sodu likums

1933. gada 1. Augustā stājās spēkā Latvijas brīvvalsts pirmais krimināllikums – Sodu likums (tika izstrādāts uz 1903. gada cariskas Krievijas Sodu likumu bāzes)<sup>47</sup>. Nogalināšanas, ļoti smagu miesas bojājumu, izvarošanas vai dedzināšanas vai to mēģinājumu gadījumā ievietošana ārstniecības iestādē vairs nebija obligāta, bet to noteica sabiedriskā bīstamības esamība. Bija noteikts, ka šos sabiedrības aizsardzības līdzekļus tiesa atceļ, ja pēc pārbaudīšanas atzīst, ka persona, pret kuru tie izlietoti, nav vairs bīstama<sup>48</sup>.

*Tātad* – sabiedriskās bīstamības koncepcija kļuva noteicoša piespiedu ārstēšanas un aprūpes mēru piemērošanā un atcelšanā.

### 1.1.4. KPFSR 1922.gada kriminālkodekss 1926.gada redakcijā

1933.gada Sodu likums bija spēkā līdz 1940. gada 25. novembrim, kad padomju okupācijas vara Latvijā ieviesa KPFSR 1922. gada kriminālkodeksu 1926.gada redakcijā, kurš bija spēkā līdz 1961. gada 31. martam, izņemot vācu okupācijas laiku<sup>49</sup>.

1922.gada Kriminālkodekss paredzēja “sociālās aizsardzības mērus” – no tiem uz psihiski slimajiem, kuri veikuši sabiedriski bīstamus nodarījumus, attiecās

- a) ievietošana iestādē intelektuāli (“garīgi”) un morāliski defektīviem (ja sabiedriski kaitīgs nodarījums pastrādāts ierobežotas pieskaitāmības stāvoklī, kā arī atkarības slimniekus);
- b) “piespiedu ārstēšana” (1922.gada jeb oriģinālredakcijā<sup>50</sup>) un “ievietošana ārstniecības iestādē apvienojot to ar izolāciju” (1926.g. redakcijā<sup>51</sup>); nepieskaitāmiem tas nozīmēja - psihiatriskā slimnīcā. Par cik specializētas iestādes defektīvajiem tā arī netika organizētas, arī pirmās grupas slimniekus (resp., ierobežoti pieskaitāmus) nosūtīja uz psihiatriskām

<sup>47</sup> Krastiņš U. Krimināllikumam 10 gadi: tapšana, attīstība un perspektīva // Latvijas Universitātes Žurnāls „Juridiskā zinātne”, 2010., Nr 1., 5.–24. lpp.

<sup>48</sup> Sodu likums ar komentāriem. Rīga, Valsts tipogrāfijas izdevums, 1936, 384 lpp.

<sup>49</sup> Krastiņš U., Liholaja V., Niedre A. Krimināltiesības. Vispārīgā daļa. Rīga: Tiesu namu aģentūra, 2008, 12.lpp

<sup>50</sup> Всероссийский Центральный Исполнительный Комитет, постановление от 1 июня 1922 года О введении в действие Уголовного Кодекса РСФСР., pieejams <http://www.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?req=doc&base=ESU&n=42602#06825642815606534>, skatīts 04.04.2020.

<sup>51</sup> О введении в действие Уголовного кодекса РСФСР редакции 1926 года Принят 2-й сессией ВЦИК XII созыва Введен в действие 1 января 1927 года постановлением ВЦИК от 22 ноября 1926 года (СУ N 80, ст.600), pieejams <http://docs.cntd.ru/document/901757374>, skatīts 04.04.2020.

slimnīcām. Kopš 19.gs. vidus psihiatru uzkrātā pieredze liecināja – ja personas ar kriminālo pagātņi un ar brīvības atņemšanu saistītā soda izciešanas pieredzi masveidā nonāk psihiatriskā slimnīcā, tas dezorganizē slimnīcu darbu. Tas apstiprinājās arī šoreiz<sup>52</sup>.

Rezultātā, balstoties praksē un reālajā situācijā, vairākus tiesu psihiatrijas jautājumus turpmāk nosaka instrukcijas, kura aizpildīja likuma robus un sniedza detalizētu MRPL realizācijas aprakstu.

1935.g. Krievijas Socialistiskā Federatīvā Padomju Republikā (KPFSR) tiek izdota instrukcija, kas skaidrāk noteica tiesu psihiatriskās ekspertīzes veikšanas kārtību, piespiedārstēšanas nozīmēšanas pamatu un izrakstīšanas kārtību, kā arī to, ka nepieskaitāmību nosaka tikai tiesa<sup>53</sup>. Sevišķi bīstamus psihiski slimus bija paredzēts nosūtīt uz specializētām psihiatriskām slimnīcām<sup>54</sup>. Vispārējā tipa psihiatriskās slimnīcas atradās Veselības Aizsardzības ministrijas pārziņā, bet specializētās – Iekšlietu Ministrijas pārziņā<sup>55</sup>. Turpmāk specializētas psihiatriskās slimnīcas kļuva par padomju varas represijas orgānu, kur masveidā iznīcināt politiskus oponentus<sup>56</sup>. Latvijas teritorijā tādas slimnīcas nav bijušas (nepieciešamības gadījumā personas tika sūtītas uz Čerņahovskas specializētu slimnīcu; atjaunojoties Latvijas neatkarībai, tika atvērta RPNC nodaļa ar apsardzi).

1948.gadā bija pieņemtas divas starpresoru instrukcijas (jādomā, tās darbojās arī Latvijas teritorijā)<sup>57</sup>. Instrukcijas detalizēti aprakstīja medicīniska rakstura piespiedu mēru piemērošanas pamatus un šo mēru veidus:

- a) piespiedu ārstēšana vispārējā tipa psihiatriskās ārstniecības iestādēs;
- b) piespiedu ārstēšana psihiatriskās iestādēs savienojumā ar izolāciju;
- c) nodošana piederīgo gādībā un ***reizē ārstu uzraudzībā***.

---

<sup>52</sup> Лоцинкин, В.В. Становление и развитие Российского уголовного законодательства о принудительных мерах медицинского характера, применяемых к психически больным лицам, совершившим общественно опасные деяния, после Октябрьской Революции 1917 г. // Вестник Томского государственного университета. Право. 2013. №1 (7), с 5 – 11; Балашов, А.Д. Принудительные меры безопасности и лечения в отношении лиц с психическими расстройствами в отечественных законодательных актах (историческая справка) // Медицинский журнал, 2008, № 3, с 1 – 11.

<sup>53</sup> Инструкция Наркомюста РСФСР и Наркомздрава РСФСР «О порядке назначения и проведения принудительного лечения психически больных, совершивших преступление»

<sup>54</sup> Лоцинкин, В.В. Становление и развитие Российского уголовного законодательства о принудительных мерах медицинского характера, применяемых к психически больным лицам, совершившим общественно опасные деяния, после Октябрьской Революции 1917 г. // Вестник Томского государственного университета. Право. 2013. №1 (7), с 5 – 11;

<sup>55</sup> Ibid.

<sup>56</sup> Виденеева, А.В., Иоголевич, В.А., Назарова, Н.Л., Фомичев, М.Н. Психиатрические лечебницы как элемент карательной системы советского тоталитарного государства., Юридическая наука: история и современность, 2015, № 8, с 165 – 176.

<sup>57</sup> Межведомственная инструкция Минздрава СССР и Минюста СССР, Генеральной Прокуратуры СССР - «О порядке производства судебнопсихиатрической экспертизы в СССР» и «О порядке применения принудительного лечения и других мер медицинского характера в отношении психически больных, совершивших преступление».

Pēc diplomdarba autores domām, šīs instrukcijas “c” punkts kļuva par ambulatorā piespiedu līdzekļa regulējuma iedīgli (faktiski, tā parādīšanas var tikt izsekota no 1845.gada Nolikuma). Instrukcija noteica nepieciešamību vērtēt personas psihisko stāvokli ik pēc sešiem mēnešiem, kā arī MRPL pārtraukšanas vai grozīšanas kritērijus (personas atvēršanās vai tāda psihiskā stāvokļa iestāšanās, kura daļēji vai pilnīgi novērš personas sabiedrisko bīstamību). Vēlāk šo instrukciju papildina vēl viena, kura paredzēja sekojošus piespiedu mērus attiecībā uz psihiski slimajiem, kuri ir veikuši sabiedriski kaitīgus nodarījumus:

- a) Piespiedu ārstēšanu vispārējā tipa psihiatriskās ārstniecības iestādēs;
- b) Piespiedu ārstēšanu specializētās psihiatriskās iestādēs;
- c) Ārstēšanu psihiatriskās slimnīcās vai komunās uz vispārējiem principiem<sup>58</sup>;
- d) Nodošanu radnieku gādībā un *reizē ārstu uzraudzībā*<sup>59</sup>.

Diplomdarba autore secina, ka instrukcija sevī apvienoja gan mūsdienu ĀL 68.panta, gan MRPL regulējuma analogus (resp., visa veida likuma pārkāpumus izdarījušo psihiski slimo personu ārstēšanas nosacījumus, neizdalot krimināllikumā paredzētus nodarījumus atsevišķi).

#### 1.1.5. 1961. gada LPSR kriminālkodekss

Latvijas PSR kriminālkodekss Latvijā darbojās no 1961. gada 1. aprīļa<sup>60</sup>. Tā piektā nodaļa bija veltīta “Medicīniska un audzinošā rakstura piespiedu līdzekļiem”, 55.pants paredzēja faktiski tikai viena veida piespiedu psihiatrisko ārstēšanu nepieskaitāmām personām – ārstēšanu psihiatriskā stacionārā: parastā psihiatriskā slimnīcā (ja psihiski slimais “jātur slimnīcā un jāārstē piespiedu kārtā”, bet arī te bija jābūt sabiedriskai bīstamībai – autora piezīme) un speciālā režīma psihiatriskā iestādē (“sabiedrībai sevišķi bīstamos” slimniekus). Likuma forma bija atļaujošā (tiesai atļāva piemērot MRPL); par režīma veidu tiesai bija jāizšķiras, citu starpā ņemot vērā arī sabiedriskās bīstamības pakāpi (nevis sabiedriskās bīstamības esamība kā tāda). Kriminālkodeksa 56.pants regulēja MRPL grozīšanu un izbeigšanu – “pēc ārstniecības iestādes atzinuma, ja persona ir izveseļojusies vai saslimšanas raksturs grozījies tiktāl, ka nav nepieciešams šādus līdzekļus piemērot” (nosacījumi lielā mērā atkārtoti iepriekš izdoto instrukciju tekstu). Izbeidzot vai nepiemērojot MRPL nepieskaitāmai personai, tiesa var nodot personu radnieku vai aizbildņu gādībā, nosakot obligātu ārstu uzraudzību. Te likumā parādās jauni termini – “*ārstniecības iestādes atzinums*”, “*obligāta*

<sup>58</sup> Latvijā pēc Otrā pasaules kara komūnu nav bijis – autores komentārs; Skat Lībiēte, I. Latvijā pirmā psihiatriskā kolonija ārsta Arnolda Laksberga atmiņās // Acta medico-historica Rigensia, 2010, 9. 368-375.

<sup>59</sup> Инструкция Минздрава СССР «О порядке применения принудительного лечения», 1954 года; Лоцинкин, В.В. Становление и развитие Российского уголовного законодательства о принудительных мерах медицинского характера, применяемых к психически больным лицам, совершившим общественно опасные деяния, после Октябрьской Революции 1917 г. // Вестник Томского государственного университета. Право. 2013. №1 (7), с 5 – 11; Случевский, И.Ф. Психиатрия, Медгиз, 1956.

<sup>60</sup> Krastiņš U. Krimināllikumam 10 gadi: tapšana, atīstība un perspektīva // Latvijas Universitātes Žurnāls „Juridiskā zinātne”, 2010., Nr 1., 5.–24. lpp.

*ārstu uzraudzība*” un tiek definēti MRPL grozīšanas un izbeigšanas kritēriji: atveseļošanās un radikālas psihiskās saslimšanas rakstura (norises likumsakarību) izmaiņas<sup>61</sup>. Tātad – ja psihiskās saslimšanas raksturs nav mainījies, saglabājas tipiska, zināma, prognozējama slimības norise, kritēriju grozīt vai atcelt MPRL nav. Likumā tiek lielā mērā atkārtoti 1948.g. instrukcijas kritēriji.

1982.g. Kriminālkodeksa komentāros rakstīts: tiesa piemēro MRPL, lai izārstētu garā slimo personu un aizsargātu sabiedrību no šādas personas iespējamiem bīstamiem nodarījumiem (resp., saglabājas prof. N.S.Taganceva formulēts medicīniskais un juridiskais mērķis). MPRL piemērošanas ilgums atkarīgs no personas psihiskā stāvokļa un ārstēšanas norises, tāpēc tiesa nevar noteikt MRPL piemērošanas termiņu. Ja tiesa neatzīst par nepieciešamu piemērot garā slimajam MRPL, kā arī gadījumā, ja šādu līdzekļu piemērošana izbeigta, tiesa var nodot viņu radnieku vai aizbildņu gādībā, nosakot obligātu ārsta uzraudzību<sup>62</sup>.

No 1967. līdz 1988. gadam MRPL un citu mēru piemērošanu attiecībā pret psihiski slimajiem noteica jauna instrukcija - tā atļāva piespiedārstēšanā pielietot “visas nepieciešamās un aprobētas medikamentozās un cita veida ārstēšanas metodes”; reglamentēja dokumentāciju piespiedu ārstēšanas gadījumā (slimības vēsturei pievienojot tiesu psihiatriskās ekspertīzes aktu, tiesas lēmumu, citus dokumentus), regulēja MRPL grozīšanas un atcelšanas kārtību un kritērijus – “personas atveseļošanās vai tāda psihiskā stāvokļa izmaiņas, kad iepriekš noteiktā MRPL veida piemērošana vairs nav nepieciešama”, pamatojoties uz ārstniecības iestādes komisijas atzinumu. Konstatējot personas psihiskā stāvokļa izmaiņas vai atveseļošanās, slimnīcas administrācija bija jāvērsās tiesā, lūdzot grozīt MRPL<sup>63</sup>.

Instrukcija paskaidroja MRPL mērķi un ilgumu: kamēr slimnieka psihiskais stāvoklis nebūs tiktāl mainījies, ka bīstamība sev un apkārtējiem ir izslēgta. Tāpēc MRPL ilgums netiek noteikts. Visi piespiedu ārstēšanā esošie periodiski tiek skatīti ārstu komisijā; ja tiek konstatētas attiecīgas psihiskā stāvokļa izmaiņas – slimnīcas administrācijas vērsās tiesā ar priekšlikumu par MRPL grozīšanu. Komisijas slēdziens tiek noformēts īpaša akta veidā: norādot slimnieka psihisko stāvokli, apstākļi, kuros slimniekam jāatgriežas, sistemātiskas ārstu novērošanas, ārstēšanas un profilakses pasākumu nepieciešamība. Instrukcija noteica,

<sup>61</sup> Latvijas Padomju sociālistiskās Republikas kriminālkodekss, Latvijas Padomju sociālistiskās Republikas Augstākās Padomes un Valdības Ziņotāja pielikums, Rīga, 1961., pieejams <https://dom.lndb.lv/data/obj/file/18119693.pdf>, skatīts 4.04.2020.

<sup>62</sup> Latvijas PSR Kriminālkodeksa komentāri, Rīga, Avots, 1982. 747 lpp.

<sup>63</sup> Инструкция о порядке применения принудительного лечения и других мер медицинского характера в отношении психически больных, совершивших общественно опасные деяния, утверждена заместителем Министра здравоохранения СССР А.Серенко 14 февраля 1967 года. Согласована с Верховным Судом СССР, Прокуратурой СССР и Министерством охраны общественного порядка СССР. Pieejama <http://www.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?req=doc&base=ESU&n=32278#02255849135873873>, skatīta 04.04.2020.

ka personas, kuru stāvoklis pēc MRPL izbeigšanas un izrakstīšanas no slimnīcas ir pasliktinājies, ir obligāti jāpieņem slimnīcā atpakaļ (mūsdienu analogs ārzemju praksē – angl *to recall to a hospital*, skat. zemāk). Instrukcija paredzēja aktīvās dispansera uzskaites nepieciešamību un noteica tās kārtību: pēc MRPL izbeigšanas 10 dienas pirms slimnieka izrakstīšanas psihiatriskā slimnīca nosūta psihoneiroloģiskam dispanseram pēc personas dzīves vietas izrakstu no slimības vēstures. Rajonos, kur nav psihoneiroloģisko dispanseru, izraksts tiek nosūtīts caur attiecīgu valsts veselības aizsardzības institūciju ***tai ārstniecības iestādei, kurai ir uzlikts pienākums aprūpēt psihiski slimus ambulatorā kārtā.*** Vienlaicīgi psihiatriskā slimnīca ziņo par MRPL un slimnieka izrakstīšanu pacienta radniekiem vai aizgādņiem, kā arī milicijai pēc dzīves vietas. Saņemot izrakstu, ambulatorajā iestādē tiek noformēta ambulatorā karte, kur tiek fiksēti dati par pacienta sabiedriski bīstamām darbībām, pacients tiek ņemts t.s. aktīvā dispansera uzskaitē saskaņā ar metodiskām rekomendācijām par psihoneiroloģisko dispanseru darbības kārtību (tostarp uzskaitē esošo pacientu apskašu biežumu)<sup>64</sup>. Instrukcija noteica arī ārstēšanu uz vispārējiem principiem (mūsdienu analogijās – atbilstoši ĀL) un nodošanu radnieku, aizgādņu un valsts veselības aprūpes institūciju aizgādībā: tiesa, atzīstot par nelietderīgu piespiedārstēšanas pielietošanu, pieņem lēmumu par personas nodošanu veselības aizsardzības institūciju ārstniecības iestādēm (atbilstoši KPSR kriminālprocesa likuma 410.pantam). Instrukcija paskaidroja arī MRPL saturu (pielietošanai atļautās metodes) un sociālās palīdzības sniegšanas kārtību (kamēr pacients atradās slimnīcā).

Darba autorei nav zināms, vai Latvijas teritorijā minētās instrukcijas darbojās “pa tiešo” vai ar Latvijas PSR Veselības Aizsardzības Ministrijas izdoto analogisko instrukciju starpniecību, bet viennozīmīgi, ka MRPL saturs un kārtība nevarēja būtiski atšķirties padomju varas okupētā teritorijās.

***Tātad*** – līdzīgi kā 19.gs., arī padomju okupācijas laikā MRPL detaļās regulēja nevis likumi, bet starpministriju instrukcijas, kuras noteica piespiedu ārstēšanu saistībā ar visa veida (ne tikai krimināllikumā paredzētiem) nodarījumiem; šis dokumenti noteica gan MRPL saturu, gan starpdisciplināru sadarbību, gan informācijas nodošanu Iekšlietu Ministrijas struktūrām un sadarbību ar miliciju. Instrukcijas noteica, kas ir ārstu komisijas atzinums un kāda informācija tam ir jāsaturs. Lielā mērā instrukcijas un krimināllikums dublē viens otru.

No 19.gs. vidus saglabājas piespiedu mēru iedalījums pēc to lietderīguma – ja piespiedu ārstēšana nevarēja uzlabot personas veselības stāvokli, persona bija jānodot kādam gādībā un uzraudzībā.

---

<sup>64</sup> Методические указания по организации работы психоневрологических диспансеров, отделений и кабинетов. Заместитель министра здравоохранения СССР А.Г.Сафонов. 11 апреля 1975 г. N 10-8/18.

Likumā noteiktā ambulatoriska piespiedu ārstēšana nepastāvēja, bet vismaz kopš 1954.gada, atceļot MRPL, personai tika uzsākta t.s. aktīva dispansera uzskaitē, kuras kārtību un saturu noteica attiecīgas metodiskās rekomendācijas.

### 1.1.6. Latvijas Republikas Krimināllikums

Atbilstoši laikmeta tendencēm un ārzemju praksei, likumprojektā "Latvijas Republikas Krimināllikums" medicīniska rakstura piespiedu līdzekļu klāsts bija papildināts ar "ārstēšanu ambulatoriski medicīnas iestādē pēc personas dzīves vietas"; šo pantu izsprieda Aizsardzības un Iekšlietu komisijas sēdē 1997.gada 19.augustā – tikai jautājumu par termiņiem un ārstēšanas realizācijas vietu<sup>65</sup>. Saeima jau pirmajā lasījumā likumprojektu "Latvijas Republikas Krimināllikums" apstiprināja bez debatēm<sup>66</sup>. Trešajā lasījumā likumprojekts pieņemts ar minimāliem labojumiem; deputāti atzina, ka visā likumprojektā attiecībā uz nepieskatāmiem būtu **jālieto vārds nodarījums, nevis noziedzīgs nodarījums**<sup>67</sup>.

Savukārt, 1997. gadā pieņemtā Ārstniecības Likuma (ĀL) 68. pants paredzēja personas ambulatorisku vai stacionāru izmeklēšanu un ārstēšanu pret slimnieka gribu administratīvi – tiesiskā kārtā, pamatojoties uz psihiatru konsilija lēmumu; regulējums tika vairakkārt papildināts, paredzot arvien vairāk pasākumus personas tiesību aizsardzībai un kopš 2007.gada lēmumu par psihiatriskās palīdzības sniegšanu stacionārā pieņem tiesa<sup>68</sup>.

Būtiskas izmaiņas notika attiecībā uz personām, kuras atbilstoši agrākam regulējumam bija piespiedu uzraugāmas (viņiem piespiedu ārstēšana vairs nespēja sniegt veselības uzlabošanu) – uz viņiem vairs neviena norma neattiecas.

Toties bija paredzēts tiesību ierobežojums nepieskaitāmības stāvoklī nodarījumu izdarījušām personām, kuras pēc izdarītā nodarījuma rakstura un sava psihiskā stāvokļa dēļ nav bīstamas sabiedrībai (resp., viņiem sabiedriskā bīstamība netiek konstatēta) – nodošana tuvinieku vai citu personu, kas veic slimnieku kopšanu, gādībā un medicīnas iestādes uzraudzībā pēc dzīvesvietas (KL 68.panta otrā daļa). Pēc darba autores domām, no cilvēktiesību viedokļa, ir visnotaļ apšaubāmi paredzēt personas tiesību un brīvību ierobežojumu bez leģitīma pamata (atcerēsimies – sabiedriskā bīstamība, kuru konstatē tiesa, ir piespiedu mēru piemērošanas pamats). Kopš 2014.g. medicīnas iestādes uzraudzība vairs

<sup>65</sup> Latvijas Republikas 6.Saeimas Aizsardzības un Iekšlietu Komisijas sēdes protokols Nr. 141, Otrdien, 1997. gada 19.augusta, I.Likumprojekta "Latvijas Republikas Krimināllikums" (ref.nr.389; dok.nr.1 154) apspriešana 2.lasījumam.

<sup>66</sup> Latvijas Republikas 6.Saeimas ziemas sesijas stenogramma astotā sēde 1997.gada 6.februārī, pieejama [https://www.saeima.lv/steno/st\\_97/st0602.html](https://www.saeima.lv/steno/st_97/st0602.html), skatīts 15.04.2020.

<sup>67</sup> Latvijas Republikas 6.Saeimas sēdē izskatāmais dokuments Nr 4118, Likumprojekta reģ nr 389, dok nr 1154, dok. Nr 2981, Likumprojekts "Latvijas Republikas Krimināllikums", sagatavots 3.lasījumam.

<sup>68</sup> "Grozījumi Ārstniecības likumā". Latvijas Vēstnesis, 45(3621), 15.03.2007.

netiek paredzēta<sup>69</sup>. Jādomā, ka šo pantu grozot, tika ņemts vērā Augstākās tiesas spriedums sekojošā lietā: ar Rīgas apgabaltiesas 2012.gada 16.aprīļa lēmumu medicīniska rakstura piespiedu līdzeklis bija atcelts personai A.Š.; atbilstoši tā laika regulējumam A.Š. nodots aizgādņa gādībā un sociālās aprūpes iestādes medicīnas darbinieku aprūpē un uzraudzībā Aknīstes psihoneiroloģiskajā slimnīcā, lai gan A.Š. nekad nav dzīvojis Aknīstē. Augstākā tiesa atzina, ka pēc medicīniska rakstura piespiedu līdzekļa atcelšanas personas tiesības vairs netiek ierobežotas un tā saņem ārstēšanu uz vispārējiem principiem<sup>70</sup>. Tagad regulējums ir grozīts un personu, kurām kādreiz bija noteikts medicīniska rakstura piespiedu līdzeklis, ārstēšana un aprūpe notiek uz vispārējiem principiem, neizvērtējot šo personu lemtspēju (spēju turpmāk pašam rūpēties par savu veselību un lemt par dzīvesvietu).

Savulaik rīkoties atbilstoši paražu tiesībām un tiesību normu robus aizpildīt ar iekšējai lietošanai paredzētu informatīvu izziņu, mēģināja īstenot VSIA “Rīgas Psihiatrijas un Narkoloģijas Centrs” (RPNC). Personai O.G., 1965.g.dz., tika nozīmēts medicīniska rakstura piespiedu līdzeklis. O.G. neregulāri apmeklēja ārstu, uzskatīja sevi par veselu, neizprata regulāru vizīšu nepieciešamību (apgalvoja, ka nāks pie ārsta tikai saņemot rakstveida pavēsti), lūdzis tiesu atcelt viņam piemēroto medicīniska rakstura piespiedu līdzekli. Personas stāvoklis ilgstoši nebija uzlabojies (kas ir diezgan paredzami), tiesa atkārtoti pieņēma lēmumus par līdzekļa turpināšanu (pēdējo reizi – pamatojoties uz 2013.gada 25.februāra konsilija atzinumu). Tiesa 2013.g. 10.maijā lūdza RPNC sniegt atzinumu par iesniedzēja veselības stāvokli, lai tiesa varētu pieņemt lēmumu par to, vai nepieciešams turpināt piespiedu ārstēšanu. Sakarā ar personas izvairīšanos apmeklēt psihiatru (pēdējo reizi psihiatru apmeklējis 15.aprīlī) pēc RPNC ārsta lūguma policija nogādāja personu RPNC ambulatorajā nodaļā un persona tika ievietota slimnīcas stacionārajā nodaļā uz laiku no 2013. gada 17. līdz 19. jūnijam bez viņa piekrišanas un bez ĀL 68.pantā minētiem bīstamības kritērijiem. Pēc psihiatru konsilija lēmuma persona tika izlaista no slimnīcas; atzīts, ka personai nav nedz ĀL 68.pantā minēto kritēriju, nedz arī sabiedriskās bīstamības pazīmju. Tādā veidā RPNC izpildīja tiesas prasību novērtēt personas psihisko stāvokli un, pamatojoties uz konsilija atzinumu, 2013.g. augustā personai medicīniska rakstura piespiedu līdzeklis tika atcelts. Eiropas Cilvēktiesību tiesa (ECHR) nosprieda, ka šāda policijas un ārstniecības iestādes rīcība ir uzskatāma par nelikumīgu brīvības atņemšanu, ārstniecības iestādes sagatavotā informatīvā izziņa nav likums un ka šajā gadījumā bija pārkāpts Eiropas Cilvēktiesību Konvencijas 5. Panta 1.punkts. ECHR norādīja, ka likums “Par policiju” neparedz policijas palīdzību

---

<sup>69</sup> Grozījumi Krimināllikumāo Latvijas Vēstnesis, 105, 31.05.2014.

<sup>70</sup> Latvijas Republikas Augstākās tiesas Senāta Krimināllietu departamenta 2012. gada 15. jūnija lēmums lietā SKK –360/2012, Krimināllietas Nr. 04168398.



personu, kuras izvairās no medicīniska rakstura piespiedu līdzekļa izpildes, meklēšanā un nogādāšanā pie ārsta, un pasvītroja, ka Latvijas tiesas lēmumi (par medicīniska rakstura piespiedu līdzekļa turpināšanu) bija deklarātīva rakstura un nenoteica to izpildīšanas kārtību<sup>71</sup>. Situācija skaidri demonstrē nelietderīgu valsts līdzekļu izlietošanu, nozīmējot ambulatorisku piespiedu ārstēšanu nelīdzestīgai personai (tiesu, ārstu darbs, konsiliji), kā arī konsilija sastāva nozīmi – slimnīcas apstākļos personas stāvokli vērtēja citi ārsti, kuri personas stāvoklī vairs nesaskatīja draudus sabiedrībai.

Neskatoties uz šo ECHR spriedumu, Valsts policija turpina sniegt palīdzību personu meklēšanā: pēc Iekšlietu Ministrijas Informācijas Centra datiem, 2017.gadā meklēšanā sakarā ar izvairīšanos no medicīniska rakstura piespiedu līdzekļa izpildes bija pasludinātas 9 pilngadīgas personas, atrastas - 5; 2018. – pasludinātas 8, atrastas – 4; 2019. – 8. un 5.personas atbilstoši. Diemžēl, nevar noskaidrot, no kāda piespiedu līdzekļa personas ir izvairījušās, cik ātri bija sameklētas un vai ārstēšanas pārtraukšanai bija negatīvas sekas (atkārtots nodarījums, slimības paasinājums), kā arī tas, kas notika ar tiem, kuri netika sameklēti.

Būtiski grozījumi uz MRPL attiecināmās KPL un KL normās notika 2014.g. maijā, saplūdinot MRPL grozīšanas un atcelšanas nosacījumus, iekļaujot jaunu nosacījumu:

KPL 607.pants pirmā daļa tagad nosaka sekojošus MRPL atcelšanas vai grozīšanas pamatus: ja persona (...) izveseļojusies **vai** tās **veselības stāvoklis uzlabojies**, **vai** tiek konstatēts, ka šīs personas veselības stāvoklis citādi mainījies tiktāl, ka tā vairs nav bīstama sabiedrībai, tās ārstniecības iestādes vadītājs, (...), pamatojoties uz ārsta speciālista vai ārstu konsilija atzinumu, ierosina tiesai izlemt jautājumu par noteiktā medicīniska rakstura piespiedu līdzekļa atcelšanu **vai** grozīšanu uz mazāk ierobežojošu<sup>72</sup>. No panta var izsecināt, ka ārstam speciālistam vai ārstu konsilijam personas veselības stāvokļa izmaiņu gadījumā jāvērtē sabiedriskā bīstamība, kas ir tiesas uzdevums. Nav iespējams ierosināt tiesai izlemt jautājumu par MRPL grozīšanu uz vairāk ierobežojošu personas veselības stāvokļa pasliktināšanas dēļ (tikai MRPL nepildīšanas dēļ – KPL 607.panta otrā daļa).

Līdzīgu formulējumu satur KL 69.panta ceturtā daļa "Medicīniska rakstura piespiedu līdzekļa piemērošanu tiesa izbeidz vai to groza uz mazāk ierobežojošu līdzekli, ja attiecīgā persona ir izveseļojusies vai **tās veselības stāvoklis uzlabojies**, vai tiek konstatēts, ka šīs personas veselības stāvoklis ir citādi mainījies tiktāl, ka tā vairs nav bīstama sabiedrībai."<sup>73</sup>

<sup>71</sup> 2016. Eiropas Cilvēktiesību tiesas spriedums lietā O.G. pret Latviju (Nr. 2), Nr. 69747/13.

<sup>72</sup> Grozījumi Kriminālprocesa likumā. Latvijas Vēstnesis, 113, 11.06.2014.

<sup>73</sup> Grozījumi Krimināllikumā". Latvijas Vēstnesis, 105, 31.05.2014.

Resp., pirmo reizi pa vairākiem gadu desmitiem likumā tika ieviests vēl viens kritērijs MRPL atcelšanai un parādās personas, kurām MRPL tiek atcelts pēc stāvokļa uzlabošanas, nevis zūdot sabiedriskajai bīstamībai.

2017.gadā Augstākā tiesa atzina: KPL nav skaidri noteikti pamati MRPL atcelšanai vai grozīšanai uz mazāk ierobežojošu. Tulkojot KPL 607.panta pirmo daļu kopā ar KL 69.panta pirmo un otro daļu, Augstākā tiesa izsecināja vienīgus MRPL atcelšanas pamatus:

- 1) persona ir izveseļojusies;
- 2) veselības stāvoklis citādi mainījies tiktāl, ka tā vairs nav bīstama sabiedrībai.

Ja persona nav izveseļojusies vai viņas veselības stāvoklis mainījies, bet tā vēl ir bīstama sabiedrībai, tad turpināma MRPL piemērošana<sup>74</sup>. Pēc darba autores domām, šīs Augstākās tiesas atziņas būtu jānostiprina likumā, skaidri nodefinējot MRPL atcelšanas nosacījumus (skat priekšlikumus).

Apzinoties galvenu medicīniska rakstu piespiedu līdzekļa problēmu – realizācijas kontroles trūkumu, tika izstrādāti un 2014. gada 25. jūnijā stājās spēkā KPL 607. panta otrās daļas grozījumi: “Ja persona nepilda tai noteikto medicīniska rakstura piespiedu līdzekli, tās ārstniecības iestādes vadītājs, kurā ārstējas attiecīgā persona, pamatojoties uz ārsta speciālista vai ārstu konsilija atzinumu, ierosina tiesai izlemt jautājumu par noteiktā medicīniska rakstura piespiedu līdzekļa grozīšanu uz vairāk ierobežojošu”. (Jaunajā redakcijā pants pastiprināja Pacientu tiesību likuma 5.panta 8.daļā minētus ārstniecības iestādes pienākumus, ārstējot sabiedrībai bīstamus slimniekus stacionārā: “Ja pacients ir pārtraucis ārstniecību un atstājis ārstniecības iestādi, par savu rīcību neinformējot ārstējošo ārstu vai ārstniecības iestādi, to norāda viņa medicīniskajos dokumentos...Ārstniecības iestāde nekavējoties informē kompetentās iestādes, ja pacients sava veselības stāvokļa dēļ apdraud citu personu drošību vai veselību”).

Pēc darba autores domām, norma pretrunīga: **likumā nav noteikts, kas ir atzinums** un kāda informācija tam jāsaturs (pēdējo reizi to noteica padomju okupācijas laika instrukcijas) un **kas ir MRPL nepildīšana** (uz šo jautājumu atbildi sniedz diplomdarba autorei izsniegtā uzzinā, skat zemāk).

Padomju okupācijas gados instrukcijas noteica, kāda informācijas atzinumam jāsaturs: “atzinums ir **akts**, kurā jānorāda slimnieka psihiskais stāvoklis, apstākļi, kuros slimniekam jāatgriežas, sistemātiskās ārstu uzraudzības, ārstēšanas un profilaktisku pasākumu veikšanas

<sup>74</sup> Latvijas Republikas Augstākās tiesas Krimināllietu departamenta 2017.gada [...] lēmums Lieta Nr.[...], SKK-[D]/2017 ECLI:LV:[...]. Pamats medicīniska rakstura piespiedu līdzekļa grozīšanai uz mazāk ierobežojošu un medicīniska rakstura piespiedu līdzekļa atcelšanai; Medicīniska rakstura piespiedu līdzekļa piemērošanas ilgums. Iegūts no <http://www.at.gov.lv/lv/judikatura/judikaturas-nolemumu-arhivs/kriminallietu-departaments/hronologiska-seciba?year=2017>, [skatīts 15.05.2020.]

nepieciešamība”<sup>75</sup>. Šobrīd ārsta speciālista vai ārstu konsilija atzinumu nereglamentē neviens dokuments. Psihiatru konsilija lēmumi par psihiatriskās palīdzības sniegšanu bez pacienta piekrišanas (atbilstoši ĀL 68.pantam) ir atzīti par administratīviem aktiem<sup>76</sup>. Jāsaka, ka šo lēmumu objektivitāte ir apšaubāma – gan ECHR, gan CPT atkārtoti norādīja, ka konsilija sastāvā jāpiedalās no ārstniecības iestādes neatkarīgam speciālistam<sup>77</sup>; diemžēl, vairāku gadu garumā šī prakse netiek mainīta<sup>78</sup>.

Ārsta vai konsilija atzinums ir visbiežākais pamats MRPL turpināšanai, atcelšanai vai grozīšanai (personas pamattiesību ierobežošanai)<sup>79</sup>.

KPL 607.pants pirmā daļa nosaka: ja persona izveseļojusies vai tās veselības stāvoklis uzlabojies, vai tiek konstatēts, ka šīs personas veselības stāvoklis citādi mainījies tiktāl, ka tā vairs nav bīstama sabiedrībai, ārstniecības iestādes vadītājs, pamatojoties uz ārsta speciālista vai ārstu konsilija atzinumu, ierosina tiesai izlemt jautājumu par noteiktā MRPL atcelšanu vai grozīšanu uz mazāk ierobežojošu<sup>80</sup>. Resp., veicot regulāru personas izvērtēšanu MRPL gaitā, ārstam vai konsilijam jāatbild uz jautājumiem: vai persona ir atveseļojusies? Vai personas stāvoklis ir uzlabojies? Ja personas stāvoklis ir mainījies - vai persona ir bīstama sabiedrībai? Pēc darba autores domām, vārdi “bīstama sabiedrībai” ir identiski “sabiedriskā bīstamība” un līdz ar to panta prasības būtiski pārsniedz medicīnisko mērķus robežas, uzliekot ārstiem par pienākumu vērtēt sabiedrisko bīstamību, kas jādara tiesai. Salīdzinot atzinumu ar psihiatru konsilija lēmumu par psihiatriskās palīdzības sniegšanu psihiatriskajā ārstniecības iestādē bez

<sup>75</sup> Инструкция о порядке применения принудительного лечения и других мер медицинского характера в отношении психически больных, совершивших общественно опасные деяния, утверждена заместителем Министра здравоохранения СССР А.Серенко 14 февраля 1967 года. Согласована с Верховным Судом СССР, Прокуратурой СССР и Министерством охраны общественного порядка СССР. Pieejama <http://www.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?req=doc&base=ESU&n=32278#02255849135873873>, skatīta 04.04.2020.

<sup>76</sup> 2011. Eiropas Cilvēktiesību Tiesas spriedums lietā L.M. pret Latviju, iesniegums Nr. 26000/02., iegūts no Latvijas Republikas Augstākās Tiesas Senāta mājas lapas, ECT nolēmumu meklētājs, <http://www.at.gov.lv/lv/judikatura/ect-nolemumu-arhivs/ect-nolemumu-mekletajs?author=L&q=&page=>, [skatīts 07.04.2020.]

<sup>77</sup> 2011. Eiropas Cilvēktiesību Tiesas spriedums lietā L.M. pret Latviju, iesniegums Nr. 26000/02., iegūts no Latvijas Republikas Augstākās Tiesas Senāta mājas lapas, ECT nolēmumu meklētājs, <http://www.at.gov.lv/lv/judikatura/ect-nolemumu-arhivs/ect-nolemumu-mekletajs?author=L&q=&page=>, skatīts 07.04.2020.; European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment, Ziņojums Latvijas valdībai par Eiropas Komitejas spīdzināšanas un necilvēcīgās vai pazemojošas rīcības vai soda novēršanai (CPT) vizīti Latvijā no 2016. gada 12. līdz 22.aprīlim. Strasburgā, 2017. gada 29. jūnijā, 63 lpp., pieejams <https://rm.coe.int/pdf/168072ce52>, skatīts 10.04.2020.

<sup>78</sup> Latvijas valdības komentāri par CPT ziņojumu par Latviju, 2017. Iegūti no <https://rm.coe.int/pdf/168072ce54>, skatīts 20.04.2020.

<sup>79</sup> Latvijas Republikas Augstākās tiesas Krimināllietu departamenta 2017.gada [...] lēmums Lieta Nr.[..], SKK-[D]/2017 ECLI:LV:[..]. Pamats medicīniska rakstura piespiedu līdzekļa grozīšanai uz mazāk ierobežojošu un medicīniska rakstura piespiedu līdzekļa atcelšanai; Medicīniska rakstura piespiedu līdzekļa piemērošanas ilgums. Iegūts no <http://www.at.gov.lv/lv/judikatura/judikaturas-nolemumu-arhivs/kriminallietu-departaments/hronologiska-seciba?year=2017>, skatīts 15.05.2020.

<sup>80</sup> Grozījumi Kriminālprocesa likumā. Latvijas Vēstnesis, 113, 11.06.2014.

pacienta piekrišanas, kurš ir atzīts par administratīvu aktu, darba autore secina, ka šo dokumentu mērķis un tiesiska daba ir identiska - sniegt tiesai ārstu viedokli par personas veselības stāvokļa atbilstību likumā minētiem kritērijiem (konstatējot faktisku situāciju); dokuments būtiski skar iestādei īpaši pakļauto personu cilvēktiesības; tiek izdots publisko tiesību jomā, izsniedz privāto tiesību iestāde uz likuma pamata (resp., tam piemīt visi administratīva akta kritēriji<sup>81</sup>). Darba autore nesaskata šķēršļus arī atzinumu atzīt par administratīvu aktu.

Šajā gadījumā ārsts speciālists parasti ir ārstējošais ārsts, bet ja atzinumu sniedz konsilijs – tā sastāvā ir ārstējošais ārsts un atkal tikai tās ārstniecības iestādes speciālisti, kurai nosūtīts lēmums par MRPL izpildi. Tātad – arī šajā gadījumā novērtējuma objektivitāte ir apšaubāma un pastāv būtiskas atšķirības no MRPL piemērošanas procedūras (kad tiesa balstās tiesu eksperta atzinumā – ko izsniedz tiesu eksperts, kurš ir objektīvās tiesu psihiatriskās metodikās balstīts un saskaņā ar Kriminālprocesa likuma 132.p. pirmo daļu var būt pierādījums kriminālprocesā).

Daļēji uz jautājumu par atzinuma saturu, ko tiesas sagaida no ārstiem, atbild arī KPL 635.panta ceturtā daļa: “Personas ārstēšanu var uzsākt, ja ārsts speciālists vai ārstu konsilijs sniedz atzinumu, ka *persona nav izvesēļojusies, tās veselības stāvoklis nav būtiski mainījies un ir nepieciešama noteiktā piespiedu ārstēšana*”, ĀL 38.pants: “Savā profesionālajā darbībā ārsts ir brīvs. Katram ārstam ir *tiesības dot* atzinumu par *pacienta veselības stāvokli un ārstēšanu*” un ĀL 1.panta sestā daļa: “ārstu konsilijs — ne mazāk kā triju ārstu *apspriede*, lai noteiktu *diagnozi* un turpmāko *ārstēšanas taktiku*”, panta divdesmitā daļa netieši skaidro ārstēšanas taktikas izvēli - “*labāka ārstēšanas iznākuma sasniegšanai*”. Tātad – ĀL atļaujošā formā paredz ārstiem profesionālās brīvības ietvaros tiesības formulēt savu viedokli par pacienta veselības stāvokli (ārsts šīs tiesības drīkst izmantot, bet drīkst arī atturēties), kā arī trim ārstiem *apsprieties* ārstēšanas labākā rezultāta sasniegšanai (tie ir skaidri medicīniski mērķi). Kopumā jāsecina, ka MRPL realizācijas gaitā veicamo darbību un izsniedzamo dokumentu mērķis un veids būtiski atšķiras no ārstniecības un veselības aprūpes pakalpojumiem.

Uz jautājumi, *kas ir MRPL nepildīšana* KPL izpratnē sniedz diplomdarba autorei izsniegta VM uzziņa – tā ir atteikšanās no ārstēšanas metodes vai zālēm bez medicīniska pamatojuma, kas ir atspoguļots personas medicīniskajā dokumentācijā<sup>82</sup>. Pēc darba autores domām, tā ir diezgan šaura interpretācija.

---

<sup>81</sup> Administratīvā procesa likums. Latvijas Vēstnesis, 164, 14.11.2001.

<sup>82</sup> VM uzziņa (skat pielikumos).

Lai valsts varētu efektīvāk rīkoties gadījumos, kad persona izvairās no ambulatoras piespiedu ārstēšanas, 2016.g. 1.decembrī Latvijas Republikas Saeima pieņēma Ārstniecības likuma grozījumus, iekļaujot jaunu 70<sup>1</sup>. pantu – uzliekot ārstniecības personai pienākumu nekavējoties ziņot attiecīgai tiesai, ka persona izvairās no medicīniska rakstura piespiedu līdzekļa vai nepilda tā nosacījumus. Jauna tiesību norma faktiski dublē Kriminālprocesa likuma 607.panta otro daļu; tās pieņemšana tika pamatota ar tiesas nepieciešamību saņemt informāciju par personas izvairīšanos no medicīniska rakstura piespiedu līdzekļa pildīšanas – tad saslēdzoties kopā Krimināllikums, Kriminālprocesa likums un Ārstniecības likums un personu varēs turpināt ārstēt, bet tikai jau stacionārā<sup>83</sup>.

Uzziņā, ko vienam no darba autoriem izsniedza Veselības Ministrija, ir norādīts, ka “...gadījumos, kad pacientam ir noteikts medicīniska rakstura piespiedu līdzeklis, t.i. ar tiesas lēmumu noteikts pienākums ārstēties, ir būtiski pacienta veselības un sabiedrības drošības interesēs nodrošināt ārstēšanas nepārtrauktību”. Tādēļ ārsts nedrīkst rīkoties atbilstoši savas privātautonomijas principiem (ĀL 38.pants nosaka, ka savā profesionālajā darbībā ārsts ir brīvs; 42.pants paredz gadījumos, kad pacienta dzīvība nav apdraudēta, bet pacients neievēro noteikto režīmu, nepilda ārstniecības personu norādījumus vai apzināti kaitē savai veselībai un šādā veidā tieši ietekmē konkrētās slimības ārstēšanu, ārstam ir tiesības atteikties no turpmākās pacienta ārstēšanas), bet, gādājot par sabiedrības drošību, lai nodrošinātu personai ārstēšanas nepārtrauktību, ārstam ir jārīkojas atbilstoši ĀL 70<sup>1</sup>. pantam - nekavējoties informēt attiecīgu tiesu.

Jaunajā pantā pienākums informēt tiesu nav uzlikts ekskluzīvi ārstējošam psihiatram, situāciju konstatēt un par panta subjektiem var kļūt arī psihiatrijas māsa, ģimenes ārsts, zobārsts, vecmāte (tātad – nav skaidri panta subjekti). Pantā parādās jauns neskaidrs termins – “**MRPL nosacījumi**” (panta hipotēzē): tas ir vēl viens norādījums, ka MRPL nav identiska ārstēšanai (ārstēšanai nav nosacījumu). Jādomā, ka ar vārdu “nosacījumi” likumdevējs ir domājis ārstēšanas plāna punktus – *lege artis* tāds plāns satur rekomendācijas sākot ar diētas un dzīvesveida izmaiņām (piem., nelietot kofeīnu saturošus un alkoholiskus dzērienus, ievērot miega režīmu, pa dienu veikt pietiekami fizisko aktivitāšu, lietot zāles atbilstoši shēmai, piedalīties rehabilitācijas pasākumos, apmeklēt narkologu) un beidzot ar vizīšu regularitāti, medikamentu lietošanas rekomendācijām. Piem., LU Juridiskās Fakultātes doktorante Mag. Iur. Ilze Ziemane analizē kādu civillietu, kur ārsta rekomendācijās bija smēķēšanas atmešana (rekomendāciju neievērošanu dēļ pieteicēja zaudēja tiesības pieprasīt atbildību no ārstniecības

<sup>83</sup> Ārsti varētu ziņot tiesai, ka kriminālprocesā iesaistīta nepieskaitāma persona neapmeklē sev nozīmēto speciālistu. Jurista Vārds, 14.06.2016., pieejams <https://juristavards.lv/zinas/268817-rsti-varetu-zinot-tiesai-ka-kriminalprocesa-iesaistita-nepieskaitama-persona-neapmekle-sev-nozimeto-speciali%E2%80%A6>, aplūkots 15.05.2020.; Latvijas Republikas 12.Saeimas Sociālo un darba lietu komisijas 2016.gada 14.jūnija sēdes audioieraksts, pieejams Saeimas arhīvā.

iestādes) – arī psihisko saslimšanu gadījumā tabakas smēķēšanai ir liela nozīme, jo tā izmaina medikamentu metabolismu<sup>84</sup>. Savulaik Augstākā tiesa arī atzina, ka uzturs un satikšanās ar apmeklētājiem ir ārstniecības procesa sastāvdaļas (jo tiem ir ietekme uz veselību<sup>85</sup>).

Pēc darba autores domām ar tiesību normu būtu jānosaka: kāda ir ārsta speciālista vai ārstu konsilija tiesiskā daba (vai administratīvs akts?); kāda informācija atzinumam jāsaturs; kam būtu jāpiedalās personas stāvokļa izvērtēšanā (valsts iestādes pārstāvim, no ārstniecības iestādes neatkarīgam speciālistam); kas būtu jāuzskata par MRPL nepildīšanu; kādas sankcijas ir paredzētas par apzinātu MRPL nepildīšanu. Pēc darba autores domām, **MRPL nosacījumi** būtu jāfiksē rakstiskā veidā, jāapliecina ar iesaistīto pušu parakstiem (līdzīgi kā pie informētās piekrišanas/atteikšanās, nākotnes pilnvarojuma, pretsuicīda un nelietošanas kontrakta; tiem jāietver arī t.s. krīzes menedžmenta plānu ar t.s. *advance statement* – personas nākotnes pilnvarojuma paveidu psihiskās slimības izteikta paasinājuma gadījumā) un jāsaņem tiesas apstiprinājums (atbilstoši ārzemju praksei). Kā norāda CPT, ikvienam lemtspējīgam pacientam, kurš brīvprātīgi vai piespiedu kārtā nogādāts psihiatriskās palīdzības saņemšanai, ir jādod iespēja sniegt savu informēto piekrišanu vai informētu atteikšanos no ārstēšanas vai citas medicīniskas intervences; izņēmumi no šī noteikuma ir stingri jāpamato ar likumu un tiem jābūt attiecinātiem uz skaidri un stingri definētiem ārkārtas apstākļiem<sup>86</sup>. Pēc darba autores domām, arī personai, kurai ir nozīmēta ambMRPL, ir jāsniedz identiskas iespējas un personas viedoklis rūpīgi jāfiksē (tas ir saistīts ar iespēju vēlāk pieprasīt no valsts kompensāciju).

Tātad - ĀL 70.<sup>1</sup> pants ir nekvalitatīva norma, kas būtiski ierobežo ārsta profesionālo brīvību, bet savu mērķi - nodrošināt ārstēšanas nepārtrauktību – pants nespēj sasniegt, jo saskaņā ar Kriminālprocesa likuma 608. pantu jautājums par medicīniska rakstura piespiedu līdzekļa grozīšanu tiesai jāizlemj 14 dienu laikā. Latvijas tiesu prakses apkopojums konstatēja vairākus gadījumus, kad tiesas sēdes tiek organizētas ar nokavējumu<sup>87</sup>. Pēc darba autoru domām, pat 14 dienas ir ļoti garš periods, ja runa iet par psihisku slimību norisi un tiesas spēja efektīvi nodrošināt ārstēšanas nepārtrauktību un sabiedrības drošību ir vienāda ar nulli. Un ĀL šajā gadījumā nevar kompensēt ārstēšanas pārtraukšanas radītas briesmas – atbilstoši ĀL

---

<sup>84</sup> Psychopharmacology Institute, Expert Consultations: Real-World Answers, Modern Use of Antipsychotic Plasma Levels with Jonathan M. Meyer M.D., Last updated 04/02/2020, <https://psychopharmacologyinstitute.com/publication/modern-use-of-antipsychotic-plasma-levels-2283>, skatīts 20.04.2020.

<sup>85</sup> Augstākās tiesas 2017.gada 30.novembra lēmuma lietā Nr. SKA-1568/2017, ECLI:LV:AT:2017:1130.SKA156817.7.L 7.punkts.

<sup>86</sup> Eiropas Padome Eiropas Komiteja spīdzināšanas un necilvēcīgas vai pazemojošas rīcības vai soda novēršanai (CPT), Izvilks no Astotā vispārējā ziņojuma, publicētā 1998. Gadā.

<sup>87</sup> Augstākās tiesas tiesu prakses apkopojums, 2011/2012. Tiesu prakse kriminālprocesā, nosakot medicīniska rakstura piespiedu līdzekļus, Rīga, 45 lpp.

68.panta 1.daļai stacionēšana ir iespējama tikai *post factum*: piem., kad persona ir (jau) draudējusi vai (tagad) draud, centusies vai cenšas nodarīt sev vai citai personai miesas bojājumus vai ir izturējies vai izturas varmācīgi pret citām personām. Tas demonstrē būtisku atšķirību no ārzemju prakses, kad personas atgriešanu slimnīcā var ātri nodrošināt, nesagaidot atkārtotu nodarījumu vai smagu paasinājumu (faktiski, piespiedu ārstēšanas process ir nepārtraukts, mainās tikai tā realizācijas vieta)<sup>88</sup>. Latvijas apstākļos tiesas informēšana, pat ambulatorā piespiedu līdzekļa grozīšana uz vairāk ierobežojošu nenozīmē, ka tagad personu varēs piespiedu ārstēt - pat realizējot medicīniska rakstura piespiedu līdzekli stacionārā tiesiskajā regulējumā nepastāv iespējas personai ievadīt medikamentus pret viņas gribu, iekams viņas veselības stāvoklis nav tik tālu pasliktinājies, ka ir sasniedzis ĀL 69<sup>1</sup>.panta sestā daļā minētus kritērijus - radušies tieši draudi, ka pacients psihisku traucējumu dēļ var nodarīt miesas bojājumus sev vai citām personām vai pacients izrāda vardarbību pret citām personām un ar mutisku pārliecināšanu nav izdevies pārtraukt apdraudējumu) un ir iespējams pielietot ierobežojošus līdzekļus (fizisku, mehānisku kustību ierobežošanu, izolēšanu un medikamentu ievadīšanu). Jāsaka, ka medikamenti, kuri tiek izmantoti kā ierobežojošie līdzekļi, atšķiras no tiem, kurus pielieto psihisko traucējumu regulārai ārstēšanai – tie iedarbojas ātri, tikpat ātri no organisma izvadās un neatstāj būtisku ietekmi uz personas veselību ilgtermiņā (atšķirību var demonstrēt kritamās kaites jeb epilepsijas ārstēšana: var regulāri lietot medikamentus, ievērot režīmu un lēkmes nepieļaut, bet var iztikt tikai no zāļu ievadīšanas lēkmju gadījumā – acīmredzot, tad būs cits ārstēšanas iznākums un dzīves kvalitāte). Ja bez objektīva pamata (tātad – bez ĀL 68.panta pirmajā daļā minētiem kritērijiem, ka tas parasti arī ir ambulatorās piespiedu ārstēšanas gadījumā) tiek veikta medicīniska iejaukšanās pacientam bez viņa piekrišanas, tad tas ir tiesību aizskārums, delikts pacienta un ārstniecības iestādes līgumiskajās attiecībās, par kuru ārstam iestājas civiltiesiskā atbildība (Civillikuma 1635.pants, Satversmes 92.pants)<sup>89</sup>. Uz kāda panta pamata rīkojas ārstniecības persona (publisko tiesību ietvaros), ārstējot psihiski slimu personu piespiedu kārtā pēc tiesas lēmuma – Ārstniecības likumā nav norādīts.

Salīdzinājumam – piem., Dānijā piespiedu ārstēšana (nevis tikai izolēšana un ierobežošana!) ir iespējama ne vien psihisko traucējumu (ar medikamentiem, elektrokonvulsīvo terapiju un piespiedu barošanu – tostarp caur zondi), bet arī dzīvību apdraudošu fizisku saslimšanu gadījumā<sup>90</sup>.

<sup>88</sup> Dawson, J. Factors influencing the rate of use of community treatment orders, *Psychiatry*, 2007., 6, 42-44.

<sup>89</sup> Senāta Civillietu departamenta 18.oktobra.2013. gada spriedums lietā Nr. SKC-216/2013

<sup>90</sup> Brandt-Christensen M. Mental health law in Denmark // *International psychiatry : bulletin of the Board of International Affairs of the Royal College of Psychiatrists*, 2012, 9(4), 88–90.

Papildus jāsaista, ka ĀL 47.pants paredz ārstniecības personai tiesības atteikt pirmo un neatliekamo medicīnisko palīdzību apstākļos, kas apdraud ārstniecības personas pašas dzīvību. Pēc darba autoru domām, sekojot likuma normas mērķim (ārstniecības personas tiesību uz dzīvību aizsardzība), norma ir jāinterpretē paplašināti un jāekstrapolē arī uz ārstēšanu pēc tiesas lēmuma; Valsts policijai būtu jāgarantē ārstniecības personu drošība, realizējot psihiatrisku ārstēšanu pēc tiesas lēmuma.

Atšķirībā no daudzām citām valstīm, Latvijā personai, kurai tiek nozīmēta piespiedu psihiatriskā ārstēšana, nav likumā nostiprināto tiesību uz t.s. otrā speciālista viedokli<sup>91</sup>; tiesa arī neapstiprina piespiedu ārstēšanas plāna pasākumus, tie paliek pilnībā ārstu ziņā.

Kārtība, lemjot par psihiatrisku piespiedu ārstēšanu administratīvā vai krimināltiesiskā kārtā, būtiski atšķiras:

- a. Lemjot sniegt psihiatrisku palīdzību bez pacienta piekrišanas, tiesa balstās uz privāttiesību iestādes izsniegtā administratīvā akta - psihiatru konsilija lēmuma. Šajā gadījumā noteicošais ir ārstu konstatētais, ka pacienta psihiskās veselības traucējumu iespējamās sekas varētu būt nopietni miesas bojājumi pacientam pašam vai citai personai vai nenovēršama un nopietna pašas personas veselības pasliktināšanās.<sup>92</sup> Lēmums balstā klīniskajā vērtējumā un empīriskās zināšanās. Šaubas par konsilija objektivitāti atkārtoti izteica Eiropas Padomes Komiteja spīdzināšanas un necilvēcīgas vai pazemojošas rīcības vai soda novēršanai (CPT), jo konsiliju sastāvā netiek uzaicināts no ārstniecības iestādes neatkarīgs speciālists<sup>93</sup>.
- b. Lemjot par medicīniska rakstura piespiedu līdzekli un patstāvīgi nosakot sabiedrisko bīstamību, tiesa balstās uz tiesu psihiatrijas eksperta atzinuma (objektīvās tiesu psihiatriskās metodikās balstīts un saskaņā ar Kriminālprocesa likuma 132.p. pirmo daļu var būt pierādījums kriminālprocesā), vai biežāk – uz ārsta speciālista vai ārstu konsilija atzinuma. Pēc darba autora domām – tas arī ir administratīvais akts: arī šī dokumenta mērķis ir sniegt tiesai ārstu viedokli par personas veselības stāvokļa atbilstību likumā minētiem kritērijiem (konstatējot faktisku

<sup>91</sup> Salize, H.J., Dreßing, H. Placement and Treatment of Mentally Ill Offenders – Legislation and Practice in EU Member States, Central Institute of Mental Health, Mannheim, 2005.

<sup>92</sup> Ārstniecības likums. Latvijas Vēstnesis, 167/168, 01.07.1997.

<sup>93</sup> Ziņojums Latvijas valdībai par Eiropas Komitejas spīdzināšanas un necilvēcīgās vai pazemojošas rīcības vai soda novēršanai (CPT) vizīti Latvijā no 2016. gada 12. līdz 22. aprīlim. Strasburgā, 2017. gada 29. jūnijā, 63 lpp., pieejams <https://rm.coe.int/pdf/168072ce52>, [skatīts 10.04.2020.]



situāciju); dokuments būtiski skar iestādei īpaši pakļauto personu cilvēktiesības; tiek izdots publisko tiesību jomā, izsniedz privāto tiesību iestāde uz likuma pamata (resp., tam piemīt visi administratīva akta kritēriji<sup>94</sup>). Bet atšķirībā no tiesu psihiatrijas eksperta atzinuma, tas ir balstīts tikai klīniskajā vērtējumā un empīriskās zināšanās; arī to sastāda tikai piespiedu līdzekli realizējošās iestādes ārsti. Atbilstoši “Ārstniecībā izmantojamo medicīnisko tehnoloģiju datu bāzei”<sup>95</sup>, Latvijā nav neviena tulkota/adaptēta/validēta instrumenta agresijas/vardarbības riska novērtēšanai - piem., HCR-20 skala<sup>96</sup>.

Tiesa veic tikai administratīvu kontroli pār piespiedu psihiatrisku ārstēšanu. Konstatējot, ka persona izvairās, nepilda, nespēj izpildīt ambulatoro piespiedu līdzekli, tiesa nevis iedarbina piespiedu mehānismu sava lēmuma realizācijai (citos gadījumos to nodrošina probācijas dienests, maksātnespējas administratori, tiesu izpildītāji, policija, etc), bet var tikai to atcelt un pieņemt jaunu lēmumu par vairāk ierobežojoša līdzekļa piemērošanu. Par apzinātu izvairīšanos no tiesas lēmuma izpildes nav paredzēta sankcija.

**Tātad** – šobrīd piespiedu psihiatrisko ārstēšanu regulē dažādi likumi (Krimināllikums un Ārstniecības likums). Pieņemot Latvijas Krimināllikumu, netika diskutēts par medicīniska rakstura piespiedu līdzekļu tehniskām detaļām; likumu vairs nepapildināja zemākā ranga dokumenti (pielikumi, instrukcijas, rekomendācijas), izveidojās tiesisks vakuums:

- a. pazuda tiesību normu nodrošinājums ar valsts piespiešanas mehānismu;
- b. izzuda piespiedu uzraudzības un aprūpes regulējums attiecībā uz sabiedriski bīstamām personām, kurām psihiskā stāvokļa uzlabošanās vairs netiek paredzēta – tādā veidā samazinājas iespējas sasniegt piespiedu mēru juridisko mērķi;
- c. parādījās personu, kurām sabiedriskā bīstamība netiek konstatēta, tiesību un brīvību ierobežojums;
- d. dokumenti, uz kuru pamata tiesa lemj par piespiedu ārstēšanu, ir ar apšaubāmu objektīvitāti;
- e. piespiedu līdzekļa nepārtrauktība netiek nodrošināta, piespiedu ārstēšana ar medikamentiem likumā nav paredzēta (tikai ierobežojošu līdzekļu ievadīšana jeb

---

<sup>94</sup> Administratīvā procesa likums. Latvijas Vēstnesis, 164, 14.11.2001.

<sup>95</sup> Ārstniecībā izmantojamo medicīnisko tehnoloģiju datu bāze, [zva.gov.lv/zvais/mtdb/](http://zva.gov.lv/zvais/mtdb/)

<sup>96</sup> Smith, K.J., O'Rourke, S., Macpherson, G. The Predictive Validity of the HCR20v3 within Scottish Forensic Inpatient Facilities: A Closer Look at Key Dynamic Variables // International Journal of Forensic Mental Health, 2020, 19:1, 1-17.

farmakoloģiskā imobilizācija) – tāpat, arī medicīniskā mērķa sasniegšana netiek nodrošināta

- f. ārstam, realizējot medicīniska rakstura piespiedu līdzekli, tiek būtiski ierobežota profesionālā brīvība un privātautonomija; pienākumu apjoms būtiski pārsniedz ārstniecības procesā veicamās darbības.

## 2. MEDICĪNISKA RAKSTURA PIESPIEDU LĪDZEKĻA TIESISKĀ DABA, MĒRĶI, UZDEVUMI

### 2.1. MEDICĪNISKA RAKSTURA PIESPIEDU LĪDZEKĻU TIESISKĀ DABA

Profesors U.Krastiņš raksta, ka divdesmitā gadsimta sākumā prof. N.S. Tagancevs, runājot par vairākiem citiem ietekmēšanas līdzekļiem, kas aizvieto kriminālsodu, ja to vainīgajam par likumā paredzētu nodarījumu nav bijis iespējams piemērot kādu faktisku vai juridisku apstākļu dēļ, pie tādiem pieskaitīja audzināšanas rakstura labošanas patversmes mazgadīgajiem, ieslodzīšanu klosterī un tiesas brīdinājumu (nepilngadīgajiem vecumā no desmit līdz septiņpadsmit gadiem aresta vai naudas soda vietā)<sup>97</sup>.

Mērus, ko valsts “drīkst pielietot un valstij ir jāpielieto” pret psihiski slimajiem, kuri izdarījuši sabiedriski kaitīgu nodarījumu nepieskaitāmības stāvoklī, prof.Tagancevs sauc par aizsardzības mēriem<sup>98</sup>.

Prof. U.Krastiņš, turpinot aprakstīt piespiedu ietekmēšanas līdzekļus, piemin prof. P.Minca 20.gs. trīsdesmitajos gados sniegto piespiedu ietekmēšanas līdzekļu (mūsdienu izpratnē – autora piezīme) definīciju, nosaucot tos par cita veida iespaidošanas līdzekļiem: “...mēs saprotam tos *kriminālnodarījumu novēršanas līdzekļus*, kuri, lai gan tos var piemērot sakarā ar kāda labuma aizskaršanas notikumu, bet ne nebūt nav tik cieši ar to saistīti kā sods...”<sup>99</sup>.

Ar šādiem līdzekļiem tika saprasta:

- a. nepilngadīgo piespiedu audzināšana;
- b. aizsardzības līdzekļi - nepieskaitāmo personu ievietošana speciālās iestādēs; tādu personu, kuras noziedzīgus nodarījumus izdarījušas aiz pierastas žūpības vai apskurbinošu vielu lietošanas, ievietošana ārstniecības iestādēs pēc soda izciešanas cietumā; ievietošana darba namā tieši pēc soda izciešanas uz laiku no sešiem mēnešiem līdz diviem gadiem, ja tiesa atzīst, ka noziedzīgu nodarījumu viņš izdarījis aiz liekēdības vai aiz slinkuma; ievietošana drošības ieslodzījumā uz laiku no pieciem līdz desmit gadiem tieši pēc soda izciešanas likumā sevišķi paredzētos gadījumos – ja persona bijusi notiesāta par amatveida izdarītu tirdzniecību ar sievietēm, smagu zagšanu, laupīšanu, izspiešanu un krāpšanu. Pie aizsardzības līdzekļiem vēl tikusi

<sup>97</sup> Krastiņš, U. Kriminālsods un citi kriminālie piespiedu ietekmēšanas līdzekļi. // Jurista Vārds, 13.03. 2007., Nr. 11 (464).

<sup>98</sup> Таганцев, Николай Степанович (1843-1923). Русское уголовное право. Часть общая: лекции / [соч.] Н. С. Таганцева. - 2-е изд., пересмотр. и доп. - СПб. : Гос. тип., 1902. Т. 1. - 1902. - [4], II, [2], 815 с.

<sup>99</sup> Krastiņš, U. Kriminālsods un citi kriminālie piespiedu ietekmēšanas līdzekļi. // Jurista Vārds, 13.03. 2007., Nr. 11 (464).

pieskaitīta ārzemnieku izraidīšana pēc soda izciešanas un aizliegums uzturēties noteiktās vietās, piemēram, nozieguma izdarīšanas vietā<sup>100</sup>.

Prof U.Krastiņš raksta: **piespiedu ietekmēšanas līdzekļi ir krimināltiesiskie piespiedu līdzekļi**, jo to realizāciju nodrošina valsts piespiedu kārtā ar attiecīgu institūciju palīdzību. Šie citi piespiedu ietekmēšanas līdzekļi ir vērsti uz to, lai:

1) **novērstu vai kompensētu** ar kriminālsodāmām darbībām vai bezdarbību radītās kaitīgās **sekas**, kas radušās ar nepieskaitāmas personas darbībām, ar juridiskās personas darbību u.c., kā arī gadījumos, kad nepiemēro kriminālsodu vai atbrīvo no tā izciešanas, piemēram, nepilngadīgos, un

2) **atturētu fiziskās un juridiskās personas**, kurām šie piespiedu ietekmēšanas līdzekļi piemēroti, no jaunu tiesībpārkāpumu izdarīšanas, kā arī brīdinātu citas personas par tiesībpārkāpumu juridiskajām sekām.

Citi piespiedu ietekmēšanas līdzekļi ir tādi piespiedu līdzekļi, kas arī ir paredzēti Krimināllikumā, bet tiek piemēroti fiziskajām un juridiskajām personām saistībā ar citas fiziskas personas izdarītu noziedzīgu nodarījumu, vai saistībā ar pašas fiziskās personas izdarītu nodarījumu, kad likums par to neļauj viņu saukt pie kriminālatbildības un piemērot kriminālsodu, vai arī ir pamats piespiedu ietekmēšanas līdzekļa piemērošanai reizē ar vainīgajam piespriedu kriminālsodu. Tātad citu piespiedu ietekmēšanas līdzekļu formulējumā ir iekļautas pazīmes, kas aptver Krimināllikumā paredzētos gadījumus, kad sakarā ar izdarītu noziedzīgu nodarījumu personai nepiemēro kriminālsodu vai reizē ar kriminālsodu piemēro šajā likumā paredzētus citus piespiedu ietekmēšanas līdzekļus<sup>101</sup>.

Kā raksta prof. Krastiņš, šobrīd Latvijas Krimināllikumā ir divas Vispārīgās daļas nodaļas, kurās ir runa par fizisko personu piespiedu ietekmēšanas līdzekļiem, kas nav kriminālsodi, bet tie ir **saistīti ar noziedzīgu nodarījumu izdarīšanu**:

1. Audzinošā rakstura piespiedu līdzekļu piemērošana nepilngadīgiem<sup>102</sup> (vecumā no 11. līdz 18.gadiem) – to detaļās regulē atbilstošs likums<sup>103</sup>. Sakarā ar izdarīto arī citai personai var uzlikt noteiktus pienākumus, nozīmējot tādu līdzekli kā bērna nodošana galvojumā vecākiem vai aizbildņiem, vai citām personām, iestādēm vai organizācijām **ar abpusēju piekrišanu**: minētajām fiziskajām vai juridiskajām personām tiek uzlikts pienākums veikt audzināšanas darbu ar noziedzīgu nodarījumu izdarījušo bērnu arī tad, kad šīs personas nav bijušas vainojamas, ka bērns izdarījis kriminālsodāmu nodarījumu. Pēc darba autores domām te atslēgas vārds – “ar abpusēju piekrišanu”.

<sup>100</sup> Ibid.

<sup>101</sup> Ibid.

<sup>102</sup> Krimināllikums. Latvijas Vēstnesis, 199/200, 08.07.1998.

<sup>103</sup> Likums "Par audzinoša rakstura piespiedu līdzekļu piemērošanu bērniem". Latvijas Vēstnesis, 168, 19.11.2002.

2. Nodaļas “Medicīniska rakstura piespiedu līdzekļi” 68.panta pirmajā daļā teikts, kādos gadījumos un kāda veidi MRPL var tikt piemēroti. Vēl 20.gs. pirmā pusē bija diskusijas, vai šie mēri jāuzskata par piespiedu (līdzīgi kā atkarības slimnieku ārstēšana) – jo personas pārsvarā nesaprot to būtību<sup>104</sup>. Mūsdienās šis viedoklis atspoguļojas lemtspējas koncepcijā – ja personai trūkst lemtspēja, piespiedu mēriem nav spaidu elementa (angl “*coersion*”), jo slimība ir laupījusi tās brīvo gribu (piem., CPT standarti paredz tikai lemtspējīgās personas informētās piekrišanu vai informētās atteikšanos no piespiedu hospitalizācijas un ārstēšanas<sup>105</sup>).

Izklāstot gadījumus, kad vēl varētu tikt nozīmēta piespiedu ārstēšana, prof.U.Krastiņš nosauc arī MRPL piemērošanu ierobežoti pieskaitāmiem (resp., personām, kuras nodarījuma izdarīšanas laikā bija ierobežotas pieskaitāmības stāvoklī, ); vēl Krimināllikums paredz arī uzlikt personai pienākumu ārstēties kā nosacījumu<sup>106</sup>.

Latvijā atkarīgiem ir iespējams piemērot sociālās un psihosociālās rehabilitācijas piespiedu līdzekļus: ņemšanu policijas profilaktiskajā uzskaitē un policijas rakstveida brīdinājumu; ņemšana narkoloģiskajā uzskaitē un motivācijas veidošana; tiesas nolēmums par notiesātā pienākumu ārstēties. Tā ir t.s. kvazi - piespiedu narkoloģiska ārstēšana (nosacīti atbrīvojot no kriminālatbildības, atbrīvojot no soda izciešanas, nosacīti pirms termiņa atbrīvojot no soda, nosacīti pirms termiņa atbrīvojot no pamatsoda izciešanas), jo notiek ar personas piekrišanu un ir atbrīvošanas nosacījums; tā ir diezgan izplatīta prakse arī citās Eiropas valstīs (atkarīgajiem un dzimuma noziedzniekiem<sup>107</sup>); programmas nosacījumi mēdz būt diezgan strikti (toties sniedz ievērojamu efektu) – ar biežām pārbaudēm uz narkotikām un atgriešanos brīvības atņemšanas vietā, ja analīzes uzrādās pozitīvas<sup>108</sup>. Piem., Anglijā personas uzrauga probācijas dienests – organizē tikšanās ar pakalpojuma sniedzēju, kur tiek sastādīts detalizēts

---

<sup>104</sup> Калинина Т.М., Принудительные меры медицинского характера: меры государственного принуждения или меры безопасности? // Актуальные проблемы российского права, 2009, № 1, 342 – 348

<sup>105</sup> Eiropas Padome Eiropas Komiteja spīdzināšanas un necilvēcīgas vai pazemojošas rīcības vai soda novēršanai (CPT), Piespiedu ievietošana psihiatriskās ārstniecības iestādēs Izvilksms no Astotā vispārējā ziņojuma, publicēta 1998. Gadā, 7 lpp., pieejams <https://rm.coe.int/16806cd434>, skatīts 22.05.2020.

<sup>106</sup> Krimināllikums. Latvijas Vēstnesis, 199/200, 08.07.1998.

<sup>107</sup> The Use of Quasi Compulsory Measures (QCM) as alternatives to Imprisonment in Europe, European Committee on Crime Problems (CDPC) Council for Penological Co-operation (PC-CP), document prepared by Anthony Beech and Zoe Stephenson (revised) University of Birmingham, United Kingdom; Strasbourg, 01.09.2014, pieejams <https://rm.coe.int/16806fb1ea>, skatīts 15.05.2020.; Schaub, M. P; Stevens, A; Severin, H.; Berto, D; Hunt, N; Kersch, V; McSweeney, T; Oeuvray, K; Puppo, I; Santa Maria, A; Trinkl, B; Werdenich, W; Uchtenhagen, Ambros Predictors of retention in the 'voluntary' and 'quasi-compulsory' treatment of substance dependence in Europe. // European Addiction Research, 2011, 17(2), 97-105.

<sup>108</sup> Benjamin R. et al., Drug Treatments in Criminal Justice Settings // Nordstrom, Psychiatric Clinics, 2012, 35(2), 375 – 391.

plans par turpmākās nedēļās paredzēto (ārstēšanu un psihoterapijas programmas, pārbaudes uz narkotikām - resp., sastādīti nosacījumi, kurus persona apņemas pildīt)<sup>109</sup>.

Jāsaka, ka 2014.gadā veiktajā pētījumā par kvazi – piespiedu ārstēšanu Eiropas Padomes valstīs attiecībā uz Latviju MRPL tika kļūdaini pieskatīti kvazi – piespiedu mēriem<sup>110</sup>.

Vēl Latvijā nepilngadīgiem ir iespējama t.s. obligāta narkoloģiska ārstēšana - kā papildus audzinoša rakstura piespiedu līdzeklis - ar bērna un viņa vecāku (aizbildņa) vai bāriņtiesas piekrišanu<sup>111</sup>.

Drošības apsvērumu dēļ ilgstošas sociālās aprūpes un sociālās rehabilitācijas institūciju iemītnieku tiesības brīvi pārvietoties var tikt ierobežotas līdz pat izolēšanai<sup>112</sup> (un personas tiesības pārsūdzēt institūcijas vadītāja lēmumu nav atrunāta likumā).

Pēc dažu autoru domām citus piespiedu līdzekļus apvienot un izdalīt atsevišķā krimināltiesiskā institūtā ir pagrūti - savā starpā tie ļoti atšķiras pēc mērķa, piespiešanas mehānisma, tiesiskām sekām nepildīšanas gadījumā<sup>113</sup> (tik tiešām – grūti apvienot, piem., piespiedu ārstēšanos pie psihiatra ar mantas konfiskāciju, kā tas šobrīd ir apvienots Krievijas Federācijas Kriminālkodeksā<sup>114</sup>).

Pēc darba autores domām, augstāk uzskaitītie piespiedu ietekmēšanas līdzekļu mērķi īsti neattiecas uz MRPL:

1. tie nav saistīti ar noziedzīgo nodarījumu (jo nepieskaitāmie neizdara noziegumus);

---

<sup>109</sup> The Relationship between Legal Status, Perceived Pressure and Motivation in Treatment for Drug Dependence: Results from a European Study of Quasi-Compulsory Treatment // Eur Addict Res 2006;12:197–209; House of Commons Committee of Public Accounts The Drug Treatment and Testing Order: early lessons Ninth Report of Session 2004–05 Report, together with formal minutes, oral and written evidence Ordered by The House of Commons to be printed 28 February 2005.

<sup>110</sup> The Use of Quasi Compulsory Measures (QCM) as alternatives to Imprisonment in Europe, European Committee on Crime Problems (CDPC) Council for Penological Co-operation (PC-CP), document prepared by Anthony Beech and Zoe Stephenson (revised) University of Birmingham, United Kingdom, Strasbourg, 01.09.2014, pieejams <https://rm.coe.int/16806fb1ea>, skatīts 15.05.2020.

<sup>111</sup> Likums "Par audzinoša rakstura piespiedu līdzekļu piemērošanu bērniem". Latvijas Vēstnesis, 168, 19.11.2002.; Ministru kabineta 2003. gada 16. decembra noteikumi Nr. 726 "Kārtība, kādā veicama obligātā ārstēšana bērniem, kuriem radušies psihiski vai uzvedības traucējumi alkoholisko dzērienu, narkotisko, psihotropo vai citu apreibinošu vielu lietošanas dēļ, un kārtība, kādā sociālās korekcijas izglītības iestādēs bērniem nodrošināma obligātā ārstēšana no alkohola, narkotisko un psihotropo vielu atkarības". Latvijas Vēstnesis, 182, 24.12.2003.; Valsts bērnu tiesību aizsardzības inspekcijas ieteikumi pašvaldību administratīvajām komisijām par audzinoša rakstura piespiedu līdzekļu piemērošanu bērniem, iegūta no [http://www.bti.gov.lv/in\\_site/tools/download.php?file=files/text/ieteik\\_pasv.adm.komis.pdf](http://www.bti.gov.lv/in_site/tools/download.php?file=files/text/ieteik_pasv.adm.komis.pdf), [skatīts 26.04.2020.]

<sup>112</sup> Sociālo pakalpojumu un sociālās palīdzības likums. Latvijas Vēstnesis, 168, 19.11.2002.

<sup>113</sup> Батанов А. Н. Иные меры уголовно-правового характера самостоятельный институт российского уголовного законодательства? // Общество и право, No. 5 (37), 2011, pp. 150-154.

<sup>114</sup> Уголовный кодекс Российской Федерации от 13.06.1996 N 63-ФЗ (ред. от 07.04.2020) (с изм. и доп., вступ. в силу с 12.04.2020)

2. tiem nav sociālā taisnīguma atjaunošanas funkcijas attiecībā pret cietušo;
3. nav vispārējās prevencijas funkcijas (tāda arī nav iespējama),
4. nav personas labošanas funkcijas.

Vienīgais, kas ir kopīgs MRPL ar citiem piespiešanas līdzekļiem ir sekundārās nodarījuma profilakses jeb speciālās prevencijas merķis<sup>115</sup>.

Līdzīgi kā Latvijā, arī ārzemēs ir pētnieki, kuri piekrīt viedoklim, ka MRPL piemērošanas, realizācijas, grozīšanas laikā starp personu un valsti tiek realizētas krimināltiesiskās attiecības, jo tās rodas saistībā ar krimināltiesībās paredzētu likuma pārkāpumu, tās regulē krimināllikums<sup>116</sup>.

Latvijā tiek uzskatīts, ka MRPL ir īpašs krimināltiesisks institūts – tie ir pieskaitāmi citiem krimināltiesībās paredzētajiem piespiedu ietekmēšanas līdzekļiem, jo to realizāciju nodrošina valsts piespiedu kārtā ar attiecīgu institūciju palīdzību. MRPL ir īpašs krimināltiesisks piespiedu ietekmēšanas veids, kā procesuāli vērsties pret noziedzīgu nodarījumu izdarītājušām personām ar psihiskiem traucējumiem vai slimībām<sup>117</sup>.

Augstākās Tiesas viedoklis par MRPL ir: “... **jāizvērtē samērīgums starp** personas tiesībām un sabiedrības interesēm, tostarp arī **Krimināllikumā paredzētā sankcija par noziedzīgu nodarījumu, par kura izdarīšanu persona atbrīvota no kriminālatbildības**, jo MRPL **ir viens no** krimināltiesiskiem piespiedu līdzekļiem saistībā ar noziedzīgu nodarījumu”. Augstākā Tiesa paskaidroja, ka MRPL ir “krimināltiesisks ietekmēšanas līdzeklis, kas saistīts ar personas nodarījumu, kam ir noziedzīga nodarījuma sastāva pazīmes, veselības stāvokli, bīstamību sabiedrībai. Iztrūkstot kaut vienam no minētajiem trīs faktoriem, nav tiesiska pamata noteikt minēto piespiedu līdzekli. **Medicīniska rakstura piespiedu līdzeklis ierobežo personas brīvību**”<sup>118</sup>.

Darba autore nevar pilnībā piekrist šiem apgalvojumiem: pret nepieskaitāmiem nevar “procesuāli vērsties”, MRPL nevar būt samērojams ar potenciālu sankciju, sabiedrības interesēs to var samērot nevis ar izdarīto nodarījumu, bet tikai ar pastāvošu/saglabājamies sabiedrisku bīstamību (skat zemāk lietu *Klinkenbuss v. Germany* – ar pedofiliju un sadismu

<sup>115</sup> Есаков Г.А., Понятовская Т.Г., Рарог А.И., Чучаев А.И. Уголовно-правовое воздействие. Проспект, 2013, с 359.

<sup>116</sup> Батанов А. Н. Иные меры уголовно-правового характера самостоятельный институт российского уголовного законодательства? // Общество и право, No. 5 (37), 2011, pp. 150-154.

<sup>117</sup> Stumbergs R. Medicīniska rakstura piespiedu līdzekļa piemērošana un turpināšana kriminālprocesā. Jurista Vārds, 05.12.2017., Nr. 50 (1004), 17.-23.lpp.

<sup>118</sup> Latvijas Republikas Augstākās tiesas Krimināllietu departamenta 2017.gada [...] LĒMUMS Lieta Nr.[..], SKK-[D]/2017 ECLI:LV:[..], Slēgtas lietas statuss, Judikatūras nolēmumi, 55.nodaļa. Kriminālprocess, nosakot medicīniska rakstura piespiedu līdzekļus (592.-609.pants), izgūts no <http://www.at.gov.lv/lv/judikatura/judikaturas-nolemumu-arhivs/kriminallietu-departaments/klasifikators-pec-lietu-kategorijam/kriminalprocesa-likums/55nodala-kriminalprocess-nosakot-mediciniska-rakstura-piespiedu-lidzeklus-592-609pants?lawfilter=1>, skatīts 23.03.2020.

sirgstošais vīrietis psihiatriskā slimnīcā pavadīja 28 gadus, bet ja būtu atzīta par vainīgu – maksimāla soda sankcija paredzēja 10 gadus brīvības atņemšanas).

No tiesību teorijas ir zināms, ka krimināltiesiskās attiecības ir attiecības starp valsti un personu, kura izdarījusi noziedzīgu nodarījumu, kas rodas noziedzīgā nodarījuma izdarīšanas brīdī un ilgst, līdz tiek noņemta vai dzēsta sodāmība, vai arī persona tiek atbrīvota no kriminālatbildības un soda. Pēc Krievijas tiesību pētniekiem viedokļa, attiecības ir definējamas kā neitrālās krimināltiesiskās attiecības (personas izslēdzamas no noziedzīga nodarījuma subjektu loka un personām piemērojami audzinoša rakstura piespiedu līdzekļi vai medicīniska rakstura piespiedu līdzekļi)<sup>119</sup>. Pēc darba autores domām, nepieskatāmie neizdara noziedzīgus nodarījumus, tātad, attiecības nav krimināltiesiskās.

Svarīgākais krimināltiesību princips ir vainīguma princips – noziedzīgā nodarījuma subjektam jāpiemīt vainai: noziedzīga nodarījuma subjekts ir prettiesisko darbību izdarījusī vai bezdarbību pieļāvusī fiziska un pieskaitāma persona, kas uz nodarījuma izdarīšanas dienu ir sasniegusi krimināllikumā paredzētu vecumu, un līdz ar to viņu par izdarīto noziedzīgo nodarījumu ir pamats saukt pie kriminālatbildības. Pie noziedzīgo nodarījumu sastāva pamatpazīmēm pieder subjekta īpašības - ir 14 gadu vecumu sasniegusi un pieskaitāma (ierobežoti vai pilnīgi) persona. Gadījumā, ja sabiedriski kaitīgu nodarījumu veikusi nepieskaitāma persona, nodarījuma subjektīvā pusē trūkst noziedzīga nodarījuma obligātās pazīmes vainas (nodoma vai neuzmanības). Nepieskaitāmība izslēdz vainīgumu<sup>120</sup> (psihiskais stāvoklis nav vainojams – nav t.s. *mens rea* kritēriju).

**Tātad** – nepieskaitāmas personas nav krimināltiesību subjekts, jo viņiem nav vainas.

Atbilstoši Krimināllikuma (KL) 8.panta pirmajai daļai “No kriminālatbildības var atbrīvot personu, kas izdarījusi noziedzīgu nodarījumu,....”<sup>121</sup>. Bet nodarījumi, ko persona izdara nepieskaitāmības stāvoklī, neatbilst noziedzīgo nodarījumu sastāvam. Tāpēc nepieskaitāmus nevar no kriminālatbildības atbrīvot.

KL 59.pants nosaka atbrīvošanu no soda vai soda izciešanas, kā arī piespriedā soda mīkstināšanas nosacījumus: tā pirmajā daļā sniegti vispārīgie nosacījumi, ko var atbrīvot no soda – “Notiesātā atbrīvošanu no soda vai soda izciešanas, kā arī piespriedā soda mīkstināšanu,....”. Arī šis pants uz nepieskaitāmiem neattiecas - nepieskaitāmus nevar atbrīvot no soda, jo tie nav notiesāti.

**Tātad** – ja persona veikusi nodarījumu nepieskaitāmības stāvoklī, viņa nav krimināltiesiskās attiecībās ar valsti un atbilstoši KL 13.pantam nav saucama pie

<sup>119</sup> Krastiņš, U., Liholaja, V., Niedre, A. Krimināltiesības. Rīga : Tiesu namu aģentūra, 1999. 362, [1] lpp.

<sup>120</sup> Krastiņš, U. Noziedzīgā nodarījuma subjekts un vainīgums krimināltiesībās // Jurista Vārds, 05.05.2009 /NR. 18 (561)

<sup>121</sup> Krimināllikums. Latvijas Vēstnesis, 199/200, 08.07.1998.



kriminālatbildības<sup>122</sup>. Pēc darba autores domām, *personas krimināltiesiskās attiecības ar valsti beidzas brīdī, kad tiesa noskaidro nepieskaitāmības stāvokli nodarījuma laikā*. Personai nav piemerojami nekādi mēri saistībā ar krimināltiesību principiem, sankcijām, etc.

Darba autore saskata *pretrunas ar Kriminālprocesa likuma (KPL) 605.pantu* "Tiesas lēmums krimināllietā": (1) Atzīstot, ka persona noziedzīgu nodarījumu izdarījusi, būdama nepieskaitāmības stāvoklī, vai ka šī persona saslimusi ar psihiskiem traucējumiem pēc noziedzīga nodarījuma izdarīšanas un tāpēc nespēj apzināties savu rīcību vai vadīt to, saskaņā ar Krimināllikumā noteikto tiesa pieņem lēmumu par šīs personas atbrīvošanu no kriminālatbildības vai soda un nosaka kādu no Krimināllikumā paredzētajiem medicīniska rakstura piespiedu līdzekļiem. Diplomdarba autores ieskatā, *pants jālabo* - izņemot ārā vārdus "persona noziedzīgu nodarījumu izdarījusi, būdama nepieskaitāmības stāvoklī" un nomainot pret "persona izdarījusi Krimināllikuma paredzēto sabiedriski kaitīgu nodarījumu, būdama nepieskaitāmības stāvoklī".

Ir *pretruna* arī ar normu, kura nosaka kompensāciju cietušajiem - *Kriminālprocesa likuma 353.pants* "Personas, kurām var uzlikt kompensācijas samaksāšanas pienākumu" nosaka: (1) Pienākumu samaksāt kompensāciju var uzlikt: 2<sup>1</sup>) personai, kurai noteikts medicīniska rakstura piespiedu līdzeklis vai kura nodota radnieku vai citu personu gādībā. Pēc diplomdarba autores domām *pants jākorrigē* (ja vainas nav, par ko maksāt kompensāciju?), paredzot kompensācijas uzlikšanas iespēju tikai vainīgām personām (arī ierobežoti pieskaitāmām).

Pēc darba autores domām, ja valsts tomēr izvēlas piemērot personai kādus piespiedu mērus, tie nevar būt saistībā ar apdraudētā objekta nozīmīgumu, sakarā ar ko bija ierosināta krimināllieta. Piespiedu mēru izvēlē tiesai jāvadās no citiem apsvērumiem (nevis nepārtraukti jāatskatās pagātnē uz nodarījumu, jo tur nav nozieguma, vainas vai potenciālā soda) - proti, no bīstamības (tiesai būtu jāskatās nākotnē, jārīkojas proaktīvi). Tā tas ir, piem., Vācijas regulējumā, kur vadoties no personas bīstamības tiek paredzēti uzvedības kontroles mēri<sup>123</sup>.

Piespiedu mēri pret nepieskaitāmiem var būt tikai "nākotnē vērsti" - lai pasargātu sabiedrību turpmāko slimības paasinājumu gadījumos (nesamērojot ar sabiedriski kaitīgā nodarījuma veidu) un tieši tādi ir sabiedrības drošības/aizsardzības mēri: sociāli – tiesisks institūts, kuram nav saistības ar vainu vai sankciju. Šādu viedokli pauž, piem., prof. G.V. Nazarenko, pasvītrojot, ka šo kompleksu mēru saturs ir ārstēšana (stacionārā vai ambulatori),

---

<sup>122</sup> Ibid

<sup>123</sup> Bulla, J., Hoffmann, K. Coercion as part of a psychoanalytically based therapy: Case report on the treatment of a forensic outpatient. // International Forum of Psychoanalysis, 2015. 1-8.

medicīniska aprūpe un uzraudzība, kas kopumā sniedz šo personu drošas uzvedības garantiju<sup>124</sup>.

Faktiski, šis princips (sabiedriskās bīstamības esamība) jau ir gan MRPL piemērošanas, gan grozīšanas pamatā: nepieskaitāmība, psihiska saslimšana *per se* nav piespiedu ārstēšanas nosacījums; bet tikai pēc sabiedriski kaitīgā nodarījuma izdarīšanas saglabājamies sabiedriskā bīstamība, kas arī atspoguļojas Krimināllikuma 69.panta (1) daļā: “Tiesa var noteikt ....medicīniska rakstura piespiedu līdzekļus personām, .... ja šīs personas pēc izdarītā nodarījuma rakstura un sava psihiskā stāvokļa dēļ ir bīstamas sabiedrībai.”<sup>125</sup>

Tātad – ja nav bīstamas sabiedrībai, MRPL noteikt nevar.

Darba autore piekrīt vairāku pētnieku viedoklim, ka *abiem piespiedu ārstēšanas veidiem*: gan MRPL (psihiatriskā piespiedu ārstēšana krimināltiesiskā kārtā), gan ĀL 68.pantā minētiem mēriem (psihiatriskās palīdzības sniegšana bez personas piekrišanas jeb piespiedu psihiatriskā ārstēšana administratīvi – tiesiskā kārtā) *juridiska daba ir viena*, ko nosaka drošības jautājums (sabiedrības un pašas personas), tikai krimināltiesībās šie mēri ir stingrāki<sup>126</sup>. Arī personas, kuras saņem ārstēšanu stacionārā atbilstoši ĀL 68.panta pirmajai daļai, nodarījums var apdraudēt ļoti svarīgu objektu: persona ir draudējusi vai draud, centusies vai cenšas nodarīt sev vai citai personai miesas bojājumus vai ir izturējusies vai izturas varmācīgi pret citām personām (daži pētnieki to attiecina uz civilām, citi - uz administratīvām tiesībām<sup>127</sup>).

Latvijā personu, kuras tiek stacionētas pēc ĀL, bīstamība sabiedrībai netiek novērtēta, sakarā ar ko sabiedrība netiek pasargāta no viņu delikvences recidīviem.

Pēc darba autores domām, *piespiedu psihiatriskā ārstēšana* (MRPL un palīdzībai pēc ĀL 68.panta) ir *sabiedrības drošības mēri* jeb pēc prof. N.S.Taganceva – aizsardzības mēri.

Pētot *drošības/aizsardzības mērus*, tiesību zinātnieki piedāvāja sekojošu *definīciju*: “preventīvo mēru kopums, ko pilnvarotie orgāni piemēro personai, kuru atzīst par sabiedriski bīstamu viņa psihiskā stāvokļa dēļ vai sakarā ar noslieci uz apreibinošo vielu lietošanu, nepilngadības un krimināltiesiskās atbildības vecuma nesasniegšanu, pie kam mēri izpaužas kā personu tiesību un brīvību ierobežošana līdz pat izolācijai – ar nolūku novērst sabiedriski kaitīgu nodarījumu izdarīšanu un/vai personas izārstēšanu vai psihiskā stāvokļa

---

<sup>124</sup> Назаренко Г. В. Правовая природа принудительных мер медицинского характера // Вестник Омского университета. Серия «Право», no. 4, 2008, pp. 130-134.; Назаренко Г. В.. Принудительные меры медицинского характера // Ленинградский юридический журнал, no. 1, 2008, pp. 77-83.

<sup>125</sup> Krimināllikums. Latvijas Vēstnesis, 199/200, 08.07.1998.

<sup>126</sup> Калинина Т.М., Принудительные меры медицинского характера: меры государственного принуждения или меры безопасности? Актуальные проблемы российского права, 2009, № 1, 342 – 348

<sup>127</sup> Колмаков П.А.. Есть ли разница между недобровольным и принудительным психиатрическим лечением? // Человек. Культура. Образование, No. 3 (25), 2017, 133-139.

uzlabošanu”<sup>128</sup>. Līdzīgi sodam, drošības mēri ir valsts piespiedu mēri, ko valsts īsteno no sava vārda par krimināllikumā paredzēto nodarījumu izdarīšanu. Mēru saturs ir tiesību un brīvību ierobežošana; kopīgais mērķis – atkārotu nodarījumu prevencija, medicīniska rakstura piespiedu mēriem ir vēl viens mērķis – personas izārstēšana vai to psihiskā stāvokļa uzlabošana (skat Krievijas Kriminālkodeksa 98.pantu). Prof.Kuzņecova atzīmēja, ka drošības mēru nozīmēšanas galvenais kritērijs ir “subjekta bīstamība, ko nosaka pēc tā dzīvesveida un domu gaitas”. Dažādās valstīs drošības mēri tiek saukti dažādi – piem., Vācijā tiek saukti par “labošanas un drošības mēriem” (Kriminālkodekss, 61. – 70.panti: ievietošana psihiatriskajā slimnīcā; ievietošana izolācijas iestādē alkoholiķiem un narkomāniem; preventīvais ieslodzījums); Itālijā (Itālijas Kriminālkodeksa 202. – 228.panti), Spānijā (95. – 105.panti), Somālijā (162. – 180.panti) – drošības mēri; Krievijā – citi krimināltiesiskā rakstura mēri (Krievijas Kriminālkodeksa 90., 91., 99., 104<sup>1</sup>,104<sup>2</sup>,104<sup>3</sup>. panti: piespiedu audzināšanas mēri, medicīniska rakstura piespiedu līdzekļi, ), Austrijā – preventīvie mēri (21.- 25.pants)<sup>129</sup>.

Atbilstoši Vācijas Kriminālkodeksa 62.pantam šo mēru piemērošanas kritērijs ir personas veikts nodarījums un personas sabiedriskās bīstamības līmenis. Tiek ievērots arī samērīguma princips – mēra veidam ir jāatbilst izdarītajam vai sagaidāmajam nodarījumam, kā arī bīstamības pakāpei. Piem., uz 2008.gadu Vācijas cietumos preventīvā ieslodzījumā atradās 300 notiesāto, vairāk kā puse – par dzimumnoziegumiem. Specifisku garantiju pret tiesas patvaļu, nozīmējot preventīvo ieslodzījumu, Vācijas likumdošanā nav – Vācijas tiesību zinātnieki tajā nesaskata nepieciešamību, ko var skaidrot ar augsto tiesisko kultūru valstī<sup>130</sup>.

**Tātad** – pēc darba autores domām, nepieskaitāmības stāvoklī nodarījumu izdarījušo personu krimināltiesiskās attiecības ar valsti beidzas brīdī, kad tiek pierādīta nepieskaitāmība; **MRPL juridiska daba atbilst sabiedrības drošības līdzekļiem jeb mēriem**; atšķirībā no soda, piemērojot drošības/aizsardzības mērus, samērīguma princips tiek realizēts, **sabalansējot drošības mēru** ar izdarīto **vai** sagaidāmo nodarījumu **un** ar personas bīstamību. Tas būtu jāatzīst par vienu no MRPL piemērošanas principiem.

---

<sup>128</sup> Минязева, Т. Ф., Серебренникова А. В., Абдикарим А. А. (2016). Меры безопасности: законодательная регламентация в России и зарубежных странах. Пробелы в российском законодательстве. Юридический журнал, 2016б (2), 116-124.

<sup>129</sup> Ibid.

<sup>130</sup> Ibid.

## 2.2. Medicīniska rakstura piespiedu līdzeklis mērķi, uzdevumi, pasākumi

Kā tika noskaidrots iepriekš, pēc sabiedriski kaitīgā nodarījuma izdarīšanas nepieskaitāmības stāvoklī starp attiecīgā likuma subjektiem – sabiedriski bīstamo personu un valsti - veidojas sociāli-tiesiskās attiecības: valstij ir tiesības un pienākums nozīmēt MRPL, bet personai ir pienākums un tiesības tos saņemt. Vēl prof. N.S. Tagancevs, aprakstot šo tiesisku situāciju, rakstīja: “valsts drīkst/var un valstij ir pienākums pieņemt mērus pret nepieskaitāmiem”<sup>131</sup>.

Latvijā MRPL mērķis nav tieši definēts likumā (atšķirībā no, piem., Krievijas Federācijas, kur Kriminālkodeksā par MRPL mērķi ambiciozi izvirzīta personas izārstēšanās vai psihiskā stāvokļa uzlabošanās, kā arī atkārtoto Kriminālkodeksā paredzēto darbību prevencija<sup>132</sup>).

Darba autorei nav šaubu, ka Latvijā MRPL mērķi ir nemainīgi kopš prof. N.S.Taganceva laikiem:

- 1) Medicīnisks mērķis – sniegt personai iespēju sasniegt MRPL atcelšanas kritērijus (izvesēloties vai sasniegt tādu veselības stāvokli, kad sabiedriskā bīstamība būs zudusi<sup>133</sup>). Praksē pirmais variants ir reti sasniedzams, par otrā varianta īpatnībām var ilgi diskutēt un to ir grūti pierādīt/garantēt.
- 2) Juridisks mērķis – sabiedrības drošība, atkārtota nodarījuma profilakse. Agrākos laikos šo mērķi sasniedza, realizējot personas uzraudzību un izolēšanu intramurāli (klosteros, vēlāk vājprātīgo namos, aprūpes iestādēs) un sabiedrībā (nodot attiecīgo personu gādībā un atbildīgā uzraudzībā). Mūsdienās tam ir rasti jauni risinājumi (skat zemāk).

Šo mērķu aktualitāti apstiprina mūsdienu literatūras dati: no Latvijas tiesu prakses apkopojuma var uzzināt, ka MRPL piemēro, lai sekmētu personas psihiskās veselības uzlabošanu un atjaunošanu (medicīnisks mērķis) un aizsargātu sabiedriskās intereses - novērstu jaunu kaitīgu nodarījumu izdarīšanas iespējamību (juridisks mērķis)<sup>134</sup>. Līdzīgu

<sup>131</sup> Таганцев, Н.С. Русское уголовное право. Часть общая: лекции. 2-е изд., пересмотр. и доп. - СПб. : Гос. тип., 1902. Т. 1. - 1902. - [4], II, [2], 815 с.

<sup>132</sup> Уголовный Кодекс РФ Статья 98. Цели применения принудительных мер медицинского характера.

<sup>133</sup> Latvijas Republikas Augstākās tiesas Krimināllietu departamenta 2017.gada [...] lēmums Lieta Nr.[...], SKK-[D]/2017 ECLI:LV:[...]. Pamats medicīniska rakstura piespiedu līdzekļa grozīšanai uz mazāk ierobežojošu un medicīniska rakstura piespiedu līdzekļa atcelšanai; Medicīniska rakstura piespiedu līdzekļa piemērošanas ilgums. Iegūts no <http://www.at.gov.lv/lv/judikatura/judikaturas-nolemumu-arhivs/kriminallietu-departaments/hronologiska-seciba?year=2017>, [skatīts 15.05.2020.]

<sup>134</sup> Augstākās tiesas tiesu prakses apkopojums, 2011/2012. Tiesu prakse kriminālprocesā, nosakot medicīniska rakstura piespiedu līdzekļus, Rīga, 45 lpp.

nostāju pauž arī Mag. iur. S.Bebre<sup>135</sup> un R.Stumbergs<sup>136</sup> (juristi ar ilgstošu praktiskā darba pieredzi MRPL sakarā).

MRPL ir tiesiskais instruments, kas nodrošina psihiatriskās palīdzības sniegšanu personai, tiesai neņemot vērā personas viedokli; MRPL izvēle atkarīga no to spējas sasniegt mērķus: nodrošināt personai iespēju saņemt psihiatrisko palīdzību; novērst atkārtotu nodarījumu, šādi garantējot sabiedrības drošību; nav vairāk ierobežojošs, kā tas ir nepieciešams noteikto mērķu sasniegšanai<sup>137</sup>. Tas vēlreiz pasvīturo MRPL atšķirību no ārstniecības – izvēloties ierobežošanu (stacionārs ar apsardzi, stacionārs, ambulatoriska ārstēšana) tiesa vadās nevis no medicīniskām indikācijām, bet no minimāli nepieciešamās tiesību un brīvības ierobežošanas pakāpes.

Pēc Tiesībsarga domām, gan kriminālsoda, gan MRPL virsmērķi ir vienādi:

- 1) sabiedrības drošība un 2) **noziedzīgu nodarījumu izdarījušās personas resocializācija**<sup>138</sup>.

Jādomā, ka Tiesībsargs ir domājis nodarījumus, ko izdarījušās personas nepieskaitāmības stāvoklī, nevis noziedzīgus nodarījumus. Pēc Tiesībsarga domām, personas, kurai tiek nozīmēts MRPL, tiesības tiek ierobežotas dažkārt pat nopietnāk un ilgstošāk nekā personām, kuras atzītas par pieskaitāmām un šie tiesību ierobežojumi ir **tiešā cēloņsakarībā ar to, ka tika izdarīts Krimināllikumā paredzēts noziedzīgs nodarījums**. Un personai noteiktie ierobežojumi arī turpmāk izriet no Kriminālprocesa likuma, nevis Ārstniecības likuma kā personām, kas nav izdarījušās noziedzīgu nodarījumu.

Šim Tiesībsarga viedoklim nevar nepiekrīst, lai gan jāatzīmē, ka cēloņsakarība pastāv nevis ar nodarījumu (lai cik tas būtu smags), bet ar saglabājamies personas sabiedrisko bīstamību (ja uz tiesas brīdi sabiedriskā bīstamību būs zudusi – MRPL nevar piemērot); virsmērķi ir nosprausti pārāk attāli un vispārēji (galu galā visas tiesību sistēmas virsmērķis ir sabiedrības drošība un visu sabiedrības biedru veiksmīga resocializācija – piem., tāds mērķis ir izglītību regulējošām likuma normām).

Tiesību zinātņu doktors A.Judins **medicīnisku un juridisku komponentu** apraksta kā tiesas lēmuma (par MRPL piemērošanu) sastāvdaļas: **medicīniskais** komponents norāda uz

---

<sup>135</sup> Bebre S. Ieilgušas problēmas medicīniska rakstura piespiedu līdzekļu noteikšanā un izpildē. Jurista Vārds, 18.10.2016., Nr. 42 (945), 21.-28.lpp.

<sup>136</sup> Stumbergs R. Medicīniska rakstura piespiedu līdzekļa piemērošana un turpināšana kriminālprocesā. Jurista Vārds, 05.12.2017., Nr. 50 (1004), 17.-23.lpp.

<sup>137</sup> Augstākās tiesas tiesu prakses apkopojums, 2011/2012. Tiesu prakse kriminālprocesā, nosakot medicīniska rakstura piespiedu līdzekļus, Rīga, 45 lpp.; Judins, A. Aktualitātes medicīniska rakstura piespiedu līdzekļu piemērošanā, Latvijas Republikas Augstākās Tiesas Biļetens, Nr 3/2011, 34. – 38.

<sup>138</sup> Tiesībsarga vēstule Ministru prezidentam A.K.Kariņam lietā Nr.Nr. 1-5/7 "Par Veselības ministrijas Konceptuālo ziņojumu "Par risinājumu medicīniska rakstura piespiedu līdzekļa izpildes regulējumam", pieejams [http://www.tiesibsargs.lv/uploads/content/mp\\_karinam\\_par\\_konceptualo\\_zinojumu01\\_2020\\_1579779921.pdf](http://www.tiesibsargs.lv/uploads/content/mp_karinam_par_konceptualo_zinojumu01_2020_1579779921.pdf), skatīts 15.05.2020.

nepieciešamību ierobežot personas uzvedību un nodrošināt viņas ārstēšanu, rehabilitāciju, aprūpi; *juridiskais* komponents izriet no tiesas pārliecības, ka medicīniskā rakstura līdzeklis konkrētajā gadījumā jāpiemēro piespiedu kārtā un ar to saistītā personas tiesību ierobežošana ir samērīga un nepieciešama<sup>139</sup>. Tādam juridiskā mērķa formulējumam (“pārliecība, ka MRPL ir jāpiemēro piespiedu kārtā”) darba autore nevar piekrist: to var salīdzināt ar “pārliecību, ka personai piespiedu darbs vai naudas sods ir jāpiemēro piespiedu kārtā” (dažs, protams, var piekrist nostrādāt vai nomaksāt arī bez īpašiem iebildumiem, bet tas neatceļ piespiešanas raksturu, kontroles un izpildes mehānismu). Bet pārliecība, ka “personas tiesību ierobežošana ir samērīga un nepieciešama” ir vispārējās cilvēktiesību metodoloģijas ierobežošanas princips.

A. Judins arī raksta, ka tiesas lēmums par MRPL noteikšanu un MRPL veids ir atkarīgs no “riskiem, ka persona, nesāņemot tai nepieciešamo psihiatrisko aprūpi, veiks darbības, kas apdraudēs citu cilvēku, sabiedrības intereses, kā arī viņu pašu”<sup>140</sup>. Pēc darba autores domām, tā ir pietiekami labi formulēta sabiedriskās bīstamības definīcija.

Kādi būtu *MRPL regulējošo tiesību normu uzdevumi*? Resp., kādas problēmas jārisina *medicīniskā mērķa* sasniegšanai - lai nodrošinātu personai iespēju sasniegt MRPL atcelšanas kritērijus (izvesēties vai sasniegt tādu veselības stāvokli, kad sabiedriskā bīstamība būs zudusi<sup>141</sup>)? Pēc darba autores domām, uzdevums medicīniskā mērķa sasniegšanai ir nodrošināt personai medicīnisku palīdzību (ārstēšanu, rehabilitāciju, medicīnisku aprūpi<sup>142</sup>); bet, ja personas veselības stāvokli nav iespējams uzlabot, medicīniskais mērķis nav jāizvirza - jāfokussējās uz piespiedu līdzekļa uzdevumiem juridiskā mērķa sasniegšanas (sabiedrības drošības garantija, atkārtoto nodarījumu prevencija).

*Kādi pasākumi* veicami piespiedu līdzekļa *medicīniskā mērķa* sasniegšanai? Valsts uzspiesti personas tiesību un brīvību ierobežojumi panākt uzvedības pārmaiņas – ambulatora piespiedu līdzekļa gadījumā tie ir noteikti *pasākumi*: regulāra ambulatoru psihiatrisko veselības aprūpes pakalpojumu izmantošana un personas rūpes par savu veselību, pedantiski pildot ārsta rekomendācijas<sup>143</sup>. Pēc darba autores domām, veselības aprūpes pakalpojumi (pasākumu *saturs*) jāizvelas un personas ārstēšanas plāns ārstam jā sastāda, vadoties no medicīniskām indikācijām, nepiešķirot un nepieļaujot tiem sodu nozīmi. Pēc ECHR viedokļa,

<sup>139</sup> Augstākās tiesas tiesu prakses apkopojums, 2011/2012. Tiesu prakse kriminālprocesā, nosakot medicīniskā rakstura piespiedu līdzekļus, Rīga, 45 lpp.

<sup>140</sup> Judins, A. Aktualitātes medicīniskā rakstura piespiedu līdzekļu piemērošanā, Latvijas Republikas Augstākās Tiesas Biļetens, Nr 3/2011, 34. – 38.

<sup>141</sup> Latvijas Republikas Augstākās tiesas Krimināllietu departamenta 2017.gada [...] lēmums Lieta Nr.[..], SKK-[D]/2017 ECLI:LV:[..]. Pamats medicīniskā rakstura piespiedu līdzekļa grozīšanai uz mazāk ierobežojošu un medicīniskā rakstura piespiedu līdzekļa atcelšanai; Medicīniskā rakstura piespiedu līdzekļa piemērošanas ilgums. Iegūts no <http://www.at.gov.lv/lv/judikatura/judikaturas-nolemumu-arhivs/kriminallietu-departaments/hronologiska-seciba?year=2017>, skatīts 15.05.2020.

<sup>142</sup> Judins, A. Aktualitātes medicīniskā rakstura piespiedu līdzekļu piemērošanā, Latvijas Republikas Augstākās Tiesas Biļetens, Nr 3/2011, 34. – 38.

<sup>143</sup> Ziemane, I. Rūpes par sevi kā pienākums. Jurista Vārds, 25.04.2017., Nr. 18 (972), 10.-14.lpp.

ko tā paudusi lietā *Klinkenbuss v. Germany* (personas ilgstoša atrašanās slimnīcā sakarā ar saglabājamies bīstamību) - piespiedu ārstēšanas gadījumā personām jāsniedz visa veida efektīva ārstēšana (arī psihoterapija), lai neliegtu izrakstīšanas iespēju un šādas ārstēšanas nodrošināšanai jābūt nacionālo tiesu uzmanības fokusā<sup>144</sup>. Tātad – arī ambulatorā piespiedu līdzekļa ietvaros veikto pasākumu kopums ir ciešā saistībā ar iespēju kādreiz atcelt MRPL un atjaunot personas tiesības un brīvības; šo pasākumu pieejamības nodrošināšana ir valsts uzdevums.

Ar piespiedu psihiatriskas ārstēšanas nozīmēšanu, vadoties no sabiedrības drošības interesēm un ignorējot personas informēto piekrišanu vai atteikšanos, valsts intereses saskaras ar personas (tostarp arī bērna) tiesībām ne vien uz brīvību, bet arī:

- a. Uz dzīvību un veselību – jo psihiatrijā lietojamiem medikamentiem un metodēm pastāv nopietnu komplikāciju, paliekošo seku un nāves risks. Te ir saskatāms konflikts ar Ovjedo konvencijas principiem (kas paredz, ka indivīda intereses ir pārkakas par sabiedrības interesēm)<sup>145</sup>.
- b. Uz privātās dzīves neaizskaramību: ķermenis ir privātās dzīves visintīmākais aspekts un piespiedu ārstniecības procedūru gadījumā tā fiziskās un psihiskās integritātes neaizskaramība tiek traucēta. Tiesības pieņemt lēmumu par savu bērnu un aizbilstāmo ārstēšanu arī pieder pie privātās dzīves sfēras, Ovjedo konvencija (6.pants) nosaka, ka medicīniska iejaukšanās gadījumā, kad persona nevar sniegt informētu piekrišanu, var notikt tikai šīs personas tiešo interešu labā, bet nepilngadīgo ārstēšana notiek tikai ar viņu pārstāvju piekrišanu vai ar varas iestāžu pārstāvju līdzdalību. Arī Bērnu tiesību konvencija paredz, ka valsts respektē un atzīst vecāku atbildību, tiesības un pienākumus nodrošināt bērnam viņam atbilstošu palīdzību un padomus šajā konvencijā atzīto tiesību izmantošanā<sup>146</sup>. Valsts, nosakot personai piespiedu ārstēšanu ar nolūku pasargāt citus sabiedrības locekļus, personas morālās tiesības rūpēties par sevi (ikviena pienākums rūpēties par savu veselību un atbildīgi izturēties pret to minēts Satversmes ievada daļas piektās rindkopas ceturtajā teikumā un Ārstniecības likuma 5. pantā) pārvērš tiesiskajā pienākumā, ierobežojot personas rīcības brīvību - liedzot to darīt pēc saviem ieskatiem, kā tas izriet no Satversmes 111.panta<sup>147</sup>.

<sup>144</sup> Case of *Klinkenbuss v. Germany*, Application no. 53157/11, Strasburg, 25.02.2016, iegūts no <https://jurisprudencia.mpd.gov.ar/Jurisprudencia/Klinkenbuss%20v.%20Alemania.pdf>, skatīts 13.04.2020.

<sup>145</sup> Konvencija par cilvēktiesību un cieņas aizsardzību bioloģijā un medicīnā – Konvencija par cilvēktiesībām un biomedicīnu. Pieņemta 1997. gada 4. aprīlī. Latvijas Vēstnesis, Nr. 205, 30.12.2009.

<sup>146</sup> Bērnu tiesību konvencija, Latvijas Vēstnesis, 237, 28.11.2014.

<sup>147</sup> Satversmes tiesas 2002. gada 22. oktobra sprieduma lietā Nr. 2002-03-04 secinājuma daļas 1. punkts, pieejams [http://www.satv.tiesa.gov.lv/wp-content/uploads/2016/02/2002-04-03\\_Spriedums.pdf](http://www.satv.tiesa.gov.lv/wp-content/uploads/2016/02/2002-04-03_Spriedums.pdf), skatīts 09.04.2020.

c. Tiesības uz apziņas, domu un ticības brīvību – jeb reliģiski, sociāli, filozofiski iemesli (individuāla dziļa pārliecība, ticība, apziņa). Personai, neskatoties uz viņas uzskatiem un viedokļiem par nepieskaitāmības iemesliem, ir jāapmeklē ārsts – psihiatrs, jāārstējas saskaņā ar konvencionālās medicīnas principiem, nerēķinoties ar personas sociokulturālām normām (piem., uzskatiem, ka psihiskā slimība ir bērnībā pārciestas psihotraumas rezultāts un ir ārstējama ar psihoterapiju). Šajos apsvērumos balstīti iebildumi lietot psihiatrijā izmantojamus medikamentus var būt saistīti arī ar dzīvnieku valsts produktu esamību (želatīns, *animal-derived magnesium stearate*, glicerīns, laktoze), kā arī ar želatīna *haram* izcelsmi<sup>148</sup>. Uzziņā, ko izsniedza Veselības Ministrija vienam no raksta autoriem, ir paskaidrots - persona, kurai ir nozīmēts medicīniska rakstura piespiedu līdzeklis, atteikties no nozīmētās ārstēšanas drīkst tikai tad, ja tam ir medicīnisks pamatojums, kas atspoguļots medicīniskajā dokumentācijā. Ja ārstēšanas metode vai zāles izvēlētas, pamatojoties uz rūpīgu personas veselības stāvokļa, iespējamo kontrindikāciju un citu faktoru izvērtēšanu, kā arī atbilstoši pieņemtajam standartam (piemēram – elektrokonvulsīvā terapija), bet persona no ārstēšanās atsakās bez augstāk minētā pamatojuma, šāds gadījums var tikt uzskatīts par MRPL nepildīšanu<sup>149</sup>. Tātad – ignorēt informētās piekrišanas institūtu, paredzot iespēju atteikties no medikamentiem tikai medicīniskām kontrindikāciju gadījumā, valsts būtiski ierobežo ne vien pacienta tiesības, bet arī cilvēktiesības.

Kā jau bija minēts iepriekš, medikamentu lietošana nav vienīgais pasākums medicīniska rakstura piespiedu līdzekļa ietvaros.

Kā savulaik atzina Rīgas apgabaltiesas Civillietu kolēģija, pienākums un rūpes pret sevi ārstēšanas procesa ietvaros nozīmē pienākumu sadarboties ar ārstu, sekot rekomendācijām (piem., atmet smēķēšanu), ievērot valsts noteiktās prasības, rekomendācijas un līdzekļus<sup>150</sup>. Nozīmējot ambulatorisku piespiedu ārstēšanu, ir jāvērtē, cik pacients ir lemtspējīgs pildīt šo tiesisko pienākumu – piem., Mag.iur. Ilze Ziemane, aprakstot Latvijā no “Covid-19” skartajām teritorijām ieceļojošo pienākumus un atbildību (resp., viņu veselības stāvoklis var radīt bīstamību apkārtējiem, identiski kā sabiedriski bīstamo psihiski slimo gadījumā), raksta: “Pilngadīgai personai kā fiziski un intelektuāli nobriedušai personai, kurai vairs nav nepieciešama īpaša aizsardzība un gādība, ir jāapzinās savu pienākumu saturs,

<sup>148</sup> Pelčić, G., Karačić, S., Mikirtichan, G. L., Kubar, O. I., Leavitt, F. J., Cheng-Tek Tai, M., Morishita, N., Vuletić, S., Tomašević, L. Religious exception for vaccination or religious excuses for avoiding vaccination. Croatian medical journal, 2016, 57(5), 516–521.

<sup>149</sup> Pacientu tiesību likums. Latvijas Vēstnesis, 205, 30.12.2009.

<sup>150</sup> Ziemane I. Rūpes par sevi kā pienākums. Jurista Vārds, 25.04.2017., Nr. 18 (972), 10.-14.lpp.



atbildība un sekas<sup>151</sup>?. Darba autorei rodas jautājums – un ja persona tāda nav? Nav intelektuāli nobriedusi vai ir intelektu zaudējusi? Kurš uzņemsies saistības un atbildību par rekomendāciju pildīšanu? Jo nosakot ambulatorisku medicīniska rakstura piespiedu līdzekli personai ar būtiskiem lemtspējas trūkumiem, tiek *a priori* izšķērdēti valsts līdzekļi (ārstu un tiesu darbam, konsilijiem), bet tiesas lēmums paliek neizpildīts. Latvija ir viena no pirmajām Eiropas valstīm, kura attiecās no pilnīgas rīcībbspēju atņemšanas prakses<sup>152</sup> un šobrīd saskaņā ar Civillikuma 356.<sup>1</sup> pantu neviens nav ierobežojams personiskajās nemantiskajās tiesībās. ANO Invalīdu Tiesību Komiteja, atsaucoties uz Personu ar invaliditāti tiesību Konvenciju, rekomendēja Latvijai izveidot un ieviest atbalstītās lemtspējas institūtu<sup>153</sup>, kas tā arī netika izdarīts. Līdz ar to šobrīd nav nevienas valsts iestādes, kura varētu uzņemties pildīt tiesas lēmumu - nodrošināt personas tiesību un brīvību ierobežojumu ambulatoriska medicīniska piespiedu līdzekļa laikā; nav izstrādāts atbalstītās lemtspējas mehānisms personām ar noturīgiem lemtspējas trūkumiem – tāpēc ambulatoriska medicīniska rakstura piespiedu līdzekļa gadījumā var cerēt tikai uz personas brīvo gribu un viņas vēlmi aktīvi un brīvprātīgu pildīt rekomendācijas. Par cik Latvijā nav piespiedu mehānisma ambulatoriska piespiedu līdzekļa realizācijai, kas liedz personām ar būtiskiem lemtspējas trūkumiem saņemt palīdzību ambulatori un noved pie viņu stāvokļa pasliktināšanas un hospitalizācijas, varētu diskutēt arī par viņu tiesībām uz veselību pārkāpumu<sup>154</sup>.

Kādas problēmas jārisina *juridiska mērķa* sasniegšanai? *Kā sasniegt ambMRPL juridisko mērķi, kādi uzdevumi jārisina un pasākumi jāveic?* Tas ir atsevišķa pētījuma vērts jautājums, bet skaidrs, ka tas ietver arī lemtspēju zaudējušo personu piespiedu aprūpi un uzraudzību. Kā darbā tika konstatēts iepriekš, 20.gs. beigās Latvijā izzudis sabiedriski bīstamo personu piespiedu aprūpes un uzraudzības tiesiskais regulējums. Skaidrs, ka MRPL juridisks mērķis (speciālā prevencija, atkārtota nodarījuma profilakse) nav droši un tieši sasniedzams ar ambulatoro psihiatrisko veselības aprūpes pakalpojumu izmantošanu un ar

---

<sup>151</sup> Ziemane, I. Kādi ir no 'Covid-19' skartajām valstīm un teritorijām iecelojošo pienākumi un atbildība, 19.03.2020., <https://www.delfi.lv/news/versijas/ilze-ziemane-kadi-ir-no-covid19-skartajam-valstim-un-teritorijam-iecejojoso-pienakumi-un-atbildiba.d?id=51981369>, skatīts 14.04.2020.

<sup>152</sup> Turnpenny, A., Gabor, P., Finn, A., Beadle-Brown, J., Nyman, M. Mapping and Understanding Exclusion - Institutional, coercive and community-based services and practices across Europe. 2018. Iegūts no <https://mhe-sme.org/wp-content/uploads/2018/01/Mapping-and-Understanding-Exclusion-in-Europe.pdf>, skatīts 16.04.2020.

<sup>153</sup> Комитет по правам инвалидов, Заключительные замечания по первоначальному докладу Латвии, Приняты Комитетом на его восемнадцатой сессии (14–31 августа 2017 года), iegūts no [http://tbinternet.ohchr.org/\\_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CRPD%2fC%2fLVA%2fCO%2f1&Lang=ne](http://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CRPD%2fC%2fLVA%2fCO%2f1&Lang=ne), [skatīts 16.04.2020.]

<sup>154</sup> Всемирная организация здравоохранения, Право на здоровье, <https://www.ohchr.org/Documents/Publications/Factsheet31ru.pdf>, [skatīts 14.05.2020.]

rūpēm par savu veselību (tad jau visi, kas saņem šos pakalpojumus būtu primāri imūni pret sabiedriski kaitīgu nodarījumu izdarīšanu!). Jāatzīst, ka trešais mērķis, ka norādīja Tiesībsarga – resocializācija – arī nav sasniedzams ar ambMRPL šī brīža izpausmē: medicīnas iestādēm nav resursu, kas nodrošinātu personu veiksmīgu iekļaušanos sabiedrībā, bet sociālo pakalpojumu saņemšana personām, kurām nozīmēts MRPL, ir kontrindicēta<sup>155</sup>.

Šobrīd Latvijā veselības aprūpes pakalpojumi ir vienīgais MRPL saturs un veicamo pasākumu kopums. Rodas jautājums – vai ārsta norādījumu pildīšana spēj personu pasargāt no atkārtota nodarījuma izdarīšanas? Respektīvi, **vai esošais regulējums un veselības aprūpes pakalpojumi spēj sasniegt MRPL juridisku mērķi?** Te ir jāanalizē nodarījumu iemesli, kurus veic personas nepieskaitāmības stāvoklī – resp., jāizpēta tiesību normas subjekta īpatnības.

### 2.2.1. Nodarījumi, ko izdara personas ar psihiskiem un uzvedības traucējumiem

Nodarījumi, ko veic psihiski slimās personas, ir psihiatrijas un sabiedriskās veselības viena no svarīgākām problēmām. Šo nodarījumu raksturs atšķiras no tām, ko veic personas bez psihiskām saslimšanām vai būtiskām novirzēm un vienmēr raisa pārdomas - vai bija iespējama to prevencija. Pēc Krievijas nacionālās statistikas datiem sabiedriski sevišķi kaitīgo nodarījumu īpatsvars, ko veica personas ar psihiskām novirzēm, pēdējo 10 gadu laikā pieauga par 10,2 % (vidēji + 1% gada laikā). Starp tām dominē nodarījumi, ko ir veikušas personas psihozes stāvoklī (10 gadu laikā kopējais pieaugums ir vairāk kā divas reizes). Nodarījumi rodas pilnīgi neparedzami, nepadodas vis loģikai, bet gan vienīgi psihotiska stāvokļa neprognozējamai dinamikai. Ikviens var saskarties ar sabiedriski bīstamo psihiski slimo personu kaitīgo nodarījumu sekām - gan kā cietušais, gan kā persona, kura ir veikusi nodarījumu (jo neviens nav imūns pret psihisku saslimšanu<sup>156</sup>ю

Tipiski ir atkārtoti nodarījumi; gandrīz pusei personu (46,5%) ir tipiskas noturīgas antisociālas tendences – šie pacienti veic atkārtotus un vairākkārtējus sabiedriski kaitīgus nodarījumus pirmajos trīs gados pēc izrakstīšanas no stacionāra, kur saņēma piespiedu ārstēšanu. Antisociālas tendences veido klīnisko, personības īpašību un sabiedriski un vides faktoru kopums<sup>157</sup>.

<sup>155</sup> Ministru kabineta 2019. gada 2. aprīļa noteikumiem Nr. 138 "Noteikumi par sociālo pakalpojumu un sociālās palīdzības saņemšanu" 1. pielikums "Psihiatra atzinums par personas psihisko veselību un speciālajām (psihiatriskajām) kontrindikācijām sociālo pakalpojumu saņemšanai". Latvijas Vēstnesis, 68, 04.04.2019.; Ministru kabineta 2006. gada 6. novembra noteikumiem Nr. 914 "Kārtība, kādā no psihoaktīvām vielām atkarīgās personas saņem sociālās rehabilitācijas pakalpojumus" 2.pielikums "Kontrindikācijas sociālās rehabilitācijas pakalpojumu saņemšanai". Latvijas Vēstnesis, 180, 09.11.2006.

<sup>156</sup>Воронкова, Т.А., Аплетев, А.А., Гирфанова, Е.П., Скотникова, Т.И. Социальные характеристики психически больных, совершивших общественно опасные действия: роль фельдшера в профилактике общественно опасных действий у больных с психозами. Омский психиатрический журнал. 2017 № 1 (11) с 27 – 33.

<sup>157</sup> Руженков, В.А., Можайцев, А.В. Кабинет активного диспансерного наблюдения – эффективная организационная форма профилактики общественно опасных действий лиц с психическими расстройствами // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2009. № 2 (53), 93 – 95.

Labākai izpratnei, darba autore piedāvā visus nodarījumus, ko veic personas ar smagām psihiskām saslimšanām vai traucējumiem, iedalīt divās grupās<sup>158</sup>:

- a. Nodarījumi, kuri ir veikti t.s. produktīvas simptomātikas iespaidā – attīstoties slimībai, parādās pazīmes, kuru agrāk nebija/tās nebija tipiskas personai: piemēram, izteiktas kairināmības un impulsivitātes dēļ persona sakāvās, nodarīja cietušajam smagus miesas bojājumus; maņu orgānu māņu vadīta persona nogalina (rīkojas, “balšu” vadīts, klausu pavēlēm), vai uzbrūk tiem, kurus uzskata par vadītājiem (vajātie vajātāji pēc Manjāna<sup>159</sup>, skat arī neseno rakstu žurnālā Doctus - aprakstīta ielaista šizofrēnijas slimniece, kura uzbruka cilvēkiem degvielas uzpildes stacijā, apgalvoja ka tie viņu indē<sup>160</sup>, angl “ *psychotic symptom-based crimes*”<sup>161</sup> ), aptumšotās apziņas stāvokļi. Parasti šos traucējumus izdodas mazināt, saņemot attiecīgas slimības vispusīgu ārstēšanu (režīms, diēta, nefarmakoloģiskas metodes un medikamentoza ārstēšana). Uzturošās medikamentozās ārstēšanas pārtraukšana ievērojami palielina slimības recidīva risku, līdzīgi kā arī citu rekomendāciju neievērošana (apreibinošu vielu lietošana). Pie šiem nodarījumiem personai parasti konstatē akūtus, smagus, bet pārejošus lemtspējas trūkumus. Tieši uz šīs grupas nodarījumiem vislabāk profilaktiski iedarbosies esošais ambMRPL saturs – ārstēšana pie psihiatra ambulatori.
- b. Nodarījumi, kurus personas veic saistībā ar negatīvu simptomātiku – intelekta deficītu (garīgi atpalikušie, personas ar galvas traumu sekām, kuri nespēj adekvāti spriest un paredzēt savas rīcības attālās sekas), vieglu iespaidojamību (iesaistās kriminalizētās kompānijās – kopā zog, lieto un tirgo narkotikas), dziņu un tieksmju perversijām un izbrīvēšanos (pedofilija), gribas vājumu vai emociju izmaiņām (kauna, goda, vainas sajūtas trūkums). Daļa no šiem pārkāpumiem ir t.s. “izdzīvošanas noziegumi” (angl *survival – based crimes*<sup>162</sup>): piemēram pārtikas zādzības no veikaliem vai ielaušanās svešajā mājoklī (dārzu mājā), lai pārnakšnotu. Šie nodarījumi (un negatīva psihiatriska simptomātika kopumā) nepadodas medikamentozai ārstēšanai, to profilaksei ir

<sup>158</sup> Кириллова, А.В., Костюк, Г.П., Нохуров, Б.А. К вопросу о клинико – социальных критериях прекращения активного диспансерного наблюдения // Социальная и клиническая психиатрия. 2015, Vol 25 № 3, 43 – 47.

<sup>159</sup> Маньян В. Клинические лекции по душевным болезням. Девятая лекция. Диагноз. Преследуемые преследователи (окончание). Lpp nav norādītas. Iegūts no <http://www.psychiatry.ru/lib/1/book/12/chapter/24>, skatīts 20.04.2020.

<sup>160</sup> Līcis J., Līce J. Šķelta dvēsele. Klīniskais gadījums psihiatrijas praksē // Doctus, Februāris 2020, pieejams <https://www.doctus.lv/2020/2/skelta-dvesele-kliniskais-gadijums-psihiatrijas-prakse>, Lpp nav numurētas.

<sup>161</sup> Peterson, J., Heinz, K. Understanding Offenders with Serious Mental Illness in the Criminal Justice System. Mitchell Hamline Law Review: 2016, Vol. 42: Iss. 2, Article 3. Available at: <http://open.mitchellhamline.edu/mhlr/vol42/iss2/3>, skatīts 20.04.2020.

<sup>162</sup> Ibid.

nepieciešama multidisciplināra pieeja un sociālās intervences – tieši kā norādīja Tiesībsargs savā vēstulē<sup>163</sup>.

Praksē šie faktori bieži savijās – piem., pie paasinājumiem vai slimības iniciālā fāzē (jauniešu vecumā un brieduma gados) personas veic nodarījumus produktīvas simptomātikas iespaidā, bet slimībai progresējot un novecojot – sāk dominēt negatīva simptomātika. Parasti negatīva simptomātika nosaka noturīgus lemtspējas trūkumus (un līdz ar to nespēju rūpēties par savu veselību, sekot rekomendācijām, apturēt savus impulsus, etc). Piespiedu ārstēšana vairs nespēj sniegt personas veselības stāvokļa uzlabošanās. Pēc darba autores domām tieši par tādiem gadījumiem raksta Mag. iur. S.Bebre: “...praksē nereti ir tādi gadījumi, ka personai tiek turpināta MRPL piemērošana tikai tāpēc, ka viņai nav līdzcilvēku, kas var par viņu parūpēties un kontrolēt ārstēšanas turpināšanu. Tādējādi rodas situācija, ka faktiski persona atrodas tiesas uzraudzībā”. Juriste ierosina: “...ja personai konstatēti tādi garīgi veselības traucējumi, kurus nav iespējams nedz izārstēt, nedz arī panākt veselības stāvokļa uzlabošanos, un noteiktais MRPL veids ir sasniedzis maksimālo rezultātu personas veselības stāvokļa labā, valsts līmenī būtu jāizveido atsevišķa sociāla ārstniecības iestāde, kuras funkcijās būtu šādu personu aprūpe un uzraudzība gadījumos, ja to nevar īstenot personas radnieki”<sup>164</sup>. Pēc diplomdarba autores domām šāda prakse un priekšlikums ir pretrunā ar psihiski slimo personu un viņu piederīgo tiesībām un psihiatrijas principiem – nav pieļaujami MRPL turpināt tāpēc, ka nav atbalsta personu, nav pamata personai sociālu aprūpi sniegt kādā atsevišķi izveidotā iestādē tikai tāpēc ka viņai/viņam kādreiz bija nozīmēts MRPL. Bet ja personai saglabājas sabiedriskā bīstamība – nav pamata valstisku uzdevumu (MRPL juridisku mērķi) uzlikt radniekiem. Arī tiesas “uzraugošā” funkcija šajā gadījumā ir apšaubāma – faktiski, tiesa katru reizi (reizi gadā) tikai konstatē nemainīgu situāciju (ka personas stāvoklis ir stabils, ir iestājies noturīgs funkciju zudums, ir nepieciešama aprūpe un atbalsts ikdienā). Lemjot par MRPL turpināšanu vai atcelšanu, tiesai būtu jāvērtē sabiedriskā bīstamība - riski, ka persona, nesaņemot tai nepieciešamo psihiatrisko aprūpi, veiks darbības, kas apdraudēs citu cilvēku, sabiedrības intereses, kā arī viņu pašu (kā rakstīja A.Judins, skat augstāk). Konstatējot tiesiskā regulējuma nepilnības, kas liedz realizēt tiesas lēmumu, tiesai būtu jāvēršas Tieslietu Ministrijā ar lūgumu izstrādāt attiecīgu normu (jo tieši šī ministrija izstrādā politiku tiesību jomā<sup>165</sup>).

<sup>163</sup> Tiesībsarga vēstule Ministru prezidentam A.K.Kariņam lietā Nr.Nr. 1-5/7 "Par Veselības ministrijas Konceptuālo ziņojumu "Par risinājumu medicīniska rakstura piespiedu līdzekļa izpildes regulējumam", pieejams [http://www.tiesibsargs.lv/uploads/content/mp\\_karinam\\_par\\_konceptualo\\_zinojumu01\\_2020\\_1579779921.pdf](http://www.tiesibsargs.lv/uploads/content/mp_karinam_par_konceptualo_zinojumu01_2020_1579779921.pdf), skatīts 15.05.2020.

<sup>164</sup> Bebre S. Ieilgušas problēmas medicīniska rakstura piespiedu līdzekļu noteikšanā un izpildē. Jurista Vārds, 18.10.2016., Nr. 42 (945), 21.-28.lpp.

<sup>165</sup> Ministru kabineta 2017. gada 16. augusta noteikumi Nr. 474 "Tieslietu ministrijas nolikums". Latvijas Vēstnesis, 164, 18.08.2017.

CPT savā ziņojumā skaidri norāda: kad turpmāka piespiedu turēšana ārstniecības iestādē vairs nav obligāta, pacientam tomēr var būt nepieciešama ārstēšana un/vai droša vide, dzīvojot sabiedrībā. CPT vairākās valstīs ir ievērojusi, ka pacienti, kuru psihiskais stāvoklis neprasa viņu turēšanu psihiatriskajās iestādēs, tomēr paliek tajās, jo sabiedrībā nav atbilstošas aprūpes/piemērotu dzīves apstākļu: šī prakse, kad personām turpina atņemt brīvību, jo nepastāv piemērotas dzīvošanas iespējas sabiedrībā, jāizskauž<sup>166</sup>. Pēc diplomdarba autores domām, šo principu var ekstrapolēt un attiecināt arī uz MRPL – nevar personai ierobežot tiesības un brīvības, tikai tāpēc, ka nav kas viņai rada drošus apstākļus un realizētu uzraudzību. Ir jārada piemēroti apstākļi dzīvei sabiedrībā – ar atbalstu, atbildīgo personu uzraudzību, pēc nepieciešamības arī ārsta konsultācijām.

Darba autores ieskatā, šāda prakse demonstrē valsts nespēju nodrošināt aprūpi personām ar negatīvu simptomātiku un lemtspējas trūkumiem, kamēr MRPL būs kontrindikācija sociālās aprūpes pakalpojumu saņemšanai, šādu situāciju praksē atrisināt nebūs iespējams; kamēr netiks ieviests atbalstītās lemtspējas institūts – nebūs arī iespēju pilnvērtīgi aizstāvēt un realizēt personu ar noturīgiem lemtspējas trūkumiem tiesības un intereses.

**Tātad** – MRPL mērķi ir divi: medicīnisks un juridisks. Medicīniskais mērķis ir sniegt personai iespēju sasniegt MRPL atcelšanas kritērijus (izveseļoties vai sasniegt tādu veselības stāvokli, kad sabiedriskā bīstamība būs zudusi). Medicīniskā mērķa sasniegšanai risināms uzdevums ir sniegt personai palīdzību (ārstēšanu, rehabilitāciju, medicīnisku aprūpi), neatkarīgi no personas gribas un ieskatiem, tādējādi ierobežojot personas tiesības un brīvības.

Juridiskā mērķa sasniegšanai paredzētu pasākumi (uzraudzība un apdraudošās rīcības novēršana) ir realizējami tikai intramurāli, jo tiesiskais regulējums par piespiedu uzraudzību un aprūpi, dzīvojot sabiedrībā, Latvijā vairs nepastāv.

Ambulatora piespiedu līdzekļa gadījumā uzdevuma rezultāts sasniedzams ar regulāru ambulatoru psihiatrisko veselības aprūpes pakalpojumu izmantošanu un rūpēm par savu veselību, pedantiski pildot ārsta rekomendācijas (farmakoloģiskas un nefarmakoloģiskas). Veselības aprūpes pakalpojumu saņemšana var būt efektīva tādu nodarījumu sekundārai profilaksei, kurus persona izdarīja t.s. produktīvas simptomātikas iespaidā. Personai novecojot un slimības progresā gadījumā ar negatīvās simptomātikas saistīto nodarījumu risks var pieaugt, bet personas lemtspēja var piedzīvot lielus trūkumus – tāpēc medicīniska rakstura pasākumi vairs nebūs efektīvi sabiedrības drošības garantants.

---

<sup>166</sup>Eiropas Padome Eiropas Komiteja spīdzināšanas un necilvēcīgas vai pazemojošas rīcības vai soda novēršanai (KPT), Izvilums no Astotā vispārējā ziņojuma, publicētā 1998. Gadā, 7 lpp, pieejams <https://rm.coe.int/16806cd434>, skatīts 22.05.2020.

MRPL juridiski mērķi – atkārtota nodarījuma profilakse un resocializācija nav tieši sasniedzami ar veselības aprūpes pakalpojumu saņemšanu.

### 3. ĀRSTA UN PERSONAS, KURAI NOZĪMĒTS MEDICĪNISKA RAKSTURA PIESPIEDU LĪDZEKLIS, ATTIECĪBU TIESISKĀ BĀZE

No tiesību teorijas ir zināms, ka tiesību normas izpildi, atšķirībā no visām citām normām, garantē valsts (ar valsts varu apveltītas personas vai institūcijas). Tiesību normas pazīme ir tās nodrošināšana/garantēšana ar valsts varas palīdzību; tās ir nesaraujami saistītas ar valsti; tajās precīzi formulētas tiesības, pienākumi, aizliegumi un piespiedu līdzekļi par šo priekšrakstu neievērošanu; tām ir vispārējs obligāts raksturs; to izpildi garantē valsts; tās nepastāv izolēti, bet veido sistēmu; tās attiecas uz abstrakti aprakstītām situācijām; tās paredz vairākkārtēju gadījumu skaitu. Valsts garantē normu izpildi, paredzot sankcijas, juridisku atbildību vai caur citiem varas instrumentiem (piem., apbalvojumiem)<sup>167</sup>.

Svarīgs tiesisks fenomens ir tiesību efektivitāte un iedarbīgums – spēja panākt personu uzvedības pārmaiņas un sasniegt vēlamo mērķi (piemēram, nodrošinot regulāri psihiatru apmeklējumu, tiek samazināts atkārtotu nodarījumu skaits)<sup>168</sup>.

Kāds ir valsts pienākums un atbildība gadījumā, ja persona izdara sabiedriski kaitīgu nodarījumu nepieskaitāmības stāvoklī?

Valstij ir pienākums reaģēt uz likuma pārkāpumu, sabiedriski nozīmīgo interešu apdraudējumu, realizējot valstiskus piespiešanas mērus.

Sabiedrībai ir tiesības uz drošību, nodarījuma sekundāru profilaksi, tiesībām sagaidīt no nodarījumu izdarījušās personas ieguldījumu sabiedrības labā atbilstoši savām spējām, vecumam, dzimumam, izglītībai (ka persona sāks produktīvi strādāt, rūpēties par savu veselību, darba spēju zuduma gadījumā – produktīvi pavadīs brīvo laiku vai tiks pienācīgi aprūpēta), saslimšanas gadījumā katram tiesības uz atbilstošu veselības aprūpi un sociālo palīdzību; cietušajiem un cietušo piederīgiem ir svarīga apziņa, ka valsts nav bezspēcīga situācijas izvērtēšanā, ka tā sniedz signālu personai, ka viņai ir nepieciešama ārstēšana, lai nodarījums neatkārtotos.

Pēc sabiedriski kaitīgā nodarījuma izdarīšanas nepieskaitāmības stāvoklī starp attiecīgā likuma subjektiem – sabiedriski bīstamo personu un valsti - veidojas sociāli-tiesiskās attiecības: valstij ir tiesības un pienākums nozīmēt MRPL, bet personai ir pienākums (kā nodarījumu izdarījušajam) un tiesības (kā sabiedrības loceklim) tos saņemt. Vēl prof. N.S.

<sup>167</sup> Григорьева И.В. Теория государства и права: Учебное пособие. - Тамбов: Изд-во ТГТУ, 2009. - 304 с.

<sup>168</sup> Šulmane D. Tiesību normu novērtēšana: teorija un Eiropas valstu pieredze. Grām.: Juridiskās zinātnes teorētiskie un praktiskie problēmjautājumi. Juridiskās zinātnes doktorantu un zinātniskā grāda pretendentu III zinātniski praktiskās konferences rakstu krājums. Rīga: LU Akadēmiskais apgāds, 2012.

Tagancevs, aprakstot šo tiesisku situāciju, rakstīja: “valsts drīkst/var un valstij ir pienākums pieņemt mērus pret nepieskaitāmiem<sup>169</sup>”.

Pēc diplomandes domām, MRPL loma jeb funkcija – ir paust valsts negatīvu attieksmi pret sabiedriski kaitīgo nodarījumu (nevis pret personu!), sniegt cietušajiem un sabiedrībai ziņu, kā recidīvs tiks novērsts; ziņas personai, ka valsts viņu uzskata par psihiski slimu, ka viņam/viņai ir nepieciešama palīdzība, un ka viņam/viņai turpmāk ir sevišķi stingri jāpilda savi pienākumi attiecībā uz savas veselības uzturēšanu. Pieņemot lēmumu par piespiedu ārstēšanas nozīmēšanu, valsts ne tikai rūpējas par personas veselību (pasargā viņu no slimības paasinājumiem un kaitīgo nodarījumu recidīviem) un sabiedrības drošību, bet arī parāda savu attieksmi pret situāciju – šī attieksme bieži vien ir ļoti svarīga cietušajiem vai cietušo piederīgiem. Īpaši svarīgi tas ir pie atkārtotiem kaitīgiem nodarījumiem – bieži vien tie liecina gan par psihiskās slimības neatlaidīgi progresējošo norisi, par personas nepietiekamām rūpēm par savu veselību, par nepietiekamu MRPL efektivitāti (sevišķi ja nodarījums atkārtojās MRPL realizācijas laikā vai drīz pēc tā izbeigšanas).

Svarīgi, ka valsts nepauž savu negatīvu attieksmi pret personu. Personas tiesību un brīvību ierobežojumam MRPL ietvaros nav soda vai pāraudzinošās funkcijas, tie ir tikai rīks MRPL mērķa sasniegšanai. Tieši tiesību un brīvību ierobežojums sabiedrisko interešu labā MRPL gadījumā to būtiski atšķir no ārstniecības. No otras puses, pārprotot personas tiesības uz pašnoteikšanos, neizvērtējot lemtspēju, nerealizējot ārstēšanu piespiedu kārtā, persona tiek pakļauta nepietiekamās aprūpes (angl *neglect*), sociālās lejupslīdes, likuma pārkāpšanas riskam, pat riskam apdraudēt citas personas<sup>170</sup>.

Pēc būtības MRPL realizācija/īstenošana (uzdevuma ietvaros veicamie pasākumi) ir tiesas lēmuma izpilde – reps., tiesvedības noslēdzošais etaps, bez kura nav iespējams reāli aizsargāt aizskarto objektu. ECHR vairākkārt norādīja, ka tiesas lēmumu nepildīšana vai pildīšana ar būtisku nokavēšanos ir jāuzskata par Konvencijas 6.panta pārkāpumu<sup>171</sup>. Tātad – realizēt ambMRPL nozīmē izpildīt tiesas lēmumu, aizsargāt visu procesā iesaistīto personu cilvēktiesības.

Dr.iur. Jeļena Groma savā promocijas darbā, atsaucoties uz vairākiem zinātniekiem, raksta, ka valsts uzdevumi ir ārējās un iekšējās aizsardzības uzdevumi; ***aizsardzības uzdevumi ir nemainīgi un ir valsts monopols - piespiedu vara valstī drīkst būt tikai valsts***

<sup>169</sup> Таганцев, Н.С. Русское уголовное право. Часть общая: лекции. 2-е изд., пересмотр. и доп. - СПб. : Гос. тип., 1902. Т. 1. - 1902. - [4], II, [2], 815 с.

<sup>170</sup> Prüter-Schwarte, C. Autonomie und Fürsorge im Maßregelvollzug. // Forens Psychiatr Psychol Kriminol, 2012, 6, p. 201–207.

<sup>171</sup> Council of Europe/European Court of Human Rights, Guide on Article 6 of the Convention – Right to a fair trial (civil limb), 2019, 100, iegūts no [https://www.echr.coe.int/Documents/Guide\\_Art\\_6\\_ENG.pdf](https://www.echr.coe.int/Documents/Guide_Art_6_ENG.pdf), skatīts 15.05.2020.



*institūcijām un amatpersonām, nevis privātpersonām*. Piespiedu (koercitīvā) vara (no lat. *Coercitus* – savaldīšana, sodīšana) ir varas forma, kas balstās uz draudiem un iespējas pielietot fizisko spēku, ierobežojot indivīda izvēles un rīcības brīvību<sup>172</sup>. Attiecībā uz piespiedu ārstēšanu – pacienta informētā piekrišana izriet no iekšējās/subjektīvās autonomijas sajūtas, bet piespiešanas sajūta rodas no ārēji uzspiestas obligātās uzvedības nepieciešamības<sup>173</sup>. Resp., tie ir divi pretstati: informētā piekrišana kā personas gribas akta izpaušme un ārstēšana bez piekrišanas valsts piespiedu varas ietekmē.

Demokrātiskā valstī piespiešana ir varas radīta. Valsts piespiešana vienlaikus ir valsts pārvaldes metode - tiesību ierobežojošā ietekme attiecībā uz likumpārkāpējiem ar mērķi aizsargāt un nodrošināt sabiedrības intereses, ko veic valsts pilnvarotas iestādes un citi subjekti. Bez piespiešanas nevar pastāvēt ne valsts, ne tiesības, piespiešana ir jebkuras sabiedrības sastāvdaļa, tā ietekmē šīs sabiedrības locekļu uzvedību, nodrošinot likumisku kārtību; piespiešana nosaka valsts pamatīpašības - valsts suverenitāti, valsts publiskās varas aparāta esību un valsts varas realizēšanu.

Respektīvi, valsts piespiešana ir komplicēts valstiski tiesisks izveidojums, kas ietver tiesisko faktu valstisku izvērtējumu, kuram seko likumā nostiprināta rīcība; valsts piespiešanas pamatu veido tiesību aktu normas; *valsts kompetentās iestādes likumā paredzētajā kārtībā ietekmē noteiktu personu uzvedību ar mērķi aizsargāt sabiedrības drošību* (autora izcēlums). Valsts publiskās varas aparātu veido valsts varas iestādes, pārvaldes iestādes, tiesa, prokuratūra u.c.<sup>174</sup> Atsevišķos gadījumos valsts savas funkcijas var deleģēt citām personām – to regulē Valsts pārvaldes iekārtas likums<sup>175</sup>. Piemērs ir Veselības Inspekcija - saskaņā ar Ministru kabineta 2008.gada 5.februāra noteikumu Nr. 76 „Veselības inspekcijas nolikums” 2.punktu inspekcijas darbības mērķis ir *īstenot valsts pārvaldes funkcijas* veselības nozares uzraudzībā un kontrolē, lai nodrošinātu minēto jomu regulējošo normatīvo aktu prasību ievērošanu un izpildi<sup>176</sup>. Atsevišķos gadījumos valsts savas funkcijas var deleģēt citām personām – to regulē Valsts pārvaldes iekārtas likums<sup>177</sup>.

Atbilstoši Augstākās tiesas atziņām, piespiedu ārstējamie (“piespiedu ārstniecībā nodotie”) ir iestādei īpaši pakļautās personas – šajā gadījumā personas un valsts tiesiskās attiecības ir īpašas, persona faktiski ir īpaši pakļauta valstij. Tādā gadījumā attiecību tiesiskos

<sup>172</sup> Groma, J. Kriminālprocesuālie piespiedu līdzekļi: aktuālie problēmjautājumi un tiesiskā regulējuma pilnveidošanas perspektīvas, Promocijas darbs. Rīga, 2015, RSU.

<sup>173</sup> Giles Newton-Howes . Coercion in psychiatric care: where are we now, what do we know, where do we go?// The Psychiatrist, Volume 34, Issue 6, June 2010, pp. 217-220,

<sup>174</sup> Groma, J. Kriminālprocesuālie piespiedu līdzekļi: aktuālie problēmjautājumi un tiesiskā regulējuma pilnveidošanas perspektīvas, Promocijas darbs. Rīga, 2015, RSU.

<sup>175</sup> Valsts pārvaldes iekārtas likums. Latvijas Vēstnesis, 94, 21.06.2002.

<sup>176</sup> Latvijas Republikas Augstākās tiesas Administratīvo lietu departamenta 2018.gada 21.septembra SPRIEDUMS Lieta Nr. A420333014, SKA-151/2018 ECLI:LV:AT:2018:0921.A420333014.2.S

<sup>177</sup> Valsts pārvaldes iekārtas likums. Latvijas Vēstnesis, 94, 21.06.2002.

pamatus nodibinoši, saturiski grozoši, tiesisko attiecību pamatus izbeidzoši, sodu piemērojoši valsts lēmumi, kā arī tādi lēmumi, kuri būtiski skar īpaši pakļautās personas cilvēktiesības, ir administratīvi akti<sup>178</sup>.

Viena no administratīvā akta pazīmēm ir, ka to izdot iestāde publisko tiesību jomā<sup>179</sup>. Iestāde šajā gadījumā “ir tiesību subjekts, tā struktūrvienība vai amatpersona, kurai ar normatīvo aktu vai publisko tiesību līgumu piešķirtas noteiktas valsts varas pilnvaras valsts pārvaldes jomā”<sup>180</sup> vai arī “institūcija, kura darbojas publiskas personas vārdā un kurai ar normatīvo aktu noteikta kompetence valsts pārvaldē, piešķirti finansu līdzekļi tās darbības īstenošanai un ir savs personāls”<sup>181</sup>.

Slimnīcas ir privāto tiesību juridiskās personas, un tās ārstnieciskā darbība notiek privāto tiesību jomā<sup>182</sup>. Atbilstoši Valsts pārvaldes iekārtas likumam privāto tiesību juridiskajām personām var tikt deleģēti noteikti valsts pārvaldes uzdevumi (valsts vara) un, izpildot tos, privāto tiesību juridiskā persona kļūst par publiskās varas nesēju – iestādi<sup>183</sup>. Slimnīca tikai tad ir iestāde Administratīvā procesa likuma izpratnē, ja tā veic funkcijas valsts pārvaldes jomā<sup>184</sup> - piemēram, izsniedzot darbnespējas lapu: jo tas ir viens no valsts organizēto pasākumu kopuma elementiem, lai persona varētu īstenot savas Satversmes 109.pantā paredzētās sociālās tiesības uz valsts garantēto materiālo nodrošinājumu slimības gadījumā. Ārstam tiek deleģēts valsts pārvaldes uzdevums – darbnespējas lapu izsniegšana un ārsts darbojas publisko tiesību jomā<sup>185</sup>. Runājot par valsts apmaksāto pakalpojumu sniegšanu, Augstākā tiesa atzina, ka līgumi, ko slēdz valsts ar ārstniecības iestādēm, par valsts apmaksāto veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu un kompensējamo zāļu izrakstīšanu, ir publisko tiesību līgumi; tie tiek slēgti, lai nodrošinātu valsts pārvaldes funkcijas efektīvu izpildi - Satversmes 111. pantā valsts garantēto medicīniskās palīdzības minimuma nodrošināšanu

---

<sup>178</sup> Latvijas Republikas Augstākās tiesas Senāta Administratīvo lietu departamenta 2010.gada 16.aprīļa lēmums lieta Nr. A7041309/17 SKA-408/2010, 9.punkts

<sup>179</sup> Augstākās tiesas 2007.gada 5.februāra lēmuma lietā Nr.SKA-103/2007 8.punkts.

<sup>180</sup> Administratīvā procesa likums. Latvijas Vēstnesis, 164, 14.11.2001.

<sup>181</sup> Valsts pārvaldes iekārtas likums. Latvijas Vēstnesis, 94, 21.06.2002.

<sup>182</sup> Augstākās tiesas 2006.gada 17.janvāra lēmums lietā Nr.SKA-98/2006 6.punkts

<sup>183</sup> Augstākās tiesas 2008.gada 26.jūnija lēmuma lietā Nr.SKA-155/2008 17.punkts

<sup>184</sup> Latvijas Republikas Augstākās tiesas Administratīvo lietu departamenta 2016.gada 13.maija lēmums lieta Nr.6-80004416/37 SKA-889/2016, 6.punkts.

<sup>185</sup> Latvijas Republikas Augstākās tiesas Senāta Administratīvo lietu departamenta 2007.gada 5. februāra lēmumslietā Nr. A42203205 SKA – 103/2007, 10.punkts.

ikvienam sabiedrības loceklim<sup>186</sup>. No otras puses, Augstākā tiesa atzina, ka slimnīca ārstniecības procesā neīsteno valsts pārvaldes pilnvaras<sup>187</sup>. Vērtējot ārstēšanas gaitā vai nobeigumā izsniedzamus dokumentus, Augstākā tiesa atzina, ka tie ir ārstēšanas procesa sastāvdaļa, darbība notiek privāto tiesību jomā un dokumenti netiek uzskatīti par administratīviem aktiem (piem., izraksts/epikrīze pēc ārstēšanas slimnīcas nodaļā vai ārsta lēmums par bērna ievietošanu un turēšanu psihiatriskā slimnīcā<sup>188</sup>).

Parasti ārsta un pacienta attiecības ir līgumiskas (daudzpusējs darījums un divpusējs līgums), kur dalībnieki ir līdztiesīgi, līdzvērtīgi, vēlas tiesisko attiecību seku iestāšanos. Bet ārstniecībā pušu brīvība ir vienpusēja: pacients ir brīvs gan savā izvēlē nodibināt/nedibināt ārstniecības tiesiskās attiecības (ja netiek aizskartas vai apdraudētas publiskās intereses), gan – brīvs izvēlēties līguma otro pusi (ārstniecības iestādi)<sup>189</sup>.

Latvijā tiek prezumēts, ka ārstniecības personai ir pienākums nodibināt ārstniecības tiesiskās attiecības, pacientam izsakot gribu tiesisko attiecību nodibināšanai; tikai noteiktos gadījumos ārstniecības persona var atteikties nodibināt tiesiskās attiecības ar konkrētu pacientu - piem.: 1) pēc ētiskiem apsvērumiem - tiesības atteikties izdarīt grūtniecības pārtraukšanu, ja tam nav medicīnisku iemeslu<sup>190</sup>; 2) tiesības atteikt pirmo un neatliekamo medicīnisko palīdzību apstākļos, kas apdraud ārstniecības personas pašas dzīvību vai ārstniecības persona to nespēj veselības stāvokļa dēļ<sup>191</sup>; 3) tiesības atteikties no pacienta, ja pacienta dzīvība nav apdraudēta un pacients neievēro ārsta norādījumus vai apzināti kaitē savai veselībai<sup>192</sup>. Daži ārzemju autori gan uzskata, ka “privātpraksēs psihiatri var izvēlēties, kurus pacientus viņi vēlas ārstēt”, atrunājot, ka plāna kārtā palīdzību nevar atteikt, ja cits ārsts nav pieejams<sup>193</sup>.

---

<sup>186</sup> Latvijas Republikas Augstākās tiesas Senāta Administratīvo lietu departamenta 2006.gada 15. jūnija spriedums lietā Nr. SKA – 365, 11.3 punkts.

<sup>187</sup> Augstākās tiesas 2006.gada 17.janvāra lēmuma lietā Nr.SKA-98/2006 6.punkts, 2008.gada 26.jūnija sprieduma lietā Nr.SKA-155/2008 17.punkts.

<sup>188</sup> Latvijas Republikas Augstākās tiesas Administratīvo lietu departamenta 2017.gada 1.novembra lēmuma lietā Nr. SKA-1531/2017 (ECLI:LV:AT:2017:1101.A420281517.5.L) 9.punkts. Ar atsauci uz Augstākās tiesas 2014.gada 4.jūlija lēmuma lietā Nr. SKA-740/2014 (A420518013) 5.punktu.); Latvijas Republikas Augstākās tiesas Administratīvo lietu departamenta 2016.gada 13.maija lēmums lieta Nr.6-80004416/37 SKA-889/2016, 7.punkts; Administratīvā rajona tiesas (Rīgas tiesu nams) 2014.gada 24.aprīļa spriedums lietā Nr. A420518013, lietas arhīva Nr. A42-02027-14/24, 9.punkts;

<sup>189</sup> Mazure, L. Pacienta griba un tās civiltiesiskā aizsardzība, Latvijas Universitāte, Juridiskā fakultāte, Promocijas darbs, Rīga, 2011.

<sup>190</sup> Ārstniecības likums. Latvijas Vēstnesis, 167/168, 01.07.1997. 40.pants.

<sup>191</sup> Ārstniecības likums. Latvijas Vēstnesis, 167/168, 01.07.1997., 47.pants.

<sup>192</sup> Ārstniecības likums. Latvijas Vēstnesis, 167/168, 01.07.1997., 42.pants.

<sup>193</sup> Chaleby, K.S. Forensic Psychiatry in Islamic Jurisprudence, International Institute of Islamic Thought 2001, 220.

Jebkuru tiesisku konfliktu gadījumā, ārsta – pacienta attiecībām iestājoties uz līguma pamata, pamatkoncepts, caur kuru lieta tiks skatīta tiesā būs “pienākums rūpēties” jeb angļiski “*Duty of care*”<sup>194</sup>.

Ārstniecības tiesiskās attiecības var rasties arī uz likuma pamata, pie tādiem pieder neatliekamā medicīniskā palīdzība un piespiedu izolēšana, stacionēšana, ārstēšana publisko interešu labā infekcijas slimību un psihisko traucējumu gadījumā. Galvenā atšķirība starp saistībām uz tiesiskā darījuma pamata (līguma) un uz likuma pamata – līgumisko attiecību gadījumā sekas ir vēlamas abām pusēm<sup>195</sup>.

Rodas jautājums – vai MRPL gadījumā persona ir *patients*? Vai persona, kura ievietota psihiatriskā slimnīcā bez piekrišanas atbilstoši ĀL 68.pantam, uzreiz ir *patients*? Nav šaubu, ka ekspertīzes laikā eksperts ar personu nestājas ārsta un pacienta attiecībās (kamēr netiek veiktas izmaiņas personas veselības stāvoklī). Pēc darba autores domām, kamēr netiek uzsākta iejaukšanās personas veselības stāvoklī un veiktas tajā izmaiņas, ārsta un pacienta attiecības nav nodibinātas (resp., līdz tiek uzsākta piespiedu ārstēšana vai ierobežošanas mēru pielietošana neatliekamās palīdzības sniegšanas ietvaros).

Psihiatrs, strādājot gan valsts ambulatorā iestādē, gan privātp praksē, ir privāto tiesību subjekts: savās attiecībās ar Nacionālo Veselības Dienestu (NVD) viņš, protams, darbojas publisko tiesību sfērā; bet attiecības ar pacientu ārstniecības procesa ietvaros tik un tā paliek privāttiesiskās (neatkarīgi no tā, kas apmaksā ārsta darbu – pacients pats, apdrošinātājs vai valsts).

Sniedzot psihiatrisku palīdzību bez personas piekrišanas, psihiatrs darbojas publisko tiesību jomā: savulaik Veselības Ministrija savā vēstulē vienam no raksta autoriem, izvērtējot psihiatru pienākumus Ārstniecības Likuma (ĀL) 68. un 69.<sup>1</sup>.pantu ietvaros, atzina, ka psihiatru darba jautājumi, kuri ir saistīti ar pacientu brīvības ierobežojumu, ir vērtējami kā deleģējums valsts pārvaldes uzdevumu veikšanai<sup>196</sup>. Arī Tieslietu Ministrija savā skaidrojumā ĀL 68. un 69.<sup>1</sup> pantu regulējumu skaidri attiecina uz publiskām tiesībām<sup>197</sup>. Līdzīgu nostāju pauda Tiesībsargs<sup>198</sup>. Valsts šajā gadījumā nevis vienkārši maksā par veselības aprūpi pacienta vietā, bet gan ar ārstniecības personu rokām īsteno savu piespiedu varu pār personu, valda pār viņu.

---

<sup>194</sup> Forensic Psychiatry in Islamic Jurisprudence. Kutaiba S. Chaleby

<sup>195</sup> Mazure, L. Pacienta griba un tās civiltiesiskā aizsardzība, Latvijas Universitāte, Juridiskā fakultāte, Promocijas darbs, Rīga, 2011.

<sup>196</sup> Veselības Ministrijas vēstule, reģistrēta 19.11.2014.g. Nr 01 – 20fiz.15/4051.

<sup>197</sup> Latvijas Republikas Tieslietu Ministrija, 19.11.2014., Nr 1 – 24/1643 – B.

<sup>198</sup> Latvijas Republikas Tiesībsarga vēstule no 2014.g. 23.decembra, Nr 6 – 1/2054.

Publisko tiesību sfērā psihiatra tiesiskās atbildības pamatu veido nepieciešamība garantēt sabiedrības drošību – pienākums aizsargāt (angl “*duty to protect*”), kurš pēdējos gados pāriet pienākumā paredzēt un proaktīvi rīkoties (angl “*duty to predict*”)<sup>199</sup>.

Bet kā ir ar sabiedrības drošības garantiju un cilvēktiesību aizsardzības funkcijas deleģēšanu ārstniecības iestādēm? Ar kādiem normatīvajiem aktiem tie tiek deleģēti un vai vispār var tikt deleģēti? Atcerēsimies - medicīniska rakstura piespiedu līdzekļa gadījumā personai tiek nevis nodrošinātas viņas Satversmē garantētās tiesības (valsts personas vietā maksā par veselības aprūpes pakalpojumiem), bet gan ierobežotas (valsts ierobežo vairākas personas tiesības un brīvības ar piespiedu mehānismu). Līdzīgi ierobežojumi tiek uzlikti personai, sniedzot psihiatrisku palīdzību bez piekrišanas vai piespiedu kārtā izolējot infekcijas slimību gadījumā.

Valsts pārvaldes iekārtas likums definē principus, kā publiska persona privāto tiesību subjektam (piem., ārstniecības iestādei) deleģē valsts pārvaldes funkciju – ar ārēju normatīvo aktu vai līgumu<sup>200</sup>, privātpersonu attiecīgi izvēloties (ņemot vērā tās pieredzi, reputāciju, resursus, personāla kvalifikāciju, kā arī citus kritērijus)<sup>201</sup>. Valsts nevar ārstniecības iestādei deleģēt:

- a. administratīvo aktu izdošanu – izņemot gadījumus, kad tas paredzēts ārējā normatīvajā aktā; tādi ir psihiatru konsīlija lēmumi par psihiatriskās palīdzības sniegšanu psihiatriskajā ārstniecības iestādē bez pacienta piekrišanas<sup>202</sup>. Identiska tiesiskā daba piemīt ārstu speciālistu un konsīliju atzinumiem, uz kuriem visbiežāk balstās tiesa, lemjot par medicīniska rakstura piespiedu līdzekļa turpināšanu, grozīšanu, atcelšanu: arī šī dokumenta mērķis ir sniegt tiesai ārstu viedokli par personas veselības stāvokļa atbilstību likumā minētiem kritērijiem (konstatējot faktisku situāciju); dokuments būtiski skar iestādei īpaši pakļauto

---

<sup>199</sup> Glancy, D, Glancy, G., The Case That Has Psychiatrists Running Scared: Ahmed v. Stefaniu// The journal of the American Academy of Psychiatry and the Law. 2009, 37, 250-6; Jonas, C., Nidal, N.A. Psychiatric Liability: A French Psychiatrist Sentenced After a Murder Committed by Her Patient // Psychiatric Times, April 10, 2013, 30 (4); Мартынихин, И. Приговор психиатру по статье о халатности из-за прекращения принудительного лечения // Российское общество психиатров, 17 июня 2019, pieejams <https://psychiatr.ru/news/992>. skatīts 31.03.2020.; Gavaghan, C. A Tarasoff for Europe? A European Human Rights perspective on the duty to protect.// International Journal of Law and Psychiatry, 2007, 30(3), 255-267.

<sup>200</sup> Valsts pārvaldes iekārtas likums. Latvijas Vēstnesis, 94, 21.06.2002.

<sup>201</sup> Ibid.

<sup>202</sup> 2011. Eiropas Cilvēktiesību Tiesas spriedums lietā L.M. pret Latviju, iesniegums Nr. 26000/02., iegūts no Latvijas Republikas Augstākās Tiesas Senāta mājas lapas, ECT nolēmumu meklētājs, <http://www.at.gov.lv/lv/judikatura/ect-nolemumu-arhivs/ect-nolemumu-mekletajs?author=L&q=&page=>, skatīts 07.04.2020.

personu cilvēktiesības; tiek izdots publisko tiesību jomā, izsniedz privāto tiesību iestāde uz likuma pamata (resp., tam piemīt visi administratīva akta kritēriji<sup>203</sup>).

- b. Pārvaldes uzdevumus, kas saistīti ar valsts ārējās un iekšējās drošības funkciju izpildi (izņemot gadījumus, kad tas paredzēts likumā) – pēc darba autoru domām, par tādu valsts pārvaldes uzdevumu jāuzskata psihiski slimās personas atkārtota sabiedriski kaitīga nodarījuma prevencija un noteiktu infekcijas slimību izplatības apkarošana. Runājot par infekcijas slimībām, valsts šo funkciju realizē ar Veselības Ministrijas Veselības Inspekcijas darbinieku rokām sadarbībā ar policiju; un tiesību normās ir noteiktas tikai četras slimnīcas, kurās veicama personu obligātā un piespiedu izolēšana un ārstēšana<sup>204</sup>. Epidemioloģiskās drošības likums un attiecīgi Ministru kabineta noteikumi nosaka visu iesaistīto pušu (valsts un pašvaldības iestāžu, ārstniecības iestāžu un to darbinieku, policijas darbinieku un izolējamo personu) tiesības un pienākumus, sniedz epidemioloģiskās drošības un uzraudzības definīciju, nosaka epidemioloģiskās drošības pasākumu, obligāto medicīniskās un laboratoriskās pārbaudi, kā arī obligātās un piespiedu izolēšanas un ārstēšanas finansēšanas kārtību<sup>205</sup>. Epidemioloģiskās drošības likuma 18. panta trešajā daļā ir norādīts, ka personas pienākums ir nepakļaut citas personas inficēšanās riskam. Likuma nākotnes redakcija paredz arī administratīvu sodu par epidemioloģiskās drošības prasību pārkāpšanu – brīdinājumu vai naudas sodu (375.pants “Epidemioloģiskās drošības prasību pārkāpšana” stājas spēkā 01.07.2020.g.). Psihiatriskām iestādēm šī pārvaldes funkcija nav deleģēta ar likumu, nav atlasīto ārstniecības iestāžu uzskaitījuma – ikvienā psihiatru praksē var realizēt medicīniska rakstura piespiedu līdzekli, neatkarīgi no esošiem resursiem un kompetences (un ārstam ir pienākums tiesas lēmumu pildīt).
- c. Pārvaldes uzdevumus, kas nodrošina Latvijas Republikas Satversmē garantēto cilvēktiesību īstenošanu un uzraudzību un kuru izpildes kārtību un institūciju ir

---

<sup>203</sup> Administratīvā procesa likums. Latvijas Vēstnesis, 164, 14.11.2001.

<sup>204</sup> Ministru kabineta 2005.gada 14.jūnija noteikumiem Nr. 413 "Kārtība, kādā veicama personu obligātā medicīniskā un laboratoriskā pārbaude, obligātā un piespiedu izolēšana un ārstēšana infekcijas slimību gadījumos" 3.pielikums "Ārstniecības iestādes, kurās veicama personu obligātā un piespiedu izolēšana un ārstēšana". Latvijas Vēstnesis, 96, 17.06.2005.

<sup>205</sup> Epidemioloģiskās drošības likums. Latvijas Vēstnesis, 342/345, 30.12.1997.; Ministru kabineta 2005. gada 14. jūnija noteikumi Nr. 413 "Kārtība, kādā veicama personu obligātā medicīniskā un laboratoriskā pārbaude, obligātā un piespiedu izolēšana un ārstēšana infekcijas slimību gadījumos". Latvijas Vēstnesis, 96, 17.06.2005.

noteicis likumdevējs – par tādu uzdevumu būtu jāuzskata ar personas tiesību un brīvību ierobežošanu saistītas darbības (piespiedu personas nogādāšana un paturēšana ārstniecības iestādē, psihisko un uzvedības traucējumu gadījumos – arī ierobežojošu līdzekļu pielietošana). Infekcijas slimību gadījumos šo valsts pārvaldes uzdevumu pilda Veselības Inspekcija sadarbībā ar valsts policiju. Psihiatriskās piespiedu ārstēšanas (administratīvā un krimināltiesiskā kārtā) gadījumā lēmuma pieņemšanas un kontroles funkcija ir tiesas kompetencē. Darba autori piekrīt vairāku pētnieku viedoklim, ka abos gadījumos intervenču juridiska daba ir viena un to nosaka drošības (sabiedrības un pašas personas) aspekti, tikai krimināltiesībās šie mēri ir stingrāki<sup>206</sup>.

- d. citus pārvaldes uzdevumus, kuri pēc savas būtības ir valsts pārvaldes funkcijas pamats un kurus drīkst veikt tikai iestādes<sup>207</sup>.

Par cik slimnīcas ir privāto tiesību juridiskās personas<sup>208</sup>, pēc darba autores domām, tām nevar uzticēt un deleģēt cilvēktiesību īstenošanu un uzraudzību (jo MRPL piemērošana, turpināšana vai grozīšana ir atzīstama par personas pamattiesību ierobežojošu faktoru)<sup>209</sup> un **sabiedriski bīstamo psihiski slimo personu ārstēšana paliek valsts publisko personu uzdevums**, to nevienai slimnīcai (vai ārstu praksei) nevar deleģēt.

Turpinot paralēles starp psihiskām un infekciju saslimšanām, darba autore analizēs kādu judikatūras lietu: pēc autores domām, psihiski slimo sabiedriskai bīstamībai ir daudz līdzību ar infekciju slimnieku epidemioloģisku bīstamību – proti, personas veselības īpatnību dēļ apkārtējiem var tikt radīts kaitējums; te varētu atcerēties t.s. tifozi Mērijas stāstu – *Mary Mallon* (1869-1938) bija baktēriju nēsātāja un, strādājot par virēju, izraisīja lokālās epidēmijas ar fatālām sekām. Viņa neuzskatīja sevi par slimu, attiecās no ārstēšanas un neievēroja ierobežojumus attiecībā uz arodu, kas rezultējās ar viņas ilgstošu piespiedu izolāciju<sup>210</sup>. Uz šo līdzību savulaik norādīja ASV tiesa, skatot slaveno lietu *Tarasoff v.*

---

<sup>206</sup> Калинина Т.М., Принудительные меры медицинского характера: меры государственного принуждения или меры безопасности? // Актуальные проблемы российского права, 2009, № 1, 342 - 348

<sup>207</sup> Valsts pārvaldes iekārtas likums. Latvijas Vēstnesis, 94, 21.06.2002.

<sup>208</sup> 26.06.2008. Senāta Administratīvo lietu departamenta spriedums lietā Nr. SKA-155/2008, izgūts no <http://www.at.gov.lv/lv/judikatura/judikaturas-nolemumu-arhivs/administrativo-lietu-departaments/klasifikators-pec-lietu-kategorijam/valsts-parvaldes-darbiba/sabiedribas-veselibas-agentura?lawfilter=1>, skatīts 07.04.2020.

<sup>209</sup> Latvijas Republikas Augstākās tiesas Krimināllietu departamenta 2017.gada [...] LĒMUMS Lieta Nr.[..], SKK-[D]/2017 ECLI:LV:[..]

<sup>210</sup> Marineli F, Tsoucalas G, Karamanou M, Androustos G. Mary Mallon (1869-1938) and the history of typhoid fever // Ann Gastroenterol. 2013;26(2):132–134.

*Regents of the University of California* un izvērtējot psihoterapeita pienākumu novērst homicīdu, ko plānoja viņa pacients<sup>211</sup>.

Tātad: savulaik Latvijas Republikas Augstākās Tiesas Senāts vērtēja slimnīcas rīcību – bezdarbību, nepaziņojot donoram ka viņa asinīs identificētas vīrusa antivielas. Tiesa atzina, ka slimnīcas rīcība vērtējama kā privāttiesiska, jo no Epidemioloģiskās drošības likuma neizriet, ka slimnīcas ārstniecības personām būtu deleģēta valsts pārvaldes vara epidemioloģiskās drošības jomā. Epidemioloģiskās drošības jomā likumdevējam nav mērķis padarīt visas ārstniecības personas par valsts pārvaldes subjektiem. Epidemioloģiskās drošības likums gan ārstniecības personai, gan epidemiologam (valsts aģentūras „Sabiedrības veselības aģentūra” amatpersonai) paredz pienākumu informēt slimnieku vai infekciozo personu, kā arī kontaktpersonas par infekcijas slimības izplatīšanās ceļiem un individuālās profilakses pasākumiem. Tādējādi likumdevējs, ievērojot epidemioloģiskās drošības īpašo vērtību, ir paredzējis divkāršu informēšanas pienākumu - gan ārstniecības personai, gan arī epidemiologam, kurš no ārstniecības personas saņem datus par inficētajām personām. Ar epidemiologu starpniecību valsts nodrošina sabiedrībai visaptverošu epidemioloģisko drošību. Epidemiologam arī bija pienākums informēt donoru par izmaiņām analīzēs<sup>212</sup>. Tātad – epidemioloģisku uzraudzību un drošību valsts ir atzinusi par savu uzdevumu un deleģējusi valsts iestādēm un ārstiem – amatpersonām, kuras darbojas publisko tiesību jomā.

Epidemioloģiskās drošības likumā ir sniegta epidemiologa definīcija: “Epidemiologs - persona, kurai ir augstākā medicīniskā izglītība vai augstākā izglītība sabiedrības veselības nozarē un kura veic epidemioloģisko **uzraudzību**, plāno, organizē, koordinē un kontrolē infekcijas slimību profilakses un apkarošanas pasākumus un ir šim darbam atbilstoši apmācīta”.

Darba autore vērš uzmanību vārdiem “epidemioloģiskā uzraudzība” – spriežot pēc R.Stumberga domām, līdzīgu uzraudzību juristi sagaida arī no psihiatriskām ārstniecības iestādēm (arī ambulatora piespiedu līdzekļa gadījumā)<sup>213</sup>.

Epidemioloģiskās drošības likumā un attiecīgajos MK noteikumos ir arī sniegta piespiešanas mehānisma realizācijas kārtība “piespiedu izolēšana” - pēc Veselības Inspekcijas **amatpersonas lēmuma**, ar policijas iestāžu palīdzību<sup>214</sup>. Epidemioloģiskās drošības likums

---

<sup>211</sup> Rotter, M., Cucolo, H., Colley, J., Landmark Cases in Forensic Psychiatry, Second Edition, Oxford University Press, 2019, 287.

Ibid.

<sup>212</sup> Senāta Administratīvo lietu departamenta spriedums 26.06.2008. lietā nr. SKA-155/2008 Tiesiskā daba slimnīcas rīcībai, neziņojot personai par tās asinīs identificētām vīrusa antivielām; valsts aģentūras „Sabiedrības veselības aģentūra” pienākumi un rīcība epidemioloģiskās drošības jomā

<sup>213</sup> Stumbergs R. Medicīniska rakstura piespiedu līdzekļa piemērošana un turpināšana kriminālprocesā. Jurista Vārds, 05.12.2017., Nr. 50 (1004), 17.-23.lpp.

<sup>214</sup> Epidemioloģiskās drošības likums. Latvijas Vēstnesis, 342/345, 30.12.1997.; Ministru kabineta 2005. gada 14. jūnija noteikumi Nr. 413 "Kārtība, kādā veicama personu obligātā medicīniskā un laboratoriskā pārbaude,



skaidri nosaka medicīnas iestādes (kopā vien trīs visā Latvijā), kurās uz likumisko saistību pamata var piespiedu kārtā izolēt infekciju slimniekus (tātad – ar šo likumu slimnīcām deleģēts valsts pārvaldes uzdevumus valsts iekšējās aizsardzības funkcijas izpildei).

**Tātad** – epidemioloģisko drošību valsts ir atzinusi par valsts pārvaldes uzdevumu, nodrošina to ar valsts iestāžu palīdzību (Veselības Inspekciju, policiju), pamatojoties uz īpaša likuma un realizē tikai speciāli atlasītās ārstniecības iestādēs. Ārstējošā ārsta un pacienta attiecības ārstēšanas procesā saglabājas privāttiesiskās, kaut arī iestājas uz likuma pamata. Regulējums atbilst tiesību normas principiem. Normas īstenošana ar valsts iestāžu palīdzību un piespiešanas mehānismu saglabājas vismaz no 19.gs. vidus.

Psihiatrijas sfērā šāds uzdevums nav deleģēts nevienai iestādei: Latvijas valsts nevienai publiskai personai nav deleģējusi valsts pārvaldes varu iekšējās aizsardzības uzdevumā un cilvēktiesību aizsardzības sfērā, ārstējot sabiedriski bīstamus psihiskus slimniekus (ja nu vienīgi tiesai, kura spēj realizēt tikai administratīvu uzraudzību pār MRPL). Līgumu, ko medicīnas iestādes slēdz ar Nacionālo Veselības dienestu par veselības aprūpes pakalpojumu apmaksu no valsts budžeta līdzekļiem par tādu deleģējošu/pilnvarojošu aktu nevar uzskatīt (ar šiem publisko tiesību līgumiem valsts ārstniecības iestādēm deleģē tikai valsts pārvaldes uzdevumu garantēt veselības aprūpes pakalpojumu minimumu, ko paredz Satversmes 111. pants<sup>215</sup>).

Reizē šobrīd tiesiskajā regulējumā nav šķēršļu realizēt ambMRPL jebkurā ambulatora medicīnas iestādē (Rīgā vien tādu ap 20 medicīnas iestādēm, kuras sniedz valsts apmaksātus psihiatra pakalpojumus)<sup>216</sup>, tostarp arī privātā ārstniecības iestādē (un ārstam nebūs tiesisku iespēju atteikties no MRPL realizācijas).

Nododot valsts pārvaldes uzdevuma veikšanu un valstiskā piespiedu mehānisma realizāciju un satura izvēli privātpersonu rokās, tiesa rīkojas pēc *ultra vires* principa<sup>217</sup> - pēc darba autores domām, tiesai, nosakot ambulatoro piespiedu līdzekli, ir jādefinē visi piespiedu kārtā veicamie pasākumi, to izpildīšanas kārtība un atbildīgas personas; konstatējot būtiskas likuma nepilnības, tiesa normu nedrīkst piemērot.

### **3.1. Medicīniska rakstura piespiedu līdzekļu tiesiskais regulējums**

#### **3.1.1. Medicīniska rakstura piespiedu līdzekļa realizācija**

---

obligātā un piespiedu izolēšana un ārstēšana infekcijas slimību gadījumos".

<sup>215</sup> 15.06.2006. Senāta Administratīvo lietu departamenta spriedums lietā Nr. SKA-365/2006

<sup>216</sup> Ministru kabineta 2019. gada 19. jūnija rīkojums Nr. 299 "Psihiskās veselības aprūpes pieejamības uzlabošanas plāns 2019.–2020. gadam". Latvijas Vēstnesis, 126, 25.06.2019.

<sup>217</sup> Spriedums Latvijas Republikas vārdā, Rīgā 2020. gada 20. Martā, lietā Nr. 2019/10/0103

Jādomā, ka ar vārdu “piespiedu” (no vārda “spaidu”) tiek apzīmēts pasākumu neizbēgams raksturs, draudi vai iespēja pielietot varu tā nodrošināšanai (no lat. *Coercitus* – savaldīšana, sodīšana<sup>218</sup>), aktīvas darbības, ko veic (valsts) ar nolūku kādu piespiest veikt noteiktas darbības vai atturēt no tām.

Personai tiek radītas nevēlamas juridiskas sekas – ierobežotas brīvības, uzlikts pienākums rūpēties par savu veselību, uzlabot to vai vismaz nepielaist slimības paasinājumu. Tiek uzsākts (turpināts) īpaša veida medicīniskais process, kura laikā personai ir aizliegts kaitēt savai veselībai un jāseko ārsta rekomendācijam.

Formāli ar MRPL personai tiek uzlikts pienākums īstenot savas tiesības - rūpēties par savu veselību, bet tādā veidā, kā to nosaka ārsts; tiek ierobežota brīvība kaitēt savai veselībai, lemt par savu ārstniecību pašam (un arī virkne citu tiesību un brīvību, skat augstāk). Kā raksta Mag. Iur. I.Ziemane: “...var pieņemt, ka pienākums rūpēties par sevi savstarpēji saistās ar Satversmes 111. pantā noteiktajām tiesībām uz veselības aizsardzības minimumu...”, “Tiesības uz Satversmē noteikto medicīniskās palīdzības minimumu kā pamattiesībām nevar pastāvēt, personai neapzinoties savu pienākumu rūpēties par sevi, jo nekāds “minimums” vai “maksimums” nespēs palīdzēt indivīdam, ja persona nespēj uzņemties atbildību par sevi”<sup>219</sup>. Bet kā būtu ar personām, kurām ir iestājušies nopietni un noturīgi lemtspējas trūkumi un viņas ir zaudējušas spējas rūpēties par savu veselību? Ja valsts neizstrādās mehānismu, kā šīm personām viņu lemtspējas trūkumus kompensēt, viņiem nekas nespēs palīdzēt, pasargāt no slimības paasinājuma, no rehospitalizācijas un nodarījuma recidīva.

Kā raksta I. Ziemane: “Indivīda veselībai piemīt ne vien personiska, bet arī sociāla vērtība....Ārstniecības procesa laikā pacients nedrīkst veikt darbības, kas var kaitēt viņa veselībai....Pienākums pret sevi un rūpes par savu veselību ir galvenie priekšnosacījumi ārstniecības procesā....Savu tiesību un pienākumu realizēšana ir divpusējs process, līdz ar to pamatots, efektīvs un tiesisks situācijas risinājums ir būtisks ieguldījums tiesību un tiesiskās apziņas attīstības virzienā.” “...saskaņā ar Satversmes 111. pantu ikvienai personai zināmās robežās ir tiesības veikt pasākumus, ko tā uzskata par nepieciešamiem savas veselības nodrošināšanai”<sup>220</sup>. Pēc diplomdarba autores domām tieši šo brīvību - izvēlēties šos pasākumus – ierobežo ar MRPL. Arī aizliegums kaitēt savai veselībai ir spēkā MRPL laikā (ar kaitēšanu jāsaprot nevien aktīvi paškaitējumi, bet cita no gribas atkarīga rīcība, kuras sekas varētu būt slimības paasinājums vai ārstēšanas efekta mazināšanās – piemēram, smēķēšana). Par cik mūsdienās nav iedomājama nenoteiktība krimināltiesiskajās attiecībās, būtu skaidri

---

<sup>218</sup> Groma, J. Kriminālprocesuālie piespiedu līdzekļi: aktuālie problēmjaudājumi un tiesiskā regulējuma pilnveidošanas perspektīvas, Promocijas darbs, Rīga, 2015, RSU.

<sup>219</sup> Ziemane I. Rūpes par sevi kā pienākums. Jurista Vārds, 25.04.2017., Nr. 18 (972), 10.-14.lpp.

<sup>220</sup> Ibid.

jādefinē lemtspējīgo personu atbildība MRPL nepildīšanas gadījumā. Ja jau personai var uzlikt pienākumu izpildīt ārsta rekomendācijas, tad arī var paredzēt sankcijas šo pienākumu nepildīšanas gadījumā (piem., naudas sodu). Tātad - personai par savu veselību ir jāspēj uzņemties atbildība un valstī būtu jāparedz sods šī pienākuma nepildīšanas gadījumā - līdzīgi, piem., kā ar epidemioloģiskās drošības pasākumu neievērošanu.

Teorētiski, jebkuru tiesas nolēmumu (kā soda vai audzinošā rakstura piespiedu līdzekli) persona var pildīt brīvprātīgi un ar pateicību – piem., nostrādāt sabiedriskā labuma darbus, atlīdzināt zaudējumus, ar savu darbu novērst kaitējuma sekas, atvainoties cietušajam. Tomēr arī tad tiesas sprieduma izpildīšanu kontrolē un uzrauga (probācijas dienests, maksātnespējas administratori, tiesu izpildītāji, etc). Piem., Rīgas apgabaltiesas Krimināllietu tiesas kolēģijas tiesnese Ingūna Amoliņa savā intervijā stāsta: audzinoša rakstura piespiedu līdzekļu izpildes kontroli veic pašvaldības sadarbībā ar Valsts policiju, Valsts probācijas dienestu - persona, kura bērna dzīvesvietas pašvaldībā uzrauga šāda lēmuma izpildi, iekārto katram bērnam atbilstošu lietu, kuru regulāri papildina ar ziņām par piespiedu līdzekļa piemērošanas rezultātiem. Ja bērns apzināti izvairās vai pienācīgi nepilda viņam uzliktos pienākumus, uzraugošā amatpersona var iesniegt tiesai vai administratīvajai komisijai motivētu rakstveida priekšlikumu par piespiedu līdzekļa piemērošanas ilguma pagarināšanu vai tā aizstāšanu ar stingrāku piespiedu līdzekli<sup>221</sup>.

Darba autores ieskatā, līdzīgs process – ar valsts varas pārstāvju piedalīšanos būtu jāparedz arī MRPL izpildes gaitā.

Atbilstoši Augstākās Tiesas atziņām, MRPL ierobežo personas tiesības<sup>222</sup> un, kā bija noskaidrots iepriekš, demokrātiskā valstī nevienam, izņemot valsti, nav tiesību to darīt. Piespiešanas veidi ir psihiskā un fiziskā (piespiedu izolācija infekciju slimību gadījumos, piespiedu atvešana)<sup>223</sup>. Attiecībā uz piespiešanas mēriem medicīnā diplomande vēlētos norādīt uz vēl vienu piespiešanas veidu – liedzot piekļuvi dažādiem bonusiem (angl. *limited access to benefits*, piem, “*no jab no play, no jab no pay*” sistēma Austrālijā; dažās valstīs nelīdzestības gadījumā psihiski slimai vai atpalikušai personai tiek liegts saņemt atbalstītā mājokļa sociālo pakalpojumu, kas ir ļoti diskutabli no ētikas viedokļa).

<sup>221</sup> Krūzkopa, S. Audzinoša rakstura piespiedu līdzekļi bērniem – iespēja, nevis sods, 26. 11. 2018, <https://lvportals.lv/tiesas/300363-audzinos-a-rakstura-piespiedu-lidzekli-berniem-iespeja-nevis-sods-2018>.

Intervija ar Rīgas apgabaltiesas Krimināllietu tiesas kolēģijas tiesnese Ingūnu Amoliņu

<sup>222</sup> Latvijas Republikas Augstākās tiesas Krimināllietu departamenta 2017.gada [...] lēmums Lieta Nr.[..], SKK-[D]/2017 ECLI:LV:[..]. Pamats medicīniska rakstura piespiedu līdzekļa grozīšanai uz mazāk ierobežojošu un medicīniska rakstura piespiedu līdzekļa atcelšanai; Medicīniska rakstura piespiedu līdzekļa piemērošanas ilgums. Iegūts no <http://www.at.gov.lv/lv/judikatura/judikaturas-nolemumu-arhivs/kriminallietu-departaments/hronologiska-seciba?year=2017>, [skatīts 15.05.2020.]

<sup>223</sup> Groma, J. Kriminālprocesuālie piespiedu līdzekļi: aktuālie problēmjaudājumi un tiesiskā regulējuma pilnveidošanas perspektīvas, Promocijas darbs, Rīga, 2015, RSU.

Situācijā ar ambMRPL valsts piespiešanas process (tiesisko faktu valstisku izvērtējumu, kuram seko likumā nostiprināta rīcība; valsts piespiešanas pamatu veido tiesību aktu normas; valsts kompetentās iestādes likumā paredzētajā kārtībā ietekmē noteiktu personu uzvedību ar mērķi aizsargāt sabiedrības drošību) apstājas pie pēdējā punkta – regulējumā nav iesaistītas nevienas valsts kompetentās iestādes, kura spētu ietekmēt personas uzvedību, uzradzīt un uzturēt šīs izmaiņas ilgstošā laika posmā (varbūt vienīgi tiesa sēdes beigās stingri paprasot, vai personai ir skaidrs tiesas lēmums).

Kontrole par ambMRPL ir tikai birokrātiska/administratīva rakstura: tiesa izskata ierosinājumus un lūgumus par noteikto MRPL grozīšanu un atcelšanu, regulāri pieprasa no ārstniecības iestādēm atzinumus par personas veselības stāvokli, nepieciešamības gadījumos – pieņem lēmumus par tiespsihiatrisko ekspertīžu noteikšanu un pieprasa medicīniskos dokumentus, kā arī pēc savas iniciatīvas izskata jautājumu par MRPL atcelšanu vai grozīšanu, ja viena gada laikā pēc MRPL noteikšanas vai jautājuma par tā atcelšanu vai grozīšanu pēdējās izskatīšanas nav iesniegts lūgums vai ierosinājums atcelt vai grozīt MRPL. Kā redzams, nekur nav norādīts, ka tiesa nodarbotos ar paša piespiedu ārstēšanas procesa norises kontroli – tiek apkopota informācija tikai par rezultātu (kā mainās personas psihiskā un sociālā sfēra) un nepieciešamību grozīt/atcelt MRPL. Tiek veikts administratīvs darbs, kurš nespēj tieši ietekmēt personas uzvedību, mainīt to, ierobežot tās brīvību (piemēram, atvest pie ārsta). Tikai saņemot ziņas par nevēlamu rezultātu (biežiem paasinājumiem ar agresīvu uzvedību, apreibinošu vielu lietošanu, sabiedriskās kārtības traucēšanu, vizīšu izlaišanu), tiesa var grozīt MRPL uz vairāk ierobežojošu. **Tātad – nevis īsteno iepriekšējo lēmumu, bet var atcelt to un pieņemt jaunu.** Tas radikāli atšķiras no piespiedu ambulatoriskās ārstēšanas ārzemēs, kur nelīdzestības gadījumā pacients tiek ātri atgriezts stacionārā (angl *to recall to hospital*), bet pilnvarotiem ambulatoriju darbiniekiem ir tiesības uzspiest medikamentu lietošanu (skat ambulatora piespiedu regulējuma analīzi zemāk). Latvijas tiesu prakses apkopojumā skaidri aprakstīta tiesas bezspēcība nodrošināt ambMRPL izpildi: "... tiesa ir konstatējusi, ka L. T. izvairās no viņam noteiktās ārstēšanas, informējusi par to bāriņtiesu, tomēr nav varējusi nodrošināt noteiktā MRPL piemērošanu". Tiek secināts: "Lai nodrošinātu personai noteikto MRPL piemērošanu, it īpaši - ambulatorisku ārstēšanu medicīnas iestādē pēc dzīves vietas, normatīvajos aktos jādefinē tā izpildes kārtība un tiesas rīcība gadījumos, ja persona izvairās no noteiktā MRPL piemērošanas.<sup>224</sup>" Pēc diplomandes domām, būtu bijis nevis jānosaka tiesas rīcība, bet gan jāizveido valsts piespiedu mehānismi ambMRPL realizācijai un praktiskai kontrolei.

---

<sup>224</sup> Augstākās tiesas tiesu prakses apkopojums, 2011/2012. Tiesu prakse kriminālprocesā, nosakot medicīniska rakstura piespiedu līdzekļus, Rīga, 45 lpp.

Vai ambMRPL gadījumā ir nepieciešami piespiedu līdzekļi? Augstākās Tiesas ieskatā – jā: piem., skaidrojot KL 68. panta otrajā daļā paredzēto personas nodošanu tuvinieku vai citu personu, kas veic slimnieku kopšanu, gādībā un medicīnas iestādes uzraudzībā pēc dzīvesvietas, tiesa paskaidroja, ka ir atzinusi nepieciešamību sniegt personai psihiatrisko palīdzību, tomēr nav uzskatījusi par nepieciešamu nodrošināt to ar piespiedu līdzekļiem un persona psihiatrisku palīdzību saņem ĀL kārtībā.

Tātad - ja tiesa nozīmē ambMRPL, tad sagaida piespiedu līdzekļu pielietošanu. Jautājums – no kā? Kādi tie būtu? Tikai psiholoģiski – apziņa, ka tiesa saņems informāciju par izvairīšanās no MRPL un var pieņemt lēmumu to grozīt uz vairāk ierobežojošu. Tik liela nenoteiktība krimināltiesībās nebūtu pieļaujama.

Vai ir kāds piespiešanas mehānisms, kurš ambMRPL gadījumā personai liktu ievērot ārsta rekomendācijas un rūpēties, atturētu no darbībām, kuras kaitētu viņas veselībai (piem., no diētas kļūdām – kofeīnu un alkohola saturošu pārtikas produktu pārmērīgu lietošanu; vai vismaz nodrošināt regulāras vizītes pie ārsta)? Jāatzīst, ka nē – ar valsts varu apveltītās personas ambMRPL realizācijā aprūkstās līdz ar tiesas durvīm; nozīmējot amb MRPL, tiek prezumēts, ka persona uzņemsies rūpes par savu veselību tādā mērā un ar tādu rūpestību, kas garantēs sabiedrības drošību, no piespiešanas mēriem paredzot vien iespējamu MRPL grozīšanas perspektīvu (te varētu vilkt paralēles ar tabakas smēķēšanu – vai daudzus attālā un nedroša plaušu vēža un impotences perspektīva spēj atturēt no smēķēšanas?).

Praksē ambMRPL gaitā nevienam nav iespējas konstatēt, cik adekvāti persona izpilda viņam/viņai nozīmētus ārstēšanas pasākumus (piem., vai nepieļauj diētas pārkāpumus – lietojot par daudz kofeīnu vai alkoholu saturošus produktus; vai saņem medikamentus pēc shēmas, vai apmeklē dienas aprūpes centru). Ārstniecības iestādei nav neviena mehānisma, kas ļautu objektīvi kontrolēt ambMRPL izpildi - izsekot ārstēšanas rekomendāciju izpildei (piem., nav iespējams noteikt medikamentu līmeni asinīs vai narkotiku skrīningu urīnā, nav iespējams veikt aktīvas mājas vizītes).

Piemērojot MRPL netiek vērtēta personas lemtspēja. Respektīvi, ja persona savas slimības dēļ nespēj sekot rekomendācijām, valsts nenodrošina viņu ar šo rekomendāciju izpildīšanas piespiedu mehānismiem; esošajā kārtībā diplomande saskata šo personu (un no sabiedriski kaitīgā nodarījuma cietušo personu) tiesību pārkāpumu – nerealizējot tiesas spriedumu, tiek pārkāptas Cilvēktiesību Konvencijas 6.pants (tiesības uz taisīgu tiesu). Par cik Latvijā ambMRPL Latvijā nav piespiedu komponentes, kas liedz personām ar būtiskiem lemtspējas trūkumiem saņemt palīdzību ambulatori un noved pie viņu stāvokļa pasliktināšanas un hospitalizācijas, varētu diskutēt arī par tiesībām uz veselību pārkāpumu<sup>225</sup>.

<sup>225</sup> Всемирная организация здравоохранения, Право на здоровье, <https://www.ohchr.org/Documents/Publications/Factsheet31ru.pdf>

**Tātad** - Latvijas tiesiskajā regulējumā nav paredzēts neviens piespiešanas mehānisms (varas pielietošanas iespēja vai draudi) attiecībā uz ambMRPL nepildīšanu – tikai informācijas nodošana tiesai un kā attālas sekas – provizoriska ambMRPL grozīšanas perspektīva uz vairāk ierobežojošu.

Tāda tiesiskā regulējuma trūkums vairāku gadu garumā ir novedis pie ambMRL neefektivitātes; faktiski, tiesas lēmumi netika pildīti. ECHR vairākkārt norādīja, ka tiesas lēmuma nepildīšana (piespiedu ambulatoriskās ārstēšanas nenodrošināšana) ir jāuzskata par Konvencijas 6. panta pārkāpumu<sup>226</sup>.

Par cik pienākums nodrošināt ambMRPL ir valsts pienākums, nākotnē nevar izslēgt situāciju, ka no amb MRPL efektivitātes trūkuma cietusī persona varētu vērsties pret medicīnas iestādi (un/vai valsti), kura īstenoja tik neefektīvu MRPL.

### ***Kas ir ambMRPL – ambulatora ārstēšana medicīnas iestādē?***

Par cik nedz juridiskā literatūra, nedz arī nacionālais normatīvais regulējums nesniedzot skaidrojumu, ko tieši nozīmē ambulatora ārstēšana medicīnas iestādē, Rīgas pilsētas Ziemeļu rajona tiesas tiesneša palīdzība Mg.iur.Sigita Bebre secina to no Augstākā tiesas tiesu prakses apkopojuma - ka šādā gadījumā personas ārstēšana izpaužas, apmeklējot psihiatru ārstu medicīnas iestādē<sup>227</sup>. Pēc tiesu prakses – lēmumos par ambMRPL parādās detalizētāks skaidrojums: ambulatora ārstēšana medicīnas iestādē pēc dzīves vietas, apmeklējot psihiatru ne retāk kā vienu reizi mēnesī<sup>228</sup>.

Pēc darba autores secinājumiem – tā nav piespiedu ārstēšana, bet gan tikai piespiedu ārstniecības iestādes apmeklēšana. Šobrīd regulējums neparedz ne piespiedu medikamentu lietošanu, ne medikamentu koncentrācijas līmeņa kontroli, nedz kādus nefarmakoloģiskus pasākumus, kuriem personai būtu jāpakļaujas (piem., dienas aprūpes centra apmeklēšanu). Pēc darba autora domām, atbilde, kas ir ambulatora ārstēšana medicīnas iestādē, meklējama citās tiesību normās, analizējot sistēmiski – piem., Ārstniecības likumā: “ārstniecība — profesionāla un individuāla slimību profilakse, diagnostika un ārstēšana, medicīniskā rehabilitācija un pacientu aprūpe”<sup>229</sup>. Tātad – ārstēšana neiekļauj sevī profilaksi (piemēram, sekundāru profilaksi pret slimības paasinājumu), medicīnisku rehabilitāciju un personas aprūpi.

Un kas ir “medicīnas iestāde”? Saskaņā ar Ārstniecības likuma 1. panta 3. punktu ārstniecības iestādes ir ārstu prakses, valsts un pašvaldību iestādes, saimnieciskās darbības

<sup>226</sup> Council of Europe/European Court of Human Rights, Guide on Article 6 of the Convention – Right to a fair trial (civil limb), 2019, 100, iegūts no [https://www.echr.coe.int/Documents/Guide\\_Art\\_6\\_ENG.pdf](https://www.echr.coe.int/Documents/Guide_Art_6_ENG.pdf), skatīts 15.05.2020.

<sup>227</sup> Bebre S. Ieilgušas problēmas medicīniska rakstura piespiedu līdzekļu noteikšanā un izpildē. Jurista Vārds, 18.10.2016., Nr. 42 (945), 21.-28.lpp.

<sup>228</sup> Augstākās tiesas spriedumi lietās SKK-0256-15, SKK-0258-15.

<sup>229</sup> Ārstniecības likums. Latvijas Vēstnesis, 167/168, 01.07.1997.

veicēji un komercsabiedrības, kas reģistrētas ārstniecības iestāžu reģistrā, atbilst normatīvajos aktos noteiktajām obligātajām prasībām ārstniecības iestādēm un to struktūrvienībām un nodrošina **ārstniecības pakalpojumus**. Citur likumos tiek izmantots termins “**veselības aprūpes pakalpojumi**” – saskaņā ar Ārstniecības likuma 3. panta 1. Punktu 2.teikumu “Veselības aprūpe ir veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju īstenots pasākumu komplekss ..... pacienta veselības nodrošināšanai, uzturēšanai un atjaunošanai”. Kā raksta LU doktorante Mag.iur. I.Ziemane: “...veselības aprūpe ir komplekss process, kas vērsts uz indivīda veselības stāvokli, līdz ar to jau *a priori* paredzot **indivīda aktīvu dalību pašā procesā**”<sup>230</sup>. Te atkal rodas jautājums – un ja nu indivīds ne vien nepiedalās, bet arī pretojas procesam? Vai to varētu saukt par veselības aprūpes pakalpojumiem?

### ***Kāda ir ambMRPL realizācijas vieta?***

Atbilstoši Psihiskās veselības aprūpes pieejamības uzlabošanas plānam (turpmāk Plāns), psihiskās veselības aprūpes pakalpojumi primārajā aprūpē (sevī ietver profilaksi, savlaicīgu, agrīnu diagnostiku un ārstēšanu, kuru nodrošina primārās veselības aprūpes pakalpojumus sniedzēji) sākas ar ģimenes ārstu praksēm. **Ģimenes ārsta kompetencē** ietilpst biežāk sastopamu **psihisku un uzvedības traucējumu diagnostika un ārstēšana**<sup>231</sup>, <sup>232</sup>. Šobrīd līdzīgi kā ASV<sup>233</sup>, Latvijā liela daļa psihiski slimo saņem palīdzību ģimenes ārstu praksēs un Plāns paredz paaugstināt ģimenes ārstu kompetences psihiatrijā.

Plāns definē, ka ārstēšanu pret paša gribu, MRPL stacionārā, psihiatrisko ārstēšanu tuberkulozes pacientiem, pacientu ārstēšanu ar tiesas lēmumu (gan ĀL 68.panta kārtībā, gan MRPL ietvaros) notiek sekundārās un terciārās stacionārās un ambulatorās iestādēs. Plāns apraksta psihiskās veselības aprūpes pakalpojumus sekundārajā ambulatorajā veselības aprūpē - psihiatra kabinetos, specializēto slimnīcu ambulatorajās nodaļās un centros, kuros strādā psihiatri un garīgās veselības aprūpes māsas: no valsts budžeta apmaksātas psihiatra konsultācijas pieaugušiem nodrošina Rīgā 19 ārstniecības iestādēs, Vidzemē - 10 ārstniecības iestādēs, Kurzemē - 11 ārstniecības iestādēs; Zemgalē - 7 ārstniecības iestādēs, Latgalē - 10 ārstniecības iestādēs.

Te ir jājautā vai visās šajās iestādēs notiek ambMRPL realizācija (resp., kā dažiem izdodas izvairīties?).

<sup>230</sup> Ziemane I. Rūpes par sevi kā pienākums. Jurista Vārds, 25.04.2017., Nr. 18 (972), 10.-14.lpp.

<sup>231</sup> Ministru kabineta 2019. gada 19. jūnija rīkojums Nr. 299 "Psihiskās veselības aprūpes pieejamības uzlabošanas plāns 2019.–2020. gadam". Latvijas Vēstnesis, 126, 25.06.2019.

<sup>232</sup> Autora piezīme – šizofrēnija (visbiežākais diagnozes veids MRPL personām) ir viena no visbiežāk sastopamām psihiskām saslimšanām

<sup>233</sup> Crilly, J.F. An Overview of Compulsory, Noncompulsory, and Coercive Interventions for Treating People with Mental Disorders in the United States// International Journal of Mental Health, Volume 37, 2008 - Issue 3, 57 – 80.

Vai ir vēl kādi ārsti, pie kuriem persona varētu saņemt MRPL? Atbilstoši MK noteikumiem<sup>234</sup> psihoterapeita (ārsta pamatspecialitāte) “kompetencē ir slimību, ciešanu un traucējumu (*psihisko*, psihosomatisko, somatopsihisko, *uzvedības*, afektīvi kognitīvo un attiecību, kā arī seksuālās dzīves) etioloģijas, patoģenēzes, diagnostikas, ārstēšanas, profilakses, konsultēšanas un rehabilitācijas noteikšana, pamatojoties uz integratīvu biopsihosociālu pieeju. Psihosomatisko, *psihisko un uzvedības traucējumu (slimību) profilaksē*, konsultēšanā un *ārstēšanā* lieto psihodinamiskās psihiatrijas, psihosomatiskās medicīnas un medicīniskās psihoterapijas metodes”. Psihoterapeitam ir teorētiskās zināšanas un praktiskās iemaņas “*psihisko*, psihosomatisko, somatopsihisko, *uzvedības*, afektīvi kognitīvo, seksuālās dzīves disfunkcijas, attiecību *traucējumu un slimību* etioloģija, patoģenēze, diagnostika, ārstēšana, profilakse, konsultēšana un rehabilitācija; specialitātes, kas saistītas ar psihoterapiju – bioloģiskā psihiatrija, narkoloģija, neiroloģija un iekšķīgās slimības; profesionālās darbības juridiskos pamatos”.

Par cik likumā nav noteikts, kādā tieši ārstniecības iestādē realizējami MRPL, *nav nekādu šķēršļu saņemt ambMRPL ārsta – psihoterapeita praksē* (saņemot ārstēšanu ar zālēm un nemedikamentozu – piem., ar ieteikumiem par miega higiēnas pasākumiem, psihoterapiju, etc. Arī šīs prakses spēj sniegt ārsta speciālista vai ārstu konsilija atzinumus, kā arī uz viņiem attiecas ĀL 70<sup>1</sup>.panta regulējums.

Vai psihiatru zināšanas un spējas ir pietiekamas, lai sasniegtu MRPL nemedicīniskus mērķus – atkārtotu nodarījumu prevenciju; resocializāciju (kā to sagaida Tiesībsargs<sup>235</sup>), veikt personu uzraudzīšanu (pēc Mag. iur. R. Stumberga domām, “ārstniecības iestāde ir tā, kas regulāri uzrauga personas veselības stāvokli”<sup>236</sup>)?

Analizējot psihiatru kompetences un zināšanas, ko ārsti iegūst rezidentūras ietvaros, tiek izsecināts, ka psihiatra (pamatspecialitātes) kompetencē ir veikt psihisko traucējumu un slimību diagnostiku, ārstēšanu, profilaksi un psihiatrisko rehabilitāciju; psihiatram ir teorētiskās zināšanas un praktiskās iemaņas profesionālās darbības juridiskos pamatos, tai skaitā par psihiatrisko ārstēšanu un rehabilitāciju pacientiem, kuriem ar tiesas lēmumu noteikts MRPL. Tiesu psihiatrijas ekspertam (ārsta subspecialitāte) ir zināmas profesionālās darbības juridiskie aspekti, it īpaši attiecībā uz kriminālprocesu, civilprocesu, administratīvo

<sup>234</sup> Ministru kabineta 2009. gada 24. marta noteikumi Nr. 268 "Noteikumi par ārstniecības personu un studējošo, kuri apgūst pirmā vai otrā līmeņa profesionālās augstākās medicīniskās izglītības programmas, kompetenci ārstniecībā un šo personu teorētisko un praktisko zināšanu apjomu"

<sup>235</sup> Tiesībsarga vēstule Ministru prezidentam A.K.Kariņam lietā Nr.Nr. 1-5/7 "Par Veselības ministrijas Konceptuālo ziņojumu "Par risinājumu medicīniska rakstura piespiedu līdzekļa izpildes regulējumam", pieejams [http://www.tiesibsargs.lv/uploads/content/mp\\_karinam\\_par\\_konceptualo\\_zinojumu01\\_2020\\_1579779921.pdf](http://www.tiesibsargs.lv/uploads/content/mp_karinam_par_konceptualo_zinojumu01_2020_1579779921.pdf), skatīts 15.05.2020.

<sup>236</sup> Stumbergs R. Medicīniska rakstura piespiedu līdzekļa piemērošana un turpināšana kriminālprocesā. Jurista Vārds, 05.12.2017., Nr. 50 (1004), 17.-23.lpp.



procesu, administratīvo pārkāpumu procesu un tiesu eksperta darbību. Bērnu psihiatram (kas arī ir pamatspecialitāte un ārstē personas līdz pilngadībai) ir nepieciešami tikai profesionālās darbības juridiskie pamati<sup>237</sup> (pēc darba autores domām tas būtiski ietekmē psihiatriskās palīdzības kvalitāti nepilngadīgiem, kuriem ir noteikts MRPL, kā arī samazina MRPL pielietojuma biežums šajā vecuma grupā – nav vērts to rekomendēt, ja jau nav kam realizēt).

Arī atbilstoši profesiju klasifikatoram speciālista (arī psihiatra) profesionālās darbības pamatuzdevumos ir: izmeklēt pacientu; nozīmēt specializētus diagnostiskos izmeklējumus; novērtēt pacienta veselības stāvokļa izmaiņas ārstēšanas laikā; veikt ķirurģiskas operācijas; nodrošināt specializētu ārstēšanu pirms grūtniecības, grūtniecības, dzemdību vai pēcdzemdību laikā; informēt pacientu par pasākumiem saslimšanu profilaksei vai ārstēšanas uzlabošanai; saņemt un sniegt pacienta ārstniecības procesa nodrošināšanai nepieciešamo informāciju no citiem ārstniecības procesā iesaistītajiem speciālistiem; nosūtīt pacientus uz stacionāru, pie citiem speciālistiem; sniegt informāciju pacientam un viņa piederīgajiem; veikt autopsijas un noteikt nāves cēloni; plānot un piedalīties dažādu slimību izplatības ierobežošanas programmās; pētīt cilvēku slimības, ārstēšanas un profilakses metodes; vadīt citus darbiniekus<sup>238</sup>. Nav ne vārda par uzraudzību, resocializāciju.

Tātad - ārstniecības iestāde psihisko stāvokli neuzrauga (vārds “uzraudzība” nozīmē pieskatīšana, uzmanīšana, sekošana kāda rīcībai, darbībai, lai nepieļautu, ka tiek pārkāptas noteiktās prasības, normas, vai lai novērstu iespējamus pārkāpumus, normu neievērošanu, kā arī lai pasargātu no kā nevēlama<sup>239</sup>. Ambulatoros apstākļos tādu darbību veikt nav iespējams). Ārstniecības iestāde tikai novērtē personas psihisko stāvokli – tad, kad persona ierodas (piem., dažas reizes gadā).

Tas, ka bērnu psihiatriem nav zināšanu un iemaņu attiecībā uz MRPL piemērošanu – iespējams, ir izskaidrojams, kāpēc VSIA RPNC pakāpeniski aug stacionārā ārstēto nepilngadīgo skaits – 2016.gadā tie bija 55, 2017. – 68, 2018. – 70 bērni. Un 2018. gadā TPEPĀC (tiesu psihiatrisko un piespiedu ekspertīžu un piespiedu ārstēšanās centrā ar apsardzi; atrodas pie Brasas cietuma – autora piezīme) tika uzņemti divi nepilngadīgie, līdz ar ko RPNC valdei radās jauna atbildība un pienākumi – nodrošinot nepilngadīgajiem atsevišķu palātu (tādējādi apgrūtinot pārējo pacientu racionālu izvietojumu palātās, ievērojot to savstarpēju saderīgumu) un pamatizglītības programmas apguves iespējas. Bērniem

<sup>237</sup> Ministru kabineta 2019. gada 15. janvāra noteikumi Nr. 30 "Grozījumi Ministru kabineta 2009. gada 24. marta noteikumos Nr. 268 "Noteikumi par ārstniecības personu un studējošo, kuri apgūst pirmā vai otrā līmeņa profesionālās augstākās medicīniskās izglītības programmas, kompetenci ārstniecībā un šo personu teorētisko un praktisko zināšanu apjomu". Latvijas Vēstnesis, 12, 17.01.2019. <https://likumi.lv/ta/id/304303>

<sup>238</sup> Ministru kabineta 2017. gada 23. maija noteikumi Nr. 264 "Noteikumi par Profesiju klasifikatoru, profesijai atbilstošiem pamatuzdevumiem un kvalifikācijas pamatprasībām". Latvijas Vēstnesis, 104, 29.05.2017.

<sup>239</sup> Terminu un svešvārdu skaidrojošā vārdnīca, Autoru kolektīvs Valēntīnas Skujiņas vadībā: Inārs Beļickis, Dainuvīte Blūma, Tatjana Koķe, Dace Markus, Arvils Šalme; Zvaigzne ABC, 2000.

jānodrošina attīstošas nodarbes, jāierobežo iespēja smēķēt (kamēr pilngadīgiem pacientiem tā tiek atļauta). Tā kā TPEPĀC nav neviena bērnu aprūpes speciālista, tas rada papildus problēmas ikdienas darbā<sup>240</sup>.

Darba autore vēlētos iebilst, ka RPNC valdes problēmu loks ir daudz plašāks – bērniem ir nevis jāierobežo smēķēšana, bet jāliedz piekļuve tabakas izstrādājumiem un jāasargā no pasīvās smēķēšanas<sup>241</sup>. Runājot par bērnu psihiatrisko ārstēšanu jāatzīmē, ka pēc CPT viedokļa, “ir noteikti jābūt stingri reglamentētai kārtībai, kā aizsargāt noteiktus psihiatriskos pacientus no citiem pacientiem, kas varētu tiem nodarīt kaitējumu. ...Ir jāparedz īpaši pasākumi mazaizsargātām pacientu grupām, piemēram, pusaudži ar īpašām vajadzībām vai/un garīgiem traucējumiem nebūtu jāizmitina kopā ar pieaugušiem pacientiem”<sup>242</sup>.

Tiesībsargs vēl 2012.gadā norādījis, ka “lielāka vērība būtu jāpievērš Eiropas Padomes Spīdzināšanas novēršanas komitejas ziņojumiem par Latviju, kā arī Tiesībsarga biroja monitoringa rezultātiem, kuri bieži vien atspoguļo vienas un tās pašas problēmas, kas ilgstoši netiek risinātas, piemēram, attiecībā uz bērnu ārstēšanu atsevišķi no pieaugušām personām”<sup>243</sup>.

Tiesībsargs, 17.09.2020. veicot veica iepriekš pieteiktu pārbaudes vizīti TPEPĀC, nepilngadīgo tiesību ievērošanu nebija izvirzījis par savu mērķi un arī uz esošu problemātiku nav norādījis<sup>244</sup>. Tiesībsargs nav arī vērtējis personu lemtspēju sniegt informētu piekrišanu vai atteikšanos no ārstēšanas, kā arī nav noskaidrojis, kādā veidā nodaļā tiek realizēta regulāra medikamentu lietošana gadījumos, kad persona tam nepiekrīt.

**Tātad** – šobrīd tiesiskais regulējums ļauj sniegt ambulatorus veselības aprūpes pakalpojumus psihisku saslimšanu gadījumā ne tikai psihiatram, bet arī psihoterapeitam. Bērnu psihiatriem trūkst zināšanu MRPL realizācijā. MRPL nepilngadīgiem – ārstēšana stacionārā ar apsardzi – tiek organizēta, ignorējot bērnu tiesības un aprūpes standartus. Ārstu zināšanas, spējas, ārstniecības iestāžu resursi nespēj sasniegt MRPL juridisko mērķi.

#### ***Kādi ir MRPL ietvaros veicamie pasākumi?***

Piespiedu mēru ietvaros veicamie pasākumi nav atrunāts likumā – atstāts privāto tiesību juridisko personu, ārstniecības iestāžu un ārstu psihiatru ziņā: faktiski, tās ir visas psihiatrijā apstiprinātas tehnoloģijas, vispārpieņemtās ārstēšanas metodes un vēl MRPL realizācijai paredzētas metodes. Diplomande nevar piekrist šai situācijai.

<sup>240</sup> RPNC 2018. gada pārskats, pieejams <http://rpnc.lv/par-mums/kapitalsabiedribas-darbiba/parskati/parskati-2018-gads/>, skatīts 20.04.2020.

<sup>241</sup> Bērnu tiesību aizsardzības likums. Latvijas Vēstnesis, 199/200, 08.07.1998.

<sup>242</sup> <https://rm.coe.int/16806cd434>,

<sup>243</sup> Latvijas Republikas tiesībsarga 2012.gada ziņojums, Rīga, 2013.

<sup>244</sup> Tiesībsarga ziņojums lietā Nr.1-12/3 "Par pārbaudes vizīti VSIA "Rīgas psihiatrijas un narkoloģijas centrs" Tiesu psihiatrisko ekspertīžu un piespiedu ārstēšanās centra ar apsardzi A blokā".

Tiesībsargs vēl 2012.g. norādījis, ka normatīvajā regulējumā būtu jānošķir personas stacionēšana (ambMRPL gadījumā – piespiedu nogādāšana pie ārsta; autora iestarpinājums) pret tās gribu no piespiedu terapijas nodrošināšanas, paredzot atsevišķus lēmumus katram ierobežojumam, kā to paredz starptautiskie cilvēktiesību dokumenti, kā arī Eiropas Cilvēktiesību tiesas spriedums lietā *X.v.Finland* (un CPT standarti). Līdzīgi citu valstu praksei, būtu normatīvajā regulējumā jāiekļauj, ka hospitalizācija realizējama tikai tad, ja citas metodes nav piemērotas un efektīvas. Vienlaicīgi būtu jāparedz iespēja nodrošināt terapiju bez personas piekrišanas bez stacionēšanas, **ieviešot efektīvus pacienta kontroles mehānismus**<sup>245</sup>. Jādomā, ka Tiesībsargs ir domājis nevis “citas metodes nav piemērotas un efektīvas”, bet gan “nav piemērojamas vai izrādījās neefektīvas”.

Likumā būtu jādiferencē, kādi tieši pasākumi personai ir obligāti – tikai psihiatra apmeklēšana, apmeklēšana un medikamentu saņemšana, analīžu uz narkotiskām vielām un medikamentu koncentrāciju noteikšana, piedalīšanās nefarmakoloģiskajos pasākumos. Tas ir sevišķi svarīgi, jo nākotnē dzimumnoziedzniekus ārstējot, kā arī nodarījuma riska noteikšanai varētu tikt izmantotas speciālas procedūras<sup>246</sup>. Jāatrunā tieši, kādi medikamenti un ārstēšana ir jāsaņem – psihiatrijā lietojamie medikamenti, hormoni, elektrokonvulsīvā terapija, psihoķirurģija (resp., vai ir pieļaujama to metožu pielietošana, kuras atstāj ilgtermiņa vai pat neatgriezeniskas sekas uz pacienta veselību).

Psihiskās veselības aprūpes pieejamības uzlabošanas plāns 2019.-2020. Gadam nepiemin ambMRPL vispār<sup>247</sup>.

Šobrīd valstī piespiedu ārstēšanai nav arī paredzēts visaptverošs atsevišķs finansējums – tikai VSIA RPNC tiek apmaksāts MRPL “Piespiedu psihiatriskā ārstēšana stacionārā ar apsardzi”, bet VSIA RAKUS – “Tuberkulozes ārstēšana pacientiem, kuriem tiek nodrošināta piespiedu izolēšana”.

Citi Latvijas psihiatriskie stacionāri un pārējās RPNC nodaļas saņem samaksu par “psihiatrisko palīdzību, tai skaitā pēc tiesas lēmuma” (acīmredzot, ar to saplūdinot kopā gan MRPL, gan pēc ĀL 68.panta stacionētus slimniekus)<sup>248</sup>.

No ambulatoriskiem pakalpojumiem, kurus potenciāli varētu pielietot sabiedriskās interešu aizsardzības labā, tiek apmaksāta psihoterapeitiskā un psiholoģiskā palīdzība, ja šādas palīdzības nepieciešamību noteicis psihiatrs, lai novērstu noziedzīgu nodarījumu

<sup>245</sup>Latvijas Republikas tiesībsarga 2012.gada ziņojums, Rīga, 2013. Pieejams [https://www.tukums.lv/images/stories/Aktuali/Publikacijas/Tiesibsarga\\_2012\\_gada\\_zinojums\\_FINAL.pdf](https://www.tukums.lv/images/stories/Aktuali/Publikacijas/Tiesibsarga_2012_gada_zinojums_FINAL.pdf), skatīts 20.03.2020.

<sup>246</sup>Lighthart, S. Coercive neuroimaging, criminal law, and privacy: a European perspective // Journal of law and the biosciences vol. 6,1 289-309. 2019;6(1)

<sup>247</sup> Ministru kabineta 2019. gada 19. jūnija rīkojums Nr. 299 "Psihiskās veselības aprūpes pieejamības uzlabošanas plāns 2019.–2020. gadam". Latvijas Vēstnesis, 126, 25.06.2019.

<sup>248</sup> Ministru kabineta 2018. gada 28. augusta noteikumi Nr. 555 "Veselības aprūpes pakalpojumu organizēšanas un samaksas kārtība". Latvijas Vēstnesis, 176, 05.09.2018. <https://likumi.lv/ta/id/301399>

veikšanu pret bērna tikumību un dzimumneaizskaramību: VSIA RPNC psihiatra kabineta finansējuma ietvaros personām tiek nodrošināta nepieciešamā palīdzība, lai novērstu noziedzīgu nodarījumu veikšanu pret bērna tikumību un dzimumneaizskaramību<sup>249</sup>. Resp., ja pie VSIA RPNC psihiatra griežas pacients un stāsta par saviem plāniem pret kāda bērna tikumību un dzimumneaizskaramību, psihiatram ir iespējams viņu nosūtīt valsts apmaksātai psihoterapeitiskās palīdzības sniegšanai. Darba autores izpratnē, šī varētu būt diezgan reta situācija; dati, cik bieži šīs pakalpojums tiek sniegts, nav publiski pieejami.

Atbilstoši “Ārstniecībā izmantojamo medicīnisko tehnoloģiju datu bāzei” Latvijā ir apstiprināta “Sabiedriski bīstama slimnieka apskate”, no psihiatrijas tehnoloģijām stacionārā – “piespiedu ārstēšanas veikšana pēc tiesas lēmumu pacientiem, kuri izdarījuši kriminālpārkāpumus”; “psihiatriskās ekspertīzes veikšana medicīniska rakstura pasākuma maiņas pacientiem, kuri atrodas piespiedu ārstēšanā”. Tehnoloģiju saturs un metodoloģija nav aprakstīta<sup>250</sup>. No psihiatrijas tehnoloģijām ambulatorā praksē ir apstiprināta “ambulatorā piespiedu ārstēšana ar tiesas lēmumu”. Pēc darba autores domām, realizējot ambMRPL var tikt pielietota arī ambulatora psihiatriska tehnoloģija “vispārēja psihiatriskā pārbaude pēc varas iestāžu pieprasījumiem”. Tehnoloģijas nav aprakstītas, saturs nav atšifrēts.

Izpētot Nacionālā Veselības Dienesta (NVD) mājas lapu (sadaļu “Pakalpojumu tarifi”) izdodas noskaidrot, ka manipulācija, kura aprakstīta ambMRPL, vairs nepastāv (netiek ne apmaksāta, ne uzskaitīta, lai nākotnē uzsāktu apmaksu)<sup>251</sup>.

Pēc ziņām no SKPC 2018. gadā MRPL – ārstēšana stacionārā un stacionārā ar apsardzi - ir veikta 107 personām, pavisam ir bijušas 116 ārstēšanas epizodes.

Ar ambMRPL ir sarežģītāk - NVD vairs neuzkrāj un neapkopo informāciju par ambMRPL kā par īpašu aprūpes epizodi. Tikai ambulatoro pakalpojumu apmaksas dokumentos šādu pacientu identificēšanai ar 01.10.2019. ir ieviesta jauna pacienta aprūpes grupas klasifikatora vērtība - “Persona, kura saņem psihiatrisku ārstēšanu saskaņā ar tiesas lēmumu par medicīniska rakstura piespiedu līdzekļu piemērošanu”. Tas padara informācijas apkopošanu par neiespējamu.

**Tātad** – Latvijā no visām ambulatoriskām psihiatriskām manipulācijām, kurām viennozīmīgi piemīt sabiedriskās drošības nozīme, valsts garantētās palīdzības minimuma ietvaros mērķtiecīgi tiek apmaksāta tikai psihoterapija pedofīlijas gadījumā. AmbMRPL tehnoloģijas nosaukums ir apstiprināts, bet kā atsevišķa manipulācija ambMRPL netiek nedz uzskatīta, nedz apmaksāta. Nepilngadīgiem iespējas saņemt MRPL pie vecumam atbilstošā

<sup>249</sup> 10. Pielikums Ministru kabineta 2018. gada 28. Augusta noteikumiem Nr. 555 Steidzamās medicīniskās palīdzības punkti un fiksētā ikmēneša maksājuma (piemaksas) aprēķins ārstu speciālistu kabinetiem un struktūrvienībām,

<sup>250</sup> Ārstniecībā izmantojamo medicīnisko tehnoloģiju datu bāze, [zva.gov.lv/zvais/mtdb/](http://zva.gov.lv/zvais/mtdb/)

<sup>251</sup> <http://www.vmnvd.gov.lv/lv/ligumpartneriem/ligumu-dokumenti/pakalpojumu-tarifi>

speciālista ir ierobežotas (jāsameklē speciālists ar bērnu psihiatra sertifikātu un reizē arī psihiatra sertifikātu, jo bērnu psihiatriem nav zināšanu un prasmju MRPL realizācijā). Nav nevienas tehnoloģijas, kura būtu apstiprināta nepilngadīgo MRPL realizācijai. Tiesu psihiatrijas ekspertiem ir vislielākās zināšanas un iemaņas attiecībā uz MRPL un attiecīgu tiesisku regulējumu. Ārstu kompetencēs nav veikt personu resocializāciju un uzraudzīt, līdz ar to MRPL juridisks mērķis ar veselības aprūpes pakalpojumu saņemšanu nevar tikt sasniegts. Latvijā netiek uzskaitītas ārstu veiktās manipulācijas, realizējot ambMRPL.

MRPL organizēšanā netiek ņemtas vērā cilvēktiesības sargājošo organizāciju ieteikumi.

Ir zināms, ka tiesu psihiatra kontingentam piemīt īpašas pazīmes – zema motivācija piespiedu ārstēšanas saņemšanai. Pētījumi pierāda, ka ārstēšanas rezultāti parasti ir sliktāki, kā ārstējot brīvprātīgi. Vēl viena īpatnība – daudz komorbiditāšu – tātad, nevis viens, bet vairāki faktori jāņem vērā un jākontrolē, realizējot ārstēšanu. Klāt pie visa, šie pacienti ir ar īpaši zemiem ienākumiem, bez darba, bieži vien – ar zemu izglītību<sup>252</sup>.

Pētījumos pierādās sen novērotais – pacienti, kuri turpina lietot apreibinošās vielas, reti apmeklē dienestu, pārtrauc medikamentu lietošanu ir sevišķi tendēti būt agresīvi<sup>253</sup>.

Latvijā MRPL ir kontraindikācija sociālo pakalpojumu un sociālās palīdzības saņemšanai<sup>254</sup>. Sabiedriskā bīstamība un psihotiski traucējumi ir kontraindikācijas arī atkarīgo sociālās rehabilitācijas pakalpojuma saņemšanai<sup>255</sup>. Jāsaka, ka kontraindikācijas šo pakalpojumu saņemšanai ir teju visa spektra psihiski traucējumi, vieliskās atkarības (intoksikācijas vai abstinences stāvoklī), nozīmīga garīgā atpalcība, galvas smadzeņu bojājumu sekas.

Tiesībsargs 2012.g. ziņojumā norādīja uz kādu skaidru personas, kurai nozīmēts ambMRPL, diskriminācijas gadījumu no tiesas puses: ar Administratīvās rajona tiesas spriedumu bāriņtiesai bija uzlikts par pienākumu izdot administratīvo aktu par aizliegumu mātei ar garīga rakstura veselības problēmām satīties ar meitu, kura kopš dzimšanas bija aizbildnībā. Tiesībsargs konstatēja, ka novērtējot bērna mātes personību un veselības stāvokli,

<sup>252</sup> Kip, H., Bouman, Y., Kelders, S. M., van Gemert-Pijnen, L. eHealth in Treatment of Offenders in Forensic Mental Health: A Review of the Current State /// *Frontiers in psychiatry*, 2018, Vol 9, Issue 42.

<sup>253</sup> Marvin S. SwartJeffrey W. Swanson, Virginia A. Hiday, H. Ryan Wagner, Barbara J. Burns, Randy Borum, Special Section on Outpatient Commitment A Randomized Controlled Trial of Outpatient Commitment in North Carolina // *Psychiatric Services*, 2001. March, 325 – 329.

<sup>254</sup> Noteikumi par sociālo pakalpojumu un sociālās palīdzības saņemšanu Ministru kabineta 2019. gada 2. aprīļa noteikumi Nr. 138 "Noteikumi par sociālo pakalpojumu un sociālās palīdzības saņemšanu". Latvijas Vēstnesis, 68, 04.04.2019. 1. pielikums Ministru kabineta 2019. gada 2. Aprīļa noteikumiem Nr. 138 Psihiatra atzinums par personas psihisko veselību un speciālajām (psihiatriskajām) kontraindikācijām sociālo pakalpojumu saņemšanai.

<sup>255</sup> 2.pielikums Ministru kabineta 2006.gada 6.novembra noteikumiem Nr.914 Kontraindikācijas sociālās rehabilitācijas pakalpojumu saņemšanai, Ministru kabineta 2006. gada 6. novembra noteikumi Nr. 914 "Kārtība, kādā no psihoaktīvām vielām atkarīgās personas saņem sociālās rehabilitācijas pakalpojumus". Latvijas Vēstnesis, 180, 09.11.2006.

tiesa nebija ņēmusi vērā speciālistu un trešo personu sniegto aktuālo informāciju, bet bija devusi priekšroku faktiem, kas bija izvērtēti, lemjot par ambMRPL turpmākas piemērošanas nepieciešamībumātei<sup>256</sup>.

Tiesībsargs 2020.gadā savā vizītē VSIA RPNC TPEPĀC nodaļā ar apsardzi atzīmēja, ka “tika saņemta informācija par to, ka ne vienmēr pacientam, ārstējoties ambulatori, ir pieejami pēctecīgi rehabilitācijas pakalpojumi”<sup>257</sup>.

Arī Bērnu tiesību aizsardzības likums un Civillikums uzliek ierobežojumus personām ar MRPL (tiesībām būt par viesģimeni un būt bērnu iestāžu darbinieks), bet darba autore neuzskata tos par nesamērīgiem vai būtiski personu stāvokli pasliktinošiem<sup>258, 259</sup>.

**Tātad** – Latvijā personas, kurām ir noteikts ambMRPL ne vien nesaņem mūsdienu praksei atbilstošu piespiedu ambulatoru ārstēšanu, bet viņiem arī tiek liegta pieeja vairākiem sociāliem pakalpojumiem un rehabilitācijai. Tiesībsargs aprakstīja skaidri diskriminējošu attieksmi pret personu, kurai nozīmēts ambMRPL, no tiesas puses.

---

<sup>256</sup> Latvijas Republikas Tiesībsarga 2012.g. ziņojums. Rīga, 2013.g.

<sup>257</sup> Tiesībsarga ziņojums lietā Nr.1-12/3 "Par pārbaudes vizīti VSIA “Rīgas psihiatrijas un narkoloģijas centrs” Tiesu psihiatrisko ekspertīžu un piespiedu ārstēšanās centra ar apsardzi A blokā”.

<sup>258</sup> Bērnu tiesību aizsardzības likums. Latvijas Vēstnesis, 199/200, 08.07.1998.

<sup>259</sup> Civillikums. Valdības Vēstnesis, 41, 20.02.1937.

## 4. SABIEDRISKĀ BĪSTAMĪBA KĀ MEDICĪNISKA RAKSTURA PIESPIEDU LĪDZEKĻU PIEMĒROŠANAS PAMATS

Pēdējo gadsimtu mijā tiesu psihiatrijas fokuss nobīdījās no pieskaitāmības novērtēšanas uz bīstamības koncepciju – atkārtota nodarījuma riska novērtēšana kļuva par centrālu jautājumu, kas nosaka terapeitiskās programmas izvēli, bet drīzumā, iespējams, kalpos primāras prevencijas nolūkā<sup>260</sup>.

Latvijā vienīgais obligātais MRPL noteikšanas un saglabāšanas nosacījums ir personas sabiedriskā bīstamība – jēdziens, kurš izraisa daudz diskusiju. Šis jēdziens bieži sastopams tiesiskajā regulējumā, lai gan tā definīcija un kritēriji nav sniegti.

Piem., RSU doktorante Vita Zukule norāda, ka Valsts policijas individuālās prevencijas uzskaites datu bāze (kur tiek ņemtas uzskaitē tiek ņemtas psihiski slimas, *sabiedrībai bīstamas personas* (autora izcēlums) un personas ar garīgās veselības traucējumiem) nav sinhronizēta ar datu bāzi par personām, kurām tiek nozīmēts medicīniskā rakstura piespiedu līdzekli un ka termins “sabiedriskā bīstamība” nav definēts, kritēriji nav izstrādāti<sup>261</sup>. Jāsaka, ka šobrīd šis reģistrs/datubāze ir likvidēts.

Likuma “Par policiju” 11.panta 3.daļa definē policijas darbinieka papildpienākumus attiecībā uz sabiedriski bīstamiem psihisko un uzvedības traucējumu un infekciju slimību gadījumiem: “Policijas darbiniekam savas kompetences ietvaros ir pienākums palīdzēt: ... ārstniecības iestādēm, ārstniecības personām, Sabiedrības veselības dienesta epidemiologiem un valsts sanitārajiem inspektoriem — to personu piespiedu atvešanā apsekošanai vai ārstēšanai, kuras slimo ar alkohola, narkotisko, psihotropo vai toksisko vielu atkarību vai veneriskajām slimībām, ir *sociāli bīstami psihiski slimas*, kā arī to personu atvešanā un apsardzē ārstniecības iestādē, par kurām ir pietiekams pamats secināt, ka tās ir inficētas ar imūndeficīta vīrusu (HIV) vai infekcijas slimībām, kuru sarakstu apstiprina Ministru kabinets, ja tās izvairās no ierašanās ārstniecības iestādē”<sup>262</sup>. Pēc ECHR “sociāli bīstami psihiski slimas personas” šī likuma izpratnē ir personas, kurām tiek konstatēti ĀL 68.panta 1.daļā uzskaitīti kritēriji (nevis sabiedriskā bīstamība, uz kuras pamata tiek noteikts MRPL).

No 20.gs. beigām runājot par psihiski slimo likuma pārkāpēju novērtēšanu, tiek pieņemts runāt nevis par bīstamību, bet gan par riska novērtēšanu un menedžmentu:

<sup>260</sup> Salize, H.J., Dreßing, H. Placement and Treatment of Mentally Ill Offenders – Legislation and Practice in EU Member States, Central Institute of Mental Health, Mannheim, 2005.

<sup>261</sup> Zikule V. Personu atzīšana par sabiedrībai bīstamu: problemātika un tiesiskie aspekti. RSU 8. Zinātniskā Konferenču 2013. gada 21. un 22. Martā.

[https://www.rsu.lv/sites/default/files/imce/Zin%C4%81tnes%20departaments/VIII%20sekcija/personu\\_atzisana\\_par\\_sabiedr%C4%81bai\\_bistamu.pdf](https://www.rsu.lv/sites/default/files/imce/Zin%C4%81tnes%20departaments/VIII%20sekcija/personu_atzisana_par_sabiedr%C4%81bai_bistamu.pdf)

<sup>262</sup> Likums "Par policiju". Latvijas Republikas Augstākās Padomes un Valdības Ziņotājs, 31/32, 15.08.1991.

visbiežākais veids, kā to novērtēt, ir klīnicista viedoklis<sup>263</sup>; līdzīgi kā citi psihiatriskā darba aspekti, riska novērtēšana ir potenciālās juridiskās atbildības iemesls<sup>264</sup>. Tiem piemīt īpašs rādītājs – *number need to detain* (cik pacienti jānovērtē kā augsta riska, lai novērstu vienu noziegumu)<sup>265</sup>.

Rīku izmantošana pasargātu gan pacientu (no pārāk augstas riska novērtēšanas, angl *overprediction of violence*) un ārstu – no pretenzijām un pārmetumiem.

Eksperta atzinums, atbilstoši Tiesu ekspertu likuma prasībām sastādīts, saskaņā ar Kriminālprocesa likuma 132.pantu ir pierādījuma veids kriminālprocesā. Bet, balstoties ārstu speciālistu vai konsiliju atzinumā, tiesai vienmēr pastāvēs saprātīgas šaubas par riska izvērtēšanas objektivitāti (CPT viedokli par konsiliju lēmumu problemātiku Latvijā skat augstāk).

Atbilstoši “Ārstniecībā izmantojamo medicīnisko tehnoloģiju datu bāzei”<sup>266</sup> Latvijā nav neviena tulkota/adaptēta/validēta instrumenta agresijas/vardarbības riska novērtēšanai (piem., HCR-20<sup>267</sup>).

Pēc Latvijas tiesu prakses “lemjot par MRPL (...) primārā nozīme ir personas veselības stāvoklim un riskam, ka tā nākotnē var izdarīt darbību, kas radīs kaitējumu viņai pašai vai citu personu un sabiedrības interesēm. Prognozējot personas nākotnes uzvedību, tiek ņemts vērā un analizēts personas iepriekš izdarītais nodarījums, ar to saistītie fakti un tā izdarīšanas apstākļi”<sup>268</sup>. Diemžēl, kā secina darba autore, atskatoties atpakaļ, uz nepieskaitāmības stāvoklī izdarīto, nevar izdarīt drošus secinājumus par nodarījuma atkārtēšanu nākotnē – kā tika noskaidrots iepriekš, lielākā daļa nodarījumu padodas vien psihotiskā stāvokļa loģikai, un atlikusī daļa nodarījumu tiek veikta negatīvas simptomātikas iespaidā, kura ar laiku visbiežāk tikai pieaug.

Prof. P. Kolmakovs pievērš uzmanību, ka sabiedrisko bīstamību nosaka nevis pagātnē paveiktais sabiedriski kaitīgais nodarījums, bet psihiskā saslimšana – tas ir pretrunu pamatā starp juristiem un ekspertiem. Viņš norāda uz nepieciešamību izstrādāt vienotu metodiku vispiemērotākā MRPL izvēlei un nozīmēšanai<sup>269</sup>. Darba autore šim apgalvojumam pilnība

<sup>263</sup> Large, M., & Nielssen, O. (2017). The limitations and future of violence risk assessment. *World psychiatry : official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 16(1), 25–26. <https://doi.org/10.1002/wps.20394>

<sup>264</sup> *Am J Psychiatry* 169:3, March 2012, Resource Document on Psychiatric Violence Risk Assessment Alec Buchanan, M.D., Ph.D. [chair] Renee Binder, M.D. Michael Norko, M.D. Marvin Swartz, M.D, 1 – 10.

<sup>265</sup> Līdzīgi ir arī ar zēlēm (*number need to treat, number needed to harm*).

<sup>266</sup> Ārstniecībā izmantojamo medicīnisko tehnoloģiju datu bāze, [zva.gov.lv/zvais/mtdb/](http://zva.gov.lv/zvais/mtdb/)

<sup>267</sup> Kerry Johanna Smith, Suzanne O'Rourke & Gary Macpherson (2020) The Predictive Validity of the HCR20v3 within Scottish Forensic Inpatient Facilities: A Closer Look at Key Dynamic Variables, *International Journal of Forensic Mental Health*, 19:1, 1-17, DOI: 10.1080/14999013.2019.1618999

<sup>268</sup> Augstākās tiesas tiesu prakses apkopojums, 2011/2012. Tiesu prakse kriminālprocesā, nosakot medicīniska rakstura piespiedu līdzekļus, Rīga, 45 lpp.

<sup>269</sup> Колмаков П. О некоторых проблемных ситуациях правового регулирования принудительных мер медицинского характера // Вестник Удмуртского университета. Серия «Экономика и право», vol. 27, no.



piekrīt – kā zināms, personas ar vajāšanas, greizsirdības, iedarbības murgiem slimības sākumā mēdz veikt mazāk nozīmīgus likuma pārkāpumus, bet slimībai progresējot (bieži vien – neskatoties uz ārstēšanu) – krimināltiesībās paredzētus smagus un sevišķi smagus noziegumus<sup>270</sup>. Nekas nespēj droši paredzēt personas rīcību nākotnē – ne personas laba sociāla adaptācija, ģimenes un atbalsta personu esamība, izpratne par saviem traucējumiem un intelekts kopumā – tikai slimības procesa “loģika”, kuru novērtē tiesu ekspertīzes gadījumos.

Bieži vien juristu argumenti par sabiedriskās bīstamības neesamību šķiet loģiski, piem. resursu centra cilvēkiem ar garīgiem traucējumiem Zelta juriste raksta, ka personas, kurām noteikts ambMRPL ir vairakkārt vērsušās pēc juridiskās palīdzības. Ilgstošas sadarbības laikā juristi novērojuši, ka personas spēj iekļauties sabiedrībā, izpildīt solījumus, adekvāti komunicēt, neradot draudus apkārtējiem. Kā piemēru juriste apraksta V, kurai 2018. gada jūnijā tiesa nolēma turpināt ambMRPL. V regulāri apmeklē psihiatru, dzīvo patstāvīgi sociālajā dzīvoklī, maksā rēķinus, darina rokdarbus, aktīvi iesaistās sabiedriskajā dzīvē, piedalās dažādos pasākumos. Juristei rodas jautājums, kādā veidā šobrīd V ir bīstama sabiedrībai un vai ambMRPL turpināšana nav pretrunā ar V cilvēktiesībām? Juriste uzsver, ka likumā ietvertais jēdziens “bīstams sabiedrībai” ir ģenerālklausula, kas ir jāpiepilda ar konkrētu saturu un to parasti konkretizē kazuistiskā ceļā. Juristes ieskatā būtu nepieciešams papildus visaptverošs pētījums par Latvijas tiesu praksi, piemērojot medicīniska rakstura piespiedu līdzekļus un nosakot jēdziena saturu “bīstams sabiedrībai”, ņemot vērā lietas faktiskos apstākļus<sup>271</sup>.

Jāsaka, ka tieši MRPL realizācijas laikā (kas ir aprakstīts V piemērā) persona ir sabiedrībai visdrošākā (līdzīgi kā infekcijas slimnieks ir drošs un nav lipīgs antibiotiķu kursa laikā). Aprakstītajā gadījumā var redzēt komandas darba sasniegumus personas V ārstēšanā un rehabilitācijā – jāatšķir ārstēšanas efekts no stabilām veselības stāvokļa izmaiņām, kuras saglabājas ārstēšanas pārtraukšanas gadījumā.

Par parauglietu, kas demonstrētu ambMRPL pretrunas un grūtības, pēc darba autores domām jāuzskata ECHR skatītas lietas “O.G. pret Latviju” un “O.G. pret Latviju 2” - pieteicējs apgalvoja, ka VSIA”RPNC” psihiatri pārkāpa viņa cilvēktiesības saistībā ar MRPL (viņš saņēma sākumā MRPL stacionārā un pēc tam saņēma ambMRPL, no kuras izvairījās; abās lietās ECHR konstatēja Konvencijas 5. Panta pārkāpumus). Darba autori pārsteidz ambMRPL piemērošana personai, kura nepiekrīt saņemt ārstēšanu un viņai nav nekādu citu atbalsta personu (māte ir gados veca un pat par O.G. pārstāvi tiesā kļūst ārstējošā ārste);

---

2, 2017, pp. 103-108

<sup>270</sup> Назаренко Г. В. Правовая природа принудительных мер медицинского характера // Вестник Омского университета. Серия «Право», no. 4, 2008, pp. 130-134.;

<sup>271</sup> [http://zelda.org.lv/wp-content/uploads/file/Juridiska\\_palidziba\\_30\\_11\\_2018.pdf](http://zelda.org.lv/wp-content/uploads/file/Juridiska_palidziba_30_11_2018.pdf), skatīts 20.04.2020.

interesants šķiet arī sabiedriskās bīstamības izvērtējums un pamatojums (krimināllietas pret O.G. tika ierosinātas sakarā ar krāpšanos internetā un krāpšanos ar sociāliem pabalstiem; abos gadījumos viņš bija atzīts par nepieskaitāmu<sup>272</sup>).

Īpatnēji tika veikta sabiedriskās bīstamības izvērtēšana lietā, ko vēlāk izskatīja Latvijas Republikas Augstākās tiesas Senāta Krimināllietu departaments – pirmās instances tiesai šaubas par ārstu komisijas atzinumu, ka personai MRPLstacionārā var grozīt uz ambMRPL, radīja likumiskā pārstāve – tās pašas slimnīcas kādas nodaļas virsmāsa! Likumiskā pārstāve tiesai paskaidroja, ka kopš komisijas atzinuma pieņemšanas dienas personas stāvoklis pasliktinājies<sup>273</sup>. Jāsaka, ka šobrīd attiecīgā norma ir grozīta un ārstniecības iestādes pārstāvis vairs nevar būt personas likumiskais pārstāvis (tieši tā tas arī bija lietās O.G. pret Latviju). Bet jāatceras, ka hronisku psihisku saslimšanu gadījumos paasinājumi un svārstības ir neizbēgami, vienkārši kārtējais paasinājums kā tāds nevar būt par iemeslu MRPL negrozīt uz ambMRPL (jābūt arī riska pieaugumam).

Pārsteidzošu nostāju sabiedriskās bīstamības novērtēšanā un riska menedžmenta pauž Veselības Inspekcija (VI) darba autorei sniegtajā atbildē (skat pielikumos) – atbildot uz jautājumu, vai psihiatram, izvēloties ārstēšanas pasākumus MRPL ietvaros, būtu jāņem vērā personas sabiedriskā bīstamība, VI atbild, ka iespējamība, ka pacents var būt bīstams paasinājuma gadījumos ir jāņem vērā nodrošinot ārstniecību pacientam ar MRPL, bez MRPL un ***pacientam bez psihiskiem traucējumiem vispār***. Tādā veidā VI atklāj savu neinformētību psihiski slimo sabiedriskās bīstamības koncepcijā (nesaprot, kas ir MRPL juridisks mērķis, neredz atšķirību no personām bez psihiskiem traucējumiem).

Tiesai, skatot lietu kriminālprocesā par MRPL noteikšanu pirmo reizi, būtu jāvērtē personas sabiedriskā bīstamība *per se*. Skatot lietu atkārtoti (turpināt, grozīt, atcelt) – sabiedriskā bīstamība jāatšķir no ārstēšanas efekta (nestabila, pārejoša). Pēc darba autores domām pietiekami labu sabiedriskās bīstamības izvērtēšanas metodoloģiju sniedzis A.Judins – tiesai jāizvērtē riski jeb varbūtība, ka persona, nesāņemot tai nepieciešamo psihiatrisko aprūpi, veiks darbības, kas apdraudēs citu cilvēku, sabiedrības intereses, kā arī viņu pašu<sup>274</sup>. Atkārtoti skatot lietu par MRPL (lemjot par MRPL turpināšanu, grozīšanu, izbeigšanu), jautājums jāformulē citādi: kāda ir varbūtība, ka persona, pārtraucot saņemt esošus veselības aprūpes pakalpojumus, veiks darbības, kas apdraudēs citu cilvēku, sabiedrības intereses, kā arī viņu pašu.

<sup>272</sup> <https://lvportals.lv/dienaskartiba/290085-eiropas-cilvektiesibu-tiesa-noraida-sudzibu-par-mediciniska-rakstura-piespiedu-lidzeklu-piemerosanu-2017>

<sup>273</sup> 17. APRĪLIS 2012 /NR. 16 (715) Medicīniska rakstura piespiedu līdzekļa grozīšanas pamats; personu loks, kas var pārsūdzēt lēmumu par medicīniska rakstura piespiedu līdzekļa grozīšanu. Augstākās tiesas Senāta Krimināllietu departamenta lēmums Lietā Nr. SKK–531 2011. gada 20. oktobrī

<sup>274</sup> Judins, A. Latvijas Republikas Augstākās Tiesas Biļetens, Nr 3/2011. Dr.iur. Andrejs Judins. Aktualitātes medicīniska rakstura piespiedu līdzekļu piemērošanā, 34. – 38.

Darba autore aicina ne vien pētīt Latvijas tiesu praksi, bet arī pievērsties ārzemju praksei un pārņemt viņu pieredzi viedokļa pamatošanā – proti, jāpielieto validētie rīki riska novērtēšanai. Kazuistiska (individualizēta) pieeja būtu pretrunā ar krimināltiesību principiem. Latvijas tiesību zinātnieki un Augstākā Tiesa uzsver - sabiedriskā bīstamība nav medicīnisks termins, to vērtē tiesa, šis jautājums pat nebūtu jāuzdod ekspertiem (bīstamība sabiedrībai nav medicīnisks kritērijs. Tas, vai tā ir bīstama sabiedrībai, ir jāvērtē, ņemot vērā tās veselības stāvokli, kā arī citus konkrētas lietas apstākļus<sup>275</sup>. Piemēram, Mag iur R.Stumbergs apraksta kadu lietu, kur tiesa “atbrīvoja X.X. no kriminālatbildības un soda par noziedzīgu nodarījumu, kas paredzēts KL 260. panta trešajā daļā (Ceļu satiksmes noteikumu un transportlīdzekļu ekspluatācijas noteikumu pārkāpšana, (3) Par ceļu satiksmes noteikumu vai transportlīdzekļu ekspluatācijas noteikumu pārkāpšanu, ja to izdarījusi persona, kas vada transportlīdzekli, un ja tā izraisījusi divu vai vairāku cilvēku nāvi, soda ar brīvības atņemšanu uz laiku no trim līdz divpadsmit gadiem, atņemot transportlīdzekļa vadīšanas tiesības uz laiku līdz septiņiem gadiem<sup>276</sup> – autora iestarpinājums), jo atbilstoši tiesu psihiatriskās ekspertīzes atzinumam X.X. atbilda nepieskaitāmības kritērijam”<sup>277</sup>.

Darba autora ieskatā X.X. bija nevis jāatbrīvo no kriminālatbildības un soda, bet vispār nebūtu saucama pie kriminālatbildības – nevar atbrīvot no tā, ko nevar uzlikt. Piemēram, nevar normalizēt svaru tam, kuram tā jau liekā svara nav.

R.Stumbergs turpina: “Tiesa atzina, .....un personas sabiedriskā bīstamība jāizvērtē arī saistībā ar noziedzīgā nodarījuma raksturu un bīstamību, piemērotā MRPL ilgumu, samērojot to ar brīvības atņemšanas soda laiku, kādu var noteikt par attiecīgo nodarījumu,...”. “Novērtējot pierādījumus un iesaistīto personu viedokļus, tiesa vērtēja faktu, ka noziedzīgais nodarījums tika izdarīts aiz neuzmanības un tam nav bijis vardarbīgs raksturs. Tiesas ieskatā, X.X. nav bīstama sabiedrībai, jo atrodas faktiskā mātes kontrolē un uzraudzībā”. Pēc R.Stumberga domām, tiesas lēmums (pretēji ārstu konsilija rekomendācijai) personai atceļot MRPL “atrisinās visas krimināltiesiskās attiecības”.

Darba autori pārsteidz šis formulējums – **“nepieskaitāma persona izdarīja noziedzīgs nodarījums aiz neuzmanības”**. Un jo vairāk – **“nav sabiedriskās bīstamības, jo viņu kopj māte”**. Kā izmainīsies personas bīstamība, ja māte pēkšņi viņu nevarēs kontrolēt? (saslimstot ar vīrusa infekciju?).

Darba autoras ieskatā X.X. krimināltiesiskās attiecības ar valsti bija izbeigušās brīdī, kad tiesa atzina viņu par nepieskaitāmu.

---

<sup>275</sup> S.Bebre

<sup>276</sup> Krimināllikums. Latvijas Vēstnesis, 199/200, 08.07.1998. <https://likumi.lv/ta/id/88966>

<sup>277</sup> Stumbergs R. Medicīniska rakstura piespiedu līdzekļa piemērošana un turpināšana kriminālprocesā. Jurista Vārds, 05.12.2017., Nr. 50 (1004), 17.-23.lpp.

Tiesas pienākums vērtēt sabiedrisko bīstamību būtiski pārkāpts AT spriedumos minētā rajona tiesu praksē: piem., 2015.gadā personai A bija atcelts ambMRPL tiesai atzīstot, ka A veselības stāvoklis ir mainījies tiktāl, ka viņa vairs nav bīstama sabiedrībai. Tiesa pie šāda secinājuma nonākusi, ņemot vērā:

- a. ārsta speciālista atzinumā secināto, ka A var piedalīties tiesas sēdē (tiesa to nepamatoti izdarījusi secinājumus par viņas veselības stāvokļa uzlabošanos);
- b. kopš 2013.gada reti apmeklē ārstu psihiatru (pretēji iepriekš tiesas noteiktam apmeklēt ne retāk kā reizi mēnesī) un viņai netiek izrakstīti medikamenti;
- c. A pārstāves teikto, ka bāriņtiesai nav informācijas par A izdarītiem administratīvajiem pārkāpumiem.

No šiem faktiem rajona tiesa secinājusi, ka A psihiskās veselības stāvoklis nepasliktinās, bet viņas uzvedība ir stabilizējies. Psihiatra sniegto informāciju, ka A 2014.gadā trīs reizes ārstējusies psihiatriskajā slimnīcā (pēdējo reizi sakarā ar saindēšanos ar etiķi) rajona tiesa lēmumā vispār nav vērtējusi, kā arī par to nav pieprasījusi informāciju no psihiatriskās slimnīcas. Rajona tiesa savu lēmumu par ambMRPL atcelšanu nav pamatojusi ar ārsta speciālista atzinumu – tā vietā izmantojot tikai psihiatra sniegto informāciju par A. Pati A tiesas sēdē nav piedalījusies. Augstākā Tiesa konstatēja, ka ir lieta ir nosūtāma atkārtotai izskatīšanai, minēto pārkāpumu novēršanai. Augstākā Tiesa arī paskaidroja, ka ārsta speciālista atzinumam KL 69.panta izpratnē jāsaturs slēdzienu par personas psihiskās veselības stāvokli, uz kura pamata tiesa var izlemt jautājumu par piemērotā MRPL izbeigšanu vai grozīšanu<sup>278</sup>.

Citā lietā pirmās instances tiesa, pieņemot lēmumu par MRPL atcelšanu, atzinusi, ka personas S veselības stāvoklis ir mainījies tiktāl, ka viņa vairs nav bīstama sabiedrībai. Savu secinājumu tiesa pamatojusi ar:

- a. ārsta speciālista sniegto informāciju, ka persona psihiatru apmeklē ļoti reti (pretēji tiesas noteiktam apmeklēt ne retāk kā reizi mēnesī!) un var piedalīties tiesas sēdē;
- b. S pārstāves paskaidrojumiem, ka viņai nav ziņu par S pieļautajiem administratīvajiem pārkāpumiem vai noziedzīgajiem nodarījumiem.

Tiesa ignorējusi, ka S pēdējā gada laikā ir vairākkārt ārstējusies stacionārā, dzīvesvietā nav sastopama un pārstāve ar S ilgstoši nav komunicējusi, uz tiesas sēdi S neieradās nenoskaidrotu iemeslu dēļ. Tiesa psihiatra sniegto atbildi atkal nepamatoti noturējusi par atzinumu (lai gan tas nesaturēja informāciju par S veselības stāvokli, kas ir visnotaļ saprotami, ja jau persona psihiatru apmeklē reti), tiesa nav pārliecinājusies, vai un cik nozīmīgi S veselības stāvoklis ir uzlabojies, lai izdarītu secinājumus par medicīniska rakstura piespiedu

<sup>278</sup> SKK-0258-15 Augstākās Tiesas nolēmuma fragments, publiski nav pieejams.

līdzekļa atcelšanas pamatotību. Arī šajā lietā AT atzina, ka rajona tiesas lēmums ir nelikumīgs, ir atceļams un lieta nosūtāma jaunai izskatīšanai pirmās instances tiesā<sup>279</sup>.

Abās lietās tiesas ignorē stacionārās ārstēšanas etapus – it kā tie neveidotu ārstēšanas procesa nepārtrauktību (kā norādīja VM savā uzziņā – nepārtrauktība ir būtiska pacienta veselības un sabiedrības drošības interesēs, uzziņu skat pielikumos).

Darba autore analizē lietu, kurā viņa īsu brīdi bija personas ārstējošais ārsts: Persona Z., vīrietis, ap 40 gadiem, vidēji smagi garīgi atpalicis (mentālais vecums atbils 6. – 9.gadus vecā bērna psihei, autora piezīme), bet fiziski spēcīgs un veselīgs, ar invaliditāti psihiskās saslimšanas dēļ kopš bērnības, dzīvo sociālās aprūpes iestādē (“pansionātā” – autores piezīme), kur tiek raksturots kā nesaticīgs, zaglīgs (zog no pārējiem iemītniekiem un personāla), dusmu lēkmju laikā agresīvs pret personālu. Regulāri saņem medikamentus, ko viņam nozīmē psihiatrs. Bieži patvaļīgi atstāj pensionāta teritoriju, lieto alkoholu, klaiņo, ierodas lielpilsētā; viņu aiztur policijas darbinieki. Kārtējo reizi atstājot pensionātu 2016.g. nogalē Z no veikaliem iznesa alkoholiskus dzērienus, piedraudot kasieri (nodarījuma objektīvā puse atbilst KL 176.panta 1.daļā un 180.panta 1.daļā minētajam), tika ierosināta krimināllieta.

Ar Talsu rajona tiesas 2017.g. (rudenī) lēmumu Z atzīts par nepieskaitāmu, **atbrīvots no kriminālatbildības**, viņam noteikts MRPL – ārstēšana vispārējā tipa nodaļā. Ar Kurzemes rajona tiesas 2018.g. (ziemas beigas) lēmumu nolemts turpināt minēto MRPL. Kopumā psihiatriskā stacionārā Z pavadīja aptuveni 500 dienas. Atkārtoti rakstīja iesniegumus, lūdzot viņam piešķirt sociālo dzīvokli – uzskatīja, ka tad tikšot atcelts MRPL. Ļoti pakāpeniski (uz masīvas ārstēšanas fona) mainījās konflikti, sācis palīdzēt personālam nodaļas uzkopšanas darbos. Kurzemes rajona tiesas Talsos 2019.g. pavasarī slēgtā tiesas sēdē skatīja lietu par MRPL turpināšanu; tika ņemts vērā slimnīcas ārstu konsilija atzinums - pacients līdzsvarots, impulsivitāte mazinājusies, **sociālā bīstamība zudusi**, ir daļēja kritika un izpratne par medikamentu lietošanas nepieciešamību. Par cik pacients viegli pakļaujas citu ietekmei, viņam ir kontrindicēts saņemt sociālās aprūpes pakalpojumu iestādē personām ar smagiem garīga rakstura traucējumiem, rekomendēts turpināt ārstēšanu Aknītes psihoneiroloģiskā slimnīcā (slimnīca ilgstoši garīgi slimojošu, terapeitiski rezistentu pacientu ārstēšanai un rehabilitācijai – autora piezīme). Ārstu konsīlijs lūdza tiesu personai atcelt MRPL, kas arī tika darīts. Izrakstoties uz Aknīstes slimnīcu, pacients aprakstīts sekojoši: nezin datumu, domāšana konkrēta, neproduktīva, nespēj analizēt savu rīcību un uzvedību. Haotisks, primitīvs, infantils. Sociāli dezadaptēts, nespēj plānot savu dienu un pieturēties pie režīma, rīkojas primitīvo dziņu vadīts, neizprot medikamentu lietošanas nepieciešamību. Aknīstes slimnīcā, ārstējoties

<sup>279</sup> Augstākās tiesas spriedums lietā SKK-0256-15, publiski nav pieejams.

uz brīvprātības pamata, Z pavadīja 4 mēnešus un 2019.gada vasaras vidū izrakstīts “uz mājām”. Drīz vien atkal nokļuvis lielpilsētā un bija stacionēts no policijas iecirkņa – lūdzis policijas darbiniekiem aizvest viņu “uz skolu, lai mācītos”. Pēc paša vārdiem, pēc Aknīstes slimnīcas dzīvoja pie tēva – dzērāja, kurš drīzumā viņu izdzinis. Pansionātā Z atgriezies nevēlējās. Slimnīcā pavadīja 36 dienas, uzrakstīja iesniegumu, ka vēlas iestāties rindā uz citu pansionātu (pie kam savā iesniegumā aicināja arī ārstējošo ārsti pēc iespējas ātrāk viņam pievienoties); izrakstīts, jo vēlējās rindu pansionātā (kura var ilgt vairākus gadus, autore piezīme) sagaidīt pie paziņām. 2019./2020. gadu mijā atkal nonācis slimnīcā – pie skolas uzplijies zēniem, rādījis erotiskus žurnālus, sekojis viņiem, piedāvāja naudu par seksu. Nodaļā pacients vaļsirdīgi stāstīja, ka tiešām vēlējās veikt seksuāla rakstura darbības, bija pilnīgi nekritisks. Par cik pacientam nav pastāvīgas dzīves vietas, viņu konsultēja slimnīcas sociālā darbiniece un, atbilstoši pacienta vēlmēm, informēja viņu par iespēju saņemt sociālo pakalpojumu – grupu dzīvokli (tātad – dzīvot pansionātā personām ar smagiem psihiskiem traucējumiem persona nevar, bet grupu dzīvoklim piemērota!). Pēc mēneša dienām persona no stacionāra izrakstīta un darba autore viņu redzēja klīstam pa lielpilsētas ielām. 2020.gada februārī persona vērsusies pie darba autore kā pie ambulatora psihiatra ar lūgumu nosūtīt viņu uz slimnīcu, jo bija izbadējies.

Gadījums skaidri demonstrē, kā MRPL izbeigšana negatīvi ietekmējusi sabiedrības drošību – persona veikusi daudz svarīgākā objekta apdraudējumu (bērnu dzimumneaizskaramība). Tiesas veiktais sabiedriskās bīstamības novērtējums nebija adekvāts (uz to norāda pretrunas starp tiesai sniegtajām ziņām un personas stāvokli pie izrakstīšanas) – resp., personai nebija iestājušās noturīgas veselības stāvokļa izmaiņas, nebija iemeslu MRPL atcelšanai. Gadījums demonstrē arī sadarbības trūkumu starp sociālo dienestu, pansionātu un stacionāra ārstiem, aprūpējot personu ar smagiem noturīgiem lemtspējas trūkumiem. Nevienā no “brīvprātīgiem” stacionēšanas gadījumiem netika apšaubīta personas spēja sniegt informētu piekrišanu stacionēšanai psihiatriskā stacionārā, nebija lūgts iesaistīties tiesai un ārstēt personu atbilstoši ĀL 68.pantam, kas demonstrē vienu no biežākiem cilvēktiesību pārkāpumiem psihiatrijā (uz kuru norādīja CPT savas vizītes laikā Strenču PS<sup>280</sup>).

Arī ārzemju literatūras dati apstiprina - lai gan sabiedriskā bīstamība ir tiesisks jēdziens, bet tas balstās klīniskajā novērtējumā<sup>281</sup>, ko tiesa uzzina, formulējot savus jautājumus; piemēram, Vācijā jautājumu klāsts, ko tiesa uzdod tiesu psihiatrijas ekspertam ir visnotaļ stabils un (nepieskaitamības gadījumā) tie būtu: Vai personai ir kāda klīniska

<sup>280</sup> CPT ziņojums par Latviju

<sup>281</sup> [ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6818440/](https://ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6818440/)

Rowlands, M. T., Palk, G., & Young, R. M. (2017). Psychological and Legal Aspects of Dangerous Sex Offenders: A Review of the Literature. *Psychiatry, psychology, and law : an interdisciplinary journal of the Australian and New Zealand Association of Psychiatry, Psychology and Law*, 24(6), 812–824.

diagnoze? Ja ir, vai pastāv krimināllikumā minētie kritēriji? Ja atbilde uz iepriekšējiem diviem jautājumiem ir apstiprinoša, vai personai pastāv atkārtoto likuma pārkāpumu risks viņas traucējumu dēļ?<sup>282</sup>.

Novērtējot personas sabiedrisku bīstamību tiesas laikā (par MRPL noteikšanu, turpināšanu, grozīšanu vai atcelšanu) juristam (tiesnesim, prokuroram, advokātam, etc) tiek rekomendēts uzdot vismaz trīs jautājumus ārstam, kurš novērtēja risku (ka tiesu psihiatrijas eksperts vai kā ārsts speciālists): Vai riska novērtēšana notika ar instrumentu, kurš ir piemērots konkrētam indivīdam vai tas ir tikai klīniskais novērtējums, balstīts empīriskos novērojumos? Kāda datu ievākšanas metode tika pielietota, lai novērtētu risku un izdarītu prognozi? Kāda ir slēdziena vērtība un uzticamība (angl *liability and validity*)? Visaugstākā vērtība, acīmredzot, ir abu metožu kombinācijai<sup>283</sup> (klīnisko novērtējumu pastiprināt ar objektīvu instrumentu).

Latvijā klīniskā riska novērtējuma datus tiesa visbiežāk uzzina no no ārsta speciālista vai ārstu konsilija atzinuma (MRPL turpinot, grozot, izbeidzot), retāk – no tiesu eksperta atzinuma vai uzklusot ārstus tiesas laikā.

#### **4.1. Medicīniska rakstura piespiedu līdzekļa grozīšana, atcelšana**

S.Bebre raksta: “Faktiski, katra nākamā jautājuma izskatīšana par MRPL grozīšanu vai atcelšanu ir kā sākotnējā lietas izskatīšana...”<sup>284</sup>.

Tiesa, pirmo reizi nosakot MRPL, balstās uz tiesu eksperta atzinumu – apstiprinātās objektīvās tiesu medicīniskās ekspertīzes metodikās balstītu (pierādījums, atbilstoši KPL 132.pantam). Bet turpinot vai grozot MRPL – uz ārsta vai konsilija (ja tādu iespējams sasaukt) viedokli (klīniskā novērtējumā un empīriskās zināšanās balstītu)<sup>285</sup>, <sup>286</sup>, kura vērtību un objektivitāti CPT ieskatā pavājina ar iestādi nesaistīto ekspertu trūkums.

Tik nevienlīdzīgu pieeju varētu uzskatīt par krimināltiesību vienlīdzības principa pārkāpumu.

Lemjot par ambMRPL noteikšanu, netiek vērts galvenais aspekts, kas tiek medicīnā (piem., infektoloģijā) pielietots, nosakot režīmu (mājas vai stacionārs) – vai ir iespējams ārstēšanu nodrošināt mājas apstākļos? Nevis vai tā būtu iespējama, pieejama un sniegs atveseļošanos, bet vai pacients spēj pats sevi padzirdīt, izmērīt sev temperatūru, lietot zāles,

<sup>282</sup> Forensic Psychiatry: Clinical, Legal and Ethical Issues, 2nd Edition, John Gunn, Pamela Taylor, p.1308.

<sup>283</sup> John Parry, Criminal Mental Health and Disability Law, Evidence and Testimony: A Comprehensive Reference Manual for Lawyers, Judges, and Criminal Justice Professionals, American Bar Association, 2009, 462, lpp 366.

<sup>284</sup> S.Bebre Ieilgušās problēmas

<sup>285</sup> Kriminālprocesa likums. Latvijas Vēstnesis, 74, 11.05.2005. 608.pants. Medicīniska rakstura piespiedu līdzekļu atcelšanas vai grozīšanas kārtība (1) Jautājumu par medicīniska rakstura piespiedu līdzekļa atcelšanu vai grozīšanu 14 dienu laikā no ārsta speciālista vai ārstu konsilija, vai tiesu psihiatrijas eksperta atzinuma saņemšanas dienas izlemj pirmās instances tiesa, kuras kontrolē ir lēmuma izpilde.

<sup>286</sup> Ārzemēs šajos gadījumos ir gan bieži paredzēts t.s. otrais viedoklis

atnākt uz kontroles vizīti un ievēros epidemioloģiskās drošības pasākumus, vai mājās ir kāds, kurš veiks pārsiešanas, nopirks zāles, etc. Šis princips nostiprināts Epidemioloģiskās drošības likumā<sup>287</sup>. Pēc darba autores domām, ir liela līdzība ar MRPL - tikai infekciju slimību gadījumā šie pasākumi ir īslaicīgi, bet ambMRPL var ilgt gadiem. Nedaudz pārfrazējot, no šī likuma var aizņemties **kritērijus** (no 21.panta “Nosacījumi izolēšanai ārstniecības iestādē”), **pie kuriem ir nozīmējama ambMRL**:

- a) ja persona pakļaujas ārstniecības personas norādījumiem attiecībā uz ārstēšanu un noteiktā režīma ievērošanu;
- b) ja persona ir spējīga izpildīt ārstniecības personas norādījumus pilnā apjomā;
- c) ja personas dzīvesvietā ir iespējams ārstēšanas laikā nodrošināt nepieciešamos apstākļus.

Pēc darba autores domām, lai lemtu par ambMRPL piemērošanu, tiesai būtu jāvērtē personas lemtspēja – spēja patstāvīgi rūpēties par savu veselību un izpratne par slimību.

Latvija ir viena no pirmajām Eiropas valstīm, kura attiecās no pilnīgas rīcībspēju atņemšanas prakses<sup>288</sup> un šobrīd saskaņā ar Civillikuma 356.<sup>1</sup> pantu neviens nav ierobežojams personiskajās nemantiskajās tiesībās. ANO Invalīdu Tiesību Komiteja, atsaucoties uz Personu ar invaliditāti tiesību Konvenciju, rekomendēja Latvijai izveidot un ieviest atbalstītās lemtspējas institūtu<sup>289</sup>, kas tā arī netika izdarīts. Līdz ar to šobrīd nav nevienas valsts iestādes, kura varētu uzņemties nodrošināt personas tiesību un brīvību ierobežojumu ambMRPL laikā; nav izstrādāts atbalstītās lemtspējas mehānisms personām ar noturīgiem lemtspējas trūkumiem - tāpēc ambMRPL gadījumā var cerēt tikai uz personas brīvo gribu un viņas vēlmi aktīvi un brīvprātīgu pildīt MRPL. Šobrīd ambMRPL ir jāpiemēro tikai lemtspējīgām personām, ja ambulatoriskās ārstēšanas plāna pasākumus var nodrošināt un realizēt ambulatorā ārstniecības iestādē. AmbMRPL piemērošana personai ar būtiskiem lemtspējas trūkumiem ir atsevišķa pētījuma un regulējuma ieviešanas vērts jautājums.

## **4.2. Medicīniska rakstura piespiedu līdzekļa grozīšana uz vairāk ierobežojošu**

<sup>287</sup> Epidemioloģiskās drošības likums. Latvijas Vēstnesis, 342/345, 30.12.1997. 21.pants. Nosacījumi izolēšanai ārstniecības iestādē, c) personas dzīvesvietā nav iespējams ārstēšanas laikā nodrošināt nepieciešamos apstākļus, lai nepieļautu citu personu inficēšanos.

<sup>288</sup> Turnpenny, Agnes & Petri, Gabor & Finn, Ailbhe & Beadle-Brown, Julie & Nyman, Maria. (2018). Mapping and Understanding Exclusion - Institutional, coercive and community-based services and practices across Europe. Pieejams <https://mhe-sme.org/wp-content/uploads/2018/01/Mapping-and-Understanding-Exclusion-in-Europe.pdf>, skatīts 16.04.2020.

<sup>289</sup> Комитет по правам инвалидов, Заключительные замечания по первоначальному докладу Латвии, Приняты Комитетом на его восемнадцатой сессии (14–31 августа 2017 года). [tbinternet.ohchr.org/\\_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CRPD%2fC%2fLVA%2fCO%2f1&Lang=ne](http://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CRPD%2fC%2fLVA%2fCO%2f1&Lang=ne), skatīts 16.04.2020.



Runājot par MRPL grozīšanu uz vairāk ierobežojošu – diplomdarba kontekstā tas nozīmē ambMRPL grozīšanu uz MRPL stacionārā (reti – stacionārā ar apsardzi). Atšķirībā no ārzemēm, kur pārsvarā ārstam ir tiesības operatīvi atgriezt personu stacionārā (angl “*to recall*”), nesagaidot paasinājumu, Latvijā ambMRPL tiek pārtraukts gadījumā, kad pacientam ir nepieciešama ārstēšana slimnīcas apstākļos un palīdzība tiek sniegta ĀL kārtībā. Bieži vien ne ārsts slimnīcā nezina par ambMRPL, nedz ārsts ambulatorijā ir informēts par stacionāra ārstēšanas epizodi.

Faktiski, ārzemēs (Somija, Francija, Vācija) piespiedu ārstēšanas process ir nepārtraukts – režīms (stacionārs vai ambulators) mainās atkarībā no personas veselības stāvokļa<sup>290</sup>. Bet Latvijā pacienta stāvoklim pasliktinoties, ambMRPL tiek pārtraukts – stacionārā persona nevar pildīt sava ambulatorā psihiatra rekomendācijas; stacionārās ārstēšanas faktu Latvijas tiesas mēdz ignorēt, skatot lietas par MRPL atcelšanu (skat lietas A un S). Izrakstoties no stacionāra, netiek veikta atkārtota risku izvērtēšana, netiek analizēti paasinājuma iemesli, indikācijas ambMRPL grozīšanai (vai konkrētai personai noteikts ambMRPL saturs ir efektīvs?). Saskaņā ar KPL 608. pantā noteikto, jautājums par MRPL grozīšanu tiesai jāizlemj 14 dienu laikā (kas ir bieži vien īsts izaicinājums tiesai<sup>291</sup>). Jāsaka, ka 14 dienas ir ļoti ilgs laiks psihisko traucējumu gadījumos un šī likuma norma nav paredzēta operatīvai situācijas atrisināšanai – ambMRPL grozīšanai uz stacionāro psihiskā stāvokļa pasliktināšanas gadījumā. Un ĀL šajā gadījumā nevar kompensēt ārstēšanas pārtraukšanas radītas briesmas – atbilstoši ĀL 68.panta 1.daļai stacionēšana ir iespējama tikai *post factum*: piem., kad persona ir draudējusi vai draud, centusies vai cenšas nodarīt sev vai citai personai miesas bojājumus vai ir izturējusies vai izturas varmācīgi pret citām personām. Tas demonstrē būtisku atšķirību no ārzemju prakses, kad personas atgriešanu slimnīcā var ātri nodrošināt, nesagaidot atkārtotu nodarījumu vai smagu paasinājumu<sup>292</sup>.

Līdz ar to Latvijā nav iespējams personu ambMRPL ne vien piespiedu ārstēt, bet arī operatīvi grozīt MRPL uz vairāk ierobežojošu, kas viennozīmīgi pakļauj sabiedrību atkārtotu nodarījumu riskiem (kad parādās ĀL 68.panta kritēriji), neļauj sasniegt MRPL regulējošo tiesību normu mērķi.

**Tātad** – Latvijā, atšķirībā no ārzemēm, nepastāv būtiska ambulatorās piespiedu ārstēšanas regulējuma sastāvdaļa, kura nodrošina ārstēšanas nepārtrauktību un sabiedrības drošību: proti, iespēja personu ātri atgriezt stacionārā nelīdzestības gadījumā.

### **4.3. Medicīniska rakstura piespiedu līdzekļa atcelšana**

<sup>290</sup> <http://www.krim.dk/undersider/straffuldbyrdelse/forvaring/psykisk-afvigende-indsatte-placering-europa-eu2006.pdf>

<sup>291</sup> Tiesu prakse, Judins, 41.lpp

<sup>292</sup> JohnDawson (2007) Psychiatry, 6, 42-44,

Factors influencing the rate of use of community treatment orders

Mag. iur. R. Strumbergs raksta: “Pārsvārā gadījumu uz tiesas sēdi neierodas pati persona, kurai ir ticis noteikts MRPL, ārstējoties ambulatori, kas ir pamats tiesas nespējai lietu izskatīt KPL noteiktajos termiņos. Taču, autora ieskatā, šādos gadījumos būtu lemjams jautājums par to, vai personas klātbūtne ir obligāta, kad medicīnas iestāde ir sniegusi atzinumu par MRPL atcelšanu.<sup>293</sup>”

Pārsteidz tik pēkšņa vieglprātīga paļaušanās uz ārstu viedokli. Jo MRPL atcelšana ir ne mazāk svarīgs solis, kā to nozīmēšana – uz bikts ir sabiedrības un paša pacienta drošība. Te atkal jāatgriežas pie psihiatrijas vēstures – pirms kļuva pieejama efektīva ārstēšana (insulīna komas un elektrokonvulsīvā terapija), risinot jautājumu par sabiedrisko bīstamību, novērtēja stabilas izmaiņas (psihiskās saslimšanas beigu fāzi vai citu traucējumu pievienošanos – sakarā ar vecumu, blakussaslimšanām), sabiedriski bīstamie izārstējamie pacienti slimnīcās atradās vēl 2 gadus pēc simptomu izzušanas un slimības paasinājuma risks bija niecīgs, ārstu slēdziens, ka sabiedriskā bīstamība ir zudusi, veselības stāvoklis ir stabili izmainījies, bija diezgan drošs<sup>294</sup>. Mūsdienās – novērtē ārstēšanas rezultātu, kurš ir nenoturīgs un no medikamentu saņemšanas atkarīgs. Latvijā netiek izmantoti personas agresijas riska izvērtēšanas instrumenti, novērtējums balstās tikai klīniskā vērtējumā. Saskaņā ar Eiropas vadlīnijām tāda nestrukturēta novērtēšana ir lielā mērā subjektīva un uzrāda vāju spēju paredzēt<sup>295</sup>.

Mg. iur. [Raivis Stumbergs](#) savā rakstā min, ka personām, kurām tiek atcelts MRPL, bet joprojām ir nepieciešama regulāra psihiatriska palīdzība un aprūpe, tā varot tikt nodrošināta pēc ĀL (brīvprātīgi, bet krīzes gadījumā – pēc 68.panta)<sup>296</sup>. Šo viedokli savulaik paudis A.Judins<sup>297</sup>. Respektīvi, juristu apziņā ĀL 68.pants ir kā tāds “plāns B” gadījumiem, ja personai tomēr būs psihiskās saslimšanas paasinājums. Jāsaka, ka ĀL 68.p. paredz tikai stacionāru palīdzību gadījumos, kad ir steidzami nepieciešama ārstēšana (nevis aprūpe) – tāpat, pacienti ar garīgu atpalcību, demenci, sekām pēc smadzeņu bojājuma, lai gan formāli var būt bezpalīdzīgi, nav šī panta subjekti. Skat arī darba autores aprakstītu Z lietu.

Atceļot MRPL, tiesai būtu jārod atbilde uz jautājumu vai “personas veselības stāvoklis ir mainījies tik tālu, ka tā vairs nav bīstama” vai jākonstatē izveseļošanās. Mūsdienās diezgan

---

<sup>293</sup> Stumbergs R. Medicīniska rakstura piespiedu līdzekļa piemērošana un turpināšana kriminālprocesā. Jurista Vārds, 05.12.2017., Nr. 50 (1004), 17.-23.lpp.

<sup>294</sup> Уложение о наказаниях уголовных и исправительных 1845, Ст 95, Приложение IV, с 101. [http://pravo.by/upload/pdf/krim-pravo/ulogenie\\_o\\_nakazaniyah\\_ugolovnih\\_i\\_ispravitelnih\\_1845\\_goda.pdf](http://pravo.by/upload/pdf/krim-pravo/ulogenie_o_nakazaniyah_ugolovnih_i_ispravitelnih_1845_goda.pdf)

<sup>295</sup> Birgit A. Völlma, Martin Clarke, Vicenç Tort Herrandoc, Allan O. Seppänen, Paweł Goseke, Janusz Heitzmane, Erik Bulten, European Psychiatric Association (EPA) guidance on forensic psychiatry: Evidence based assessment and treatment of mentally disordered offenders, European Psychiatry 51, June 2018, pp. 58-73

<sup>296</sup> Stumbergs R. Medicīniska rakstura piespiedu līdzekļa piemērošana un turpināšana kriminālprocesā. Jurista Vārds, 05.12.2017., Nr. 50 (1004), 17.-23.lpp.

<sup>297</sup> Judins, Latvijas Republikas Augstākās Tiesas Biļetens, Nr 3/2011. Dr.iur. Andrejs Judins. Aktualitātes medicīniska rakstura piespiedu līdzekļu piemērošanā, 34. – 38.

ātri var panākt uzvedības sakārtošanos un šķietamu uzlabošanos - kā var redzēt no *Ahmed v Stefaniu* un dr.Šišlova lietas u.c. – atceļot medikamentus, stāvoklis bieži vien ātri paasinās, sabiedriskā bīstamība atjaunojas. Atceļot MRPL, tiesai jāgūst pārliecība, ka tāds efekts saglabāsies ilgtermiņā. Darba autores ieskatā tiesa var izmantot A.Judina formulu (“kāds ir risks, ka persona, nesaņemot tai nepieciešamo psihiatrisko aprūpi, veiks darbības, kas apdraudēs citu cilvēku, sabiedrības intereses, kā arī viņu pašu?”) ar papildinājumu: “vai personas veselības stāvoklis ir stabili izmainījies un vairs nav tieši atkarīgs no MRPL gaitā saņemtās ārstēšanas/zāļu regulāras ieņemšanas, citiem pasākumiem?”.

## 5. PIESPIEDU PSIHIASTRISKĀS ĀRSTĒŠANAS STARPTAUTISKS REGULĒJUMS UN PRAKSE

### 5.1. Starptautisks regulējums

ANO konvencijas, kas attiecas uz tiesu psihiatriju ir: Starptautiskais pakts par pilsoniskajām un politiskajām tiesībām (*International Covenant on Civil and Political Rights*, 1966), Konvencija pret spīdzināšanu un citiem nežēlīgiem, necilvēcīgiem vai cieņu pazemojošiem apiešanās un sodīšanas veidiem (*UN Convention against Torture*, 1984), Konvencija par personu ar invaliditāti tiesībām (*UN Disability Convention*, 2006). Atbilstoši ANO ieslodzīto aprūpes standartiem ir vēlams, lai pēc soda izciešanas brīvības atņemšanas vietā psihiski slimās personas apūpi un uzraudzību uzņemots sociālpsihiatriska iestāde (*socialpsychiatric after-care*)<sup>298</sup>. 1989.gadā ANO Ģenerālasambleja apstiprināja Personu ar psihiskām saslimšanām aizsardzības un psihiatriskās aprūpes uzlabošanas standartus (*the Principles for The Protection of Persons with Mental Illnesses and The Improvement of Mental Health Care*), kur detaļās formulēja psihiski slimo personu tiesības – princips Nr 20. attiecas uz personām, kuras ir veikušas sabiedriski kaitīgu nodarījumu un ir vai iespējams ka ir psihiski slimas. Šie principi nosaka ķirurģisko procedūru standartus (piem., nosaka, ka sterilizācija nedrīkst būt psihisko traucējumu veids; ka pacients, kurš ārstējas nebrīvprātīgi, nedrīkst saņemt nekādu ārstēšanu ar neatgriezeniskām sekām – psihiatrijā tas ir ļoti diskutabls jautājums, jo neiroleptiķi gan spēj ilgstoši izdalīties no organisma, gan spēj radīt neatgriezeniskus smadzeņu struktūru bojājumus). Vēlāk pieņemtie t.s. Tokijas noteikumi norāda uz psihiski slimo noziedznieku rehabilitācijas un viņu sabiedrībā integrācijas nepieciešamību, kā arī uz tādu mēru attīstību un pielietošanu, kuri nav saistīti ar brīvības atņemšanu<sup>299</sup>.

Īpaša uzmanība psihiski slimo jautājumam Eiropā tika pievērsta 1983.gadā, kad Eiropas Padomes Ministru Kabinets pieņēma Rekomendācijas par nebrīvprātīgi stacionētiem/ievietotiem pacientiem (*Recommendation Concerning the Legal Protection of Persons Suffering from Mental Disorder Placed as Involuntary Patients*) – rekomendācija skar arī jautājumus par krimināltiesībās paredzētos gadījumos hospitalizēto (*patients who were placed following criminal proceedings*) pacientu ārstēšanu, rīcībspēju/lemtspēju (*legal*

<sup>298</sup> The Standard Minimum Rules for the Treatment of Prisoners B. Insane and mentally abnormal prisoners, Adopted by the First United Nations Congress on the Prevention of Crime and the Treatment of Offenders, held at Geneva in 1955, and approved by the Economic and Social Council by its resolutions 663 C (XXIV) of 31 July 1957 and 2076 (LXII) of 13 May 1977, pieejams [https://www.unodc.org/pdf/criminal\\_justice/UN\\_Standard\\_Minimum\\_Rules\\_for\\_the\\_Treatment\\_of\\_Prisoners.pdf](https://www.unodc.org/pdf/criminal_justice/UN_Standard_Minimum_Rules_for_the_Treatment_of_Prisoners.pdf), aplūkots 07.04.2020.

<sup>299</sup> United Nations Standard Minimum Rules for Non-custodial Measures (The Tokyo Rules) Adopted by General Assembly resolution 45/110 of 14 December 1990, pieejams <https://www.ohchr.org/Documents/ProfessionalInterest/tokyorules.pdf>, skatīts 07.04.2020.

capacity) un cieņu. Eiropas cietumu noteikumi (*European Prison Rules* (1987) arī nosaka, ka psihiski slimās personas jāārstē piemērotos apstākļos, nevis cietumā. Vēlāk, 1994.gadā Parlamenta Asambleja publicēja Rekomendācijas 1235 (*Recommendation 1235 on Psychiatry and Human Rights*) – par piespiedu stacionēšanu (*compulsory admission*), neizdalot atsevišķi stacionēšanu zem krimināllikumā (*no special distinction is made between mentally ill persons admitted under civil law and those admitted following criminal proceedings*).

Palīgā retroaktīvam ECHR mehānismam (kurš konstatē Konvencijas pārkāpumus *post factum*), 1987. gadā tika radīts proaktīvs mehānisms, ar ko stiprināt to personu tiesības, kurām ir atņemta brīvība – tika radīta Eiropas Padomes Eiropas Komiteja spīdzināšanas un necilvēcīgas vai pazemojošas rīcības vai soda novēršanai (CPT), lai monitorētu attiecīgu jautājumu Eiropas Padomes valstīs vietās, kur cilvēkiem ir atņemta brīvība (policijas iecirkņi, cietumi un psihiatriskās slimnīcas). Regulāro vizīšu rezultātā tapa ziņojumi (tostarp arī par Latviju) un aprūpes standarti – lai gan tie nav dalībvalstīm saistoši, tie kalpo kā detalizēti izstrādāts mērinstruments šo iestāžu objektīvai monitorēšanai. Laika gaitā CPT kļuva par “faktu atradēju” priekš ECHR (angl *“fact finder” for the ECHR*).

Vispasaules Veselības Organizācija (WHO) ieteica, ka personām ar psihiskiem traucējumiem jānodrošina vismazāk ierobežojoša veselības aprūpe, to ir sevišķi svarīgi nodrošināt ar tiesiskiem instrumentiem un infrastruktūru, lai atbalstītu sabiedrībā balstītus pakalpojumus<sup>300</sup>. Kā rezultātā vairākās pasaules valstīs bija radīts tiesisks regulējums – t.s. angl *community treatment orders* (CTO) – personām, kas tika atzītas par bīstamiem sev vai apkārtējiem<sup>301</sup>.

2000.gadā Eiropas Padome publicēja “Balto Grāmatu” par nebrīvprātīgi stacionēto psihiski slimo personu cilvēktiesību un cieņas aizsardzību (*White Paper on the Protection of Human Rights and Dignity of People Suffering from Mental Disorder Especially Those Placed as Involuntary Patients in A Psychiatric Establishment (civil detention as well as detention in the context of offending)*) – dokuments apraksta lomas un standartus visās iesaistītām pusēm (policija, tiesa, cietumi, medicīnas eksperti). **Dokuments pasvītro, ka dalībvalstīm jānodrošina attiecīgā līmeņa hospitalizācijas iespējas un sabiedrībā balstītas (ambulatoras) tiesu psihiatriskās iestādes** (autora izcēlums).

Latvijai saistoši starptautiski dokumenti ir: Eiropas Cilvēktiesību un pamatbrīvību aizsardzības konvencijā (turpmāk - Konvencija); Apvienoto Nāciju Organizācijas (ANO) Starptautiskajā paktā par pilsoniskajām un politiskajām tiesībām; ANO Konvencijā par

<sup>300</sup> World Health Organization. Mental Health Care Law. Geneva: Ten Basic Principles; 1996. [http://www.who.int/mental\\_health/media/en/75.pdf](http://www.who.int/mental_health/media/en/75.pdf). Accessed 12 Jan 2016.

<sup>301</sup> Dawson, S., Lawn, S., Simpson, A., & Muir-Cochrane, E. (2016). Care planning for consumers on community treatment orders: an integrative literature review. *BMC psychiatry*, 16(1), 394. <https://doi.org/10.1186/s12888-016-1107-z>

personu ar invaliditāti tiesībām; Eiropas Padomes Konvencijā par cilvēktiesībām un biomedicīnu, Eiropas Savienības Pamattiesību harta.

Tāpat ANO un Eiropas Padome ir pieņēmušas vairākas rekomendācijas un principus, kuri arī attiecas uz piespiedu ārstēšanu: Eiropas padomes rekomendāciju Nr. REC (2004) par administratīvo aktu skatīšanu tiesā; Attiecībā uz personu ar garīga rakstura traucējumiem cilvēktiesību un cieņas aizsardzību (2004); ANO principus personu ar garīga rakstura traucējumiem aizsardzībai (1991).

Latvijā psihiatriskās palīdzības sniegšana balstās arī Pasaules Psihiatru asociācijas ētikas deklarācijas pamatprincipos; Havajas deklarācijā 1977.g. un Madrides deklarācijā 1996.g. ar papildinājumiem, kas regulē ētiskos un praktisko aspektus psihiatra, pacienta, sabiedrības un dažādu citu struktūru savstarpējo sadarbību<sup>302</sup>.

Latvija ir viena no deinstitucionalizācijas līderēm: periodā 1993. – 2011.g. valsts uz pusi samazināja psihiatrijas gultu vietu skaitu, sabiedrībā balstīto psihiatrisko un sociālo pakalpojumu tīkls tā arī netika pilnvērtīgi attīstīts un 2015.gadā šizofrēnijas slimnieku hospitalizācijas skaits gadā uz 1000 iedzīvotājiem Latvijā trīs reizes pārsniedz šo rādītāju kaimiņvalstīs<sup>303</sup>.

## 5.2. Piespiedu psihiatriskās ārstēšanas pasaules prakse

Neskatoties uz ANO aicinājumiem sekot Konvencijas par Personu ar invaliditāti tiesībām principiem un pilnībā atteikties no piespiešanas, pārejot uz atbalstītu lemtspēju<sup>304</sup>, piespiešana psihiatrijā tiek pielietota dažādās iestādēs, ne tikai slimnīcās – sabiedrībā balstītajos psihiatriskās iestādēs, pansionātos: kā piespiedu mēri pēc tiesas lēmuma (angl *compulsory intervention* - ārstēšana ar medikamentiem, nogādāšana uz ārstniecības iestādi, stacionēšana – autora paskaidrojums) un arī kā draudi (*coersion*) no piespiedu hospitalizācijas (angl *threatened with civil commitment*), draudi tikt izliktam no pansionāta vai draudiem liegt pieeju citiem pakalpojumiem nelīdzestības gadījumā<sup>305</sup>; vēl viens piespiešanas veids – pierunāšana (angl *persuasion*) bilansē uz ētikas un likuma robežas.

Attīstītās pasaules valstīs 20.gs. otrā pusē – līdz ar moderno medikamentu ieviešanu un attīstoties deinstitucionalizācijai - par vadošu ideoloģiju attiecībā uz pacientiem ar

<sup>302</sup> Rekomendācijas Psihiatrisku pacientu terapijā, 2013.g. [https://white-medicine.com/files/books/PSIHO\\_block\\_PRINT.pdf](https://white-medicine.com/files/books/PSIHO_block_PRINT.pdf)

<sup>303</sup> Шмуклер Александр Борисович, Гурович Исаак Яковлевич, and Костюк Георгий Петрович. "Стационарная психиатрическая помощь: деинституционализация и ее последствия в странах Северной Америки и Европы" Социальная и клиническая психиатрия, vol. 26, no. 4, 2016, pp. 97-109.

<sup>304</sup> Without coercion – a concept for mental health care based on support only ----- Ohne Zwang – ein Konzept für eine ausschließlich unterstützende Psychiatrie, October 2019 Recht & Psychiatrie 37(4):203-209

<sup>305</sup> [https://socialequity.unimelb.edu.au/\\_data/assets/pdf\\_file/0012/2898525/Alternatives-to-Coercion-Literature-Review-Melbourne-Social-Equity-Institute.pdf](https://socialequity.unimelb.edu.au/_data/assets/pdf_file/0012/2898525/Alternatives-to-Coercion-Literature-Review-Melbourne-Social-Equity-Institute.pdf), Alternatives to Coercion in Mental Health Settings: A Literature Review Piers Gooding, Bernadette McSherry, Cath Roper, Flick Grey

smagiem un noturīgiem psihiskiem traucējumiem kļuva vismazāk ierobežojošās alternatīvas doktrīna<sup>306</sup>. Rezultātā kopš 1970iem gadiem plaši attīstījās t.s. sabiedrībā balstīti pakalpojumi un samazinājās stacionāro gultu skaits psihiatriskās slimnīcās. Tomēr efektīvi ārstēt pacientus, kuri ir pārkāpuši likumu, ar tām pašām metodēm, kā pārējus pacientus, izrādījās neiespējami: vienlaicīgi jāparedz ārstēšanas daļa tieši psihiskiem traucējumiem un jānovērš ar kriminālo uzvedību saistīti faktori<sup>307</sup>. Sekojot WHO rekomendācijām par sabiedrībā balstīto pakalpojumu attīstību, tika radīts jauns tiesisks regulējums – t.s. angl *community treatment orders* (CTO) – personām, kas tika atzītas par bīstamiem sev vai apkārtnējiem<sup>308</sup>. CTO ļauj pacientu ārstēt, neņemot vērā viņa gribu, lemtspēju un informēto piekrišanu. Organizējot šādus pakalpojumus (nosacījuma/uzraudzītas izrakstīšanu jeb angl *supervised discharges* un piespiedu ārstēšanu sabiedrībā jeb angl *compulsory treatment in the community*), tiek iesaistīti vairāki dienesti: viens pakalpojuma sniedzējs nodrošina mājokli, otrs – sociālu palīdzību, pabalstus, dienas aprūpes centra pakalpojumus, izglītību un atbalstītā darba iespējas, trešais (policija) – nodrošina sabiedrisko kārtību un ceturtais sniedz ārstēšanu (medikamentus, psihoterapiju – psihiatriskis un narkoloģisks dienests). Tagad daudzās valstīs tiesa, apstiprinot plānu CTO, pilnvaro speciālistu komandu sekot psihiski slimiem pacientiem sabiedrībā un ātri viņus hospitalizēt vajadzīgā brīdī (angl *to recall rapidly to hospital care*); atsevišķi tiesa apstiprina medikamentu lietošanas nepieciešamību. No pacientiem tiek prasīts, lai viņi pieņemtu ārstēšanu un apmeklētu ambulatorās konsultācijas. Viņu mājoklis var tikt kontrolēts, var tikt ierādīta pat noteikta dzīvesvieta (piem., aprūpes iestāde ar uzraudzību, medikamentu lietošanas kontroli un aizliegumu atstāt dzīves vietu bez uzraudzības<sup>309</sup>). Galvenais piespiešanas mehānisms ir ātra atgriešana stacionārā nelīdzestības gadījumā<sup>310</sup>. Šīs ambulatorās ārstēšanas veids tiek pielietots daudzās valstīs – Eiropā, ASV un Kanādā, Okeānijā, Japānā. Krievijas Federācijā par analogu varētu uzskatīt aktīvās dispanseru uzskaites praksi, kura uzrāda identiskus efektivitātes rādītājus<sup>311</sup> (kopš 1997.g. Krievijas

<sup>306</sup> Chih-Yuan Lin, M.D., Ethical Exploration of the Least Restrictive Alternative, *Psychiatric Services*, 2003, 54 (6), 866-870.

<sup>307</sup> Salize, H.J., Dreßing, H. Placement and Treatment of Mentally Ill Offenders – Legislation and Practice in EU Member States, Central Institute of Mental Health, Mannheim, 2005.

<sup>308</sup> Dawson, S., Lawn, S., Simpson, A., Muir-Cochrane, E. Care planning for consumers on community treatment orders: an integrative literature review. *BMC psychiatry*, 2016, 16(1), 394.

<sup>309</sup> Dawson, J., O'Reilly, R. Residence Conditions on Community Treatment Orders. *Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie*, 2015, 60(11), 523–527.

<sup>310</sup> Dawson, J. Factors influencing the rate of use of community treatment orders. *Psychiatry*, 2007, 6, 42-44.

<sup>311</sup> Макушкина, О.А., Полубинская, С.В. Внебольничная профилактика опасных действий лиц с психическими расстройствами в зарубежных странах и в России: формы и показатели эффективности. *Социальная и клиническая психиатрия*, 2019, т. 29 № 3. 94 – 101.

Kriminālkodeksā ir iekļauts jauns MRPL veids – piespiedu ambulatorā novērošanās un ārstēšana pie psihiatra<sup>312</sup>; padomju tradīcijās aktīvu dispansera uzskaiti regulē attiecīgas Veselības Aizsardzības Ministrijas un Iekšlietu Ministrijas pavēle un instrukcija<sup>313</sup>). ASV, Kanāda, Austrālija un Jaunzēlande izstrādāja tiesiskas vadlīnijas, kas regulē šo mēru piemērošanu<sup>314</sup>. Valstis turpina pilnveidot piespiedu psihiatriskās ārstēšanas regulējumu, vadoties pēc savām tradīcijām un faktiskās situācijas<sup>315</sup>; parasti stingrāki grozījumi tiek pieņemti pēc skaļiem traģiskiem notikumiem (homicīdiem vai pedofilijas gadījumiem)<sup>316</sup>.

Mūsdienās sabiedrībā balstītu tiesu psihiatrisko pakalpojumu standarti vēl tikai veidojas<sup>317</sup>, nesēn pirmo reizi tika publicētas Eiropas vadlīnijas<sup>318</sup>. Eiropā tiesu psihiatrijā ir pieņemta starpsoru pieeja – sadarbojoties profesionāļiem no dažādām struktūrām (medīkiem, policijai, sociālam dienestam): ar mērķi garantēt sabiedrības drošību, samazināt kaitējuma risku, ko pacients varētu radīt sev vai citiem, sadalīt lomas. Rezultātā tiek samazināts atkārtotu nodarījumu biežums, uzlabojas informācijas apmaiņa, tiek nodrošināta aprūpes nepārtrauktība. Šāda modeļa trūkumi ir konfidencialitātes pārkāpuma risks, iejaukšanās personas dzīvē un augstas izmaksas<sup>319</sup>.

**Tātad** – vairākās pasaules valstīs ambulatorās piespiedu ārstēšanas regulējums būtiski atšķiras no Latvijas regulējuma, paredzot dažādus piespiedu mērus (piespiedu nogādāšanu pie ārsta, atgriešanu slimnīcā, medikamentu lietošanu, dzīves vietas noteikšanu). Atšķirībā no Latvijas, kura piespiedu mēri ir iedalīti (stacionārs, stacionārs ar apsardzi, ambulatorija) un to

---

<sup>312</sup> Уголовный кодекс Российской Федерации, 13.06.1996 N 63-ФЗ, ст. 99, ч.1., п. «а». Pieejams <http://pravo.gov.ru/proxy/ips/?docbody&nd=102041891>, [skatīts 15.05.2020.]

<sup>313</sup> Приказ Минздрава РФ и МВД РФ от 30 апреля 1997 г. №133/269 «О мерах по предупреждению общественно опасных действий лиц, страдающих психическими расстройствами» с утвержденной им «Инструкцией об организации взаимодействия органов здравоохранения и органов внутренних дел Российской Федерации по предупреждению общественно опасных деяний лиц, страдающих психическими расстройствами»

<sup>314</sup> Cañete-Nicolás, C., Hernández-Viadel, M., Bellido-Rodríguez, C., Lera-Calatayud, G., Asensio-Pascual, P., Pérez-Prieto, J., Calabuig-Crespo, R., Leal-Cercós, C. Involuntary outpatient treatment (iot) for severe mental patients: current situation in Spain, *Actas Esp Psiquiatr* 2012;40(1):27-33.

<sup>315</sup> Seppänen, A., Joelsson, P., Ahlgren-Rimpiläinen, A., Repo-Tiihonen, E. Forensic psychiatry in Finland: an overview of past, present and future. *International journal of mental health systems*, 2020, 14, 29. Iegūts no <https://ijmhs.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13033-020-00362-x#citeas>, [skatīts 15.05.2020.]

<sup>316</sup> Nakatani Y, Hasuzawa S. Changing Forensic Mental Health in France: A Review. *Seishin Shinkeigaku Zasshi*. 2015;117(7):505-18.

<sup>317</sup> Standards for Community Forensic Mental Health Services Editors: Dr Jeremy Kenney-Herbert, Dr Mark Taylor, Dr Ramneesh Puri and Dr Jaspreet Phull CCQI147 April 2013, [http://www.antonioacasella.eu/archipsy/KENNEY-HERBERT\\_APR13.pdf](http://www.antonioacasella.eu/archipsy/KENNEY-HERBERT_APR13.pdf)

<sup>318</sup> Birgit A. Völlma, Martin Clarke, Vicenç Tort Herrandoc, Allan O. Seppänen, Paweł Goseke, Janusz Heitzmane, Erik Bulten, European Psychiatric Association (EPA) guidance on forensic psychiatry: Evidence based assessment and treatment of mentally disordered offenders, *European Psychiatry* 51, June 2018, pp. 58-73

<sup>319</sup> Forensic Psychiatry and Psychology in Europe: A Cross-Border Study Guide, lpp 151



maiņa atrodas tiess kompetencē, ārzemēs piespiedu ārstēšana ir nepārtraukts process, tikai tā realizācijas vieta var tikt operatīvi mainīta (no ārstēšanas sabiedrībā uz stacionāru).

### 5.2.1. Gadījumu neatkarīgais audits

Mūsdienās psihiatriskai ārstēšanai tiek pievērsta arvien lielāka nozīme sabiedrības drošības kontekstā<sup>320</sup>; psihiatru pienākumi tiek arvien paplašināti (no “*duty to protect*” uz “*duty to predict*”). Tiek veikti auditi, kas ļauj retrospektīvi novērtēt visus pieļautus trūkumus un veikt korekcijas (angl *mental health manslaughter audit*). Piem., nu jau vairākus gadus (no deviņdesmito gadu beigām) ilgst starptautisks pētījums *National Confidential Inquiry into Suicide and Safety in Mental Health* (NCISH)<sup>321</sup>, kur tiek apkopotas ziņas par psihiatriskiem pacientiem, kuri veikuši suicīdu, homicīdu, gājuši bojā pēkšņā nāvē visās Lielbritānijas valstīs – tiek analizēta palīdzība, ko viņi ir saņēmuši 12 mēnešus pirms notikuma (par cik personas drošība sev arī tiek uzskatīta par bīstamības faktu, auditi iekļauj arī suicīdus un pēkšņas/neizskaidrojamas nāves gadījumus). Tiek izdarīti secinājumi, sniegtas rekomendācijas, kā rezultātā visa veida rādītāji samazinās.

Audita piemērs: 2014.g. 24.Aprīlī J nodūra sev nepazīstamu vīrieti V – viņi kopā braukuši autobusā; pēc izkāpšanas J sekoja V, uzbruka un nodūra. Tajā pašā dienā J aizturēja, viņš atzinās, ka pirms pāris dienām uzbruka ar nazi kādam sabiedrības pārstāvim (angl *member of public*). 2015.g februārī J atzīts par nepieskaitāmu un nosūtīts uz paaugstinātas drošības nodaļu.

Atklājās, ka kopš 2011. gada psihiski slimo, ir vairākkārt ārstējies psihiatriskā stacionārā pēc sabiedriski kaitīgiem nodarījumiem, arī atrodies nodaļā uzbruka personālam un pacientiem, paasinājumu starpbrīžos pārtraucis lietot medikamentus, draudējis un uzbrucis gan ģimenes locekļiem, gan varas parstāvjiem. 2014. 7.martā J apmeklēja ambulatoro psihiatru, saņēma kartējo recepti medikamentiem. Pēc viņa paša vārdiem 6.aprīlī viņš uzbruka ar nazi kādai personai (datu par šo uzbrukumu nav); 16.aprīlī viņu mājas apstākļos apskatīja aprūpes koordinators un paasinājuma pazīmes nepamanīja, lai gan pacients atzinās, ka pārtrauca lietot medikamentus. Astoņas dienas vēlāk, 24.aprīlī, viņš nogalināja V.

Veicot auditu, tika konstatēts, ka personai tika nepietiekami izvērtēti riski, netika sastādīts riska menedžmenta plāns, ārstēšanā nepietiekami izmantoti ilgstošās darbības injicējamie medikamenti<sup>322</sup> (paskaidrojumā – riska menedžmenta sistēmai būtu jābūt

<sup>320</sup> A Tarasoff for Europe? A European Human Rights perspective on the duty to protect. Gavaghan C. *Int J Law Psychiatry*. 2007 May-Jun;30(3):255-67.

<sup>321</sup> <http://documents.manchester.ac.uk/display.aspx?DocID=38469>, The National Confidential Inquiry into Suicide and Safety in Mental Health. Annual Report: England, Northern Ireland, Scotland, Wales. October 2018. 382 pages. University of Manchester.

<sup>322</sup> <https://www.england.nhs.uk/london/wp-content/uploads/sites/8/2017/11/An-independent-investigation-into-the-care-and-treatment-of-Mr-J-Final-Published-November-2017.pdf>, Kathryn Hyde-Bales Emily Ewart, An

multidisciplinārai un jāiesaista visas struktūras, kuras darbojas tiesu psihiatrijas ambulatorajā tīklā – mediķus, policiju, sociālus darbiniekus, cietumus, tiesu, probāciju, etc).<sup>323</sup>

Pēc diplomdarba autores domām, arī Latvijā gadījumos, kad smagu nodarījumu izdara persona nepieskaitamības stāvoklī, sevišķi ja persona ir psihiatrisko pakalpojumu lietotājs vai (jo vairāk) personai tika nozīmēts MRPL, būtu jāveic gadījuma neatkarīgais audits (līdzīgi kā bija Latvijā pēc ievērojama maternitātes mirstības pieauguma, kas ļāva īsā laika posmā radikāli uzlabot situāciju<sup>324</sup>).

Piemēram, tādu auditu, piesaistot Veselības Ministrijas (Veselības Inspekcijas), Tieslietu Ministrijas un Tiesībsarga pārstāvjus, varētu veikt gadījumam, ko aprakstīja žurnāls “Jurista Vārds”: 1994.g. dzimušajam vīrietim 2013.g. bija nozīmēts MRPL stacionārā (veicis KL paredzētā nodarījuma objektīvo pusi – slepkavības mēģinājums). 2014.gada vasarā Vidzemes priekšpilsētas tiesa MRPL grozīja uz ambMRPL. Mazāk kā pēc gada (2015.g. pavasarī) viņš bija aizturēts – nogalināja savu vecmāmiņu, mātes brāli un aizdedzināja viņu māju<sup>325</sup>.

Auditam būtu jāvērtē sabiedriskās bīstamības izvērtēšanas metodoloģija, ambMRPL saturs, jāsniedz priekšlikumi līdzīgu situāciju novēršanai turpmāk.

### 5.3. Eiropas Cilvēktiesību tiesaprakse piespiedu psihiatriskās ārstēšanas lietās

Uz 2007.gadu ECHR skatīja 40 lietas psihiatriskās ārstēšanas sakarā un 35 no tām atrada cilvēktiesību pārkāpumus<sup>326</sup>. Jāsaka, ka tie bija gadījumi, kad personas ārstēšana notika stacionāra apstākļos (vai pat cietuma slimnīcā) un nav īsti attiecināmi uz ambulatorisku ārstēšanu (*W.D. v. Belgium*<sup>327</sup>; G pret Franciju<sup>328</sup>, *Aerts vs. Belgium*<sup>329</sup>).

Tiesu psihiatrijai zīmīga bija lieta *Klinkenbuss v. Germany* (2016) – pieteicējs (1964.dz.g. garīgi atpalicis vīrietis ar organisku smadzeņu bojājumu un ģenētisku psihisku patoloģiju Klainfeltera sindroma dēļ) patvadīja 28 gadus tiesu psihiatriskā slimnīcā pēc tam, kad būdams nepilngadīgs (15. -17.g.v.) viņš varmākoja četras meitenes (par seksuālu

independent investigation into the care and treatment of Mr J, London, 2017.

<sup>323</sup> <https://www.nhft.nhs.uk/download.cfm?doc=docm93jjjm4n9485.pdf&ver=23311>, OPERATIONAL POLICY NORTHAMPTONSHIRE COMMUNITY FORENSIC TEAM,

<sup>324</sup> Mātes mirstība konfidenciālā analīze Latvijā Ziņojums par situāciju Latvijā 2013.-2015.gadā, [http://www.vm.gov.lv/images/userfiles/Tava%20veseliba/MMKA\\_zi%C5%86ojums\\_2013\\_15\\_final\\_sabiedribai\\_\(1\).pdf](http://www.vm.gov.lv/images/userfiles/Tava%20veseliba/MMKA_zi%C5%86ojums_2013_15_final_sabiedribai_(1).pdf)

<sup>325</sup> Jaunietis ar psihiskiem traucējumiem nogalina radniekus. Jurista Vārds, 10.03.2015., Nr. 10 (862), 5.lpp

<sup>326</sup> Psychiatric commitment: over 50 years of case law from the European Court of Human Rights.

<sup>327</sup> Forensic Psychiatry and Psychology in Europe: A Cross-Border Study Guide 51.LPP

<sup>328</sup> G. pret Franciju (G. v. France). Nr.27244/09 – Spriedums (izvilkumi), 23.02.2012., pieejams <http://at.gov.lv/lv/judikatura/ect-nolemumu-arhivs/ect-nolemumu-mekletajs?author=G&q=&page=>, skatīts 07.04.2020.

<sup>329</sup> Aerts vs Belgium, ECHR Reports of Judgements and Decisions 1998.

uzbrukumu, izvarošanas mēģinājumu un slepkavības mēģinājumu vainīguma gadījumā sankcija būtu maksimums 10 gadi cietumā). 1990. gadā viņam bija piešķirts "rehabilitācijas atvainājums" no slimnīcas, kura laikā viņš uzbruka 26 gadus vecai sievietei. Viņa lieta tika regulāri skatīta tiesā; 2010. gadā speciālisti atzina, ka psihiskā stāvokļa uzlabošanās vairs nevar tikt panākta, bet sadistiskas fantāzijas nevar īsti izvērtēt un risku, ka persona atkal uzbrukt, nevar izslēgt. Pieteicējs strādāja fabrikā slimnīcas teritorijā un vairākas reizes gadā apciemoja savu ģimeni slimnīcas darbinieku pavadībā. Sadistisku perversiju ārstēšanu viņš vairs nesaņēma. ECHR atzina, ka piespiedu ārstēšanas gadījumā personām jāsniedz efektīva ārstēšana, lai neliegtu izrakstīšanas iespēju un šādas ārstēšanas nodrošināšanai jābūt nacionālo tiesu uzmanības fokusā. Konvencijas pārkāpumi netika konstatēti (neraugoties uz disproporciju starp slimnīcā pavadīto laiku un sankciju, kā arī uz to, ka ārstēšana vairs nenotika un cerību uz psihiskā stāvokļa uzlabošanu un izrakstīšanu vairs nebija)<sup>330</sup>.

ECHR skatīja vairākas lietas pret Latviju saistībā ar piespiedu psihiatrisku ārstēšanu nozīmētu gan administratīvā, gan krimināltiesiskā kārtā (piem., Raudevs pret Latviju<sup>331</sup>, L.M. pret Latviju<sup>332</sup>), bet zīmīga bija O.G. situācija – pieteicējs sūdzējās par cilvēktiesību pārkāpumiem MRPL sakarā un iesniedza trīs dažādas prasības. Divas no tām tika pieņemtas izskatīšanai un bija konstatēti Konvencijas 5. panta pārkāpumi (O.G. pret Latviju, O.G. pret Latviju 2).

ECHR attieksme pret psihiatrijā pielietojamām metodēm ir mainījusies: ja agrāk fakts, ka pacientam tika pielietota piespiedu ierobežošana (*forced immobilization*) vairāku nedēļu garumā diez vai varētu likt sarosīties ECHR, ja vien tās nepieciešamību bija pamatojis ārsts un tas sakrita ar vispārpieņemto praksi,<sup>333</sup> tad tagad ECHR šos mērus vairs tik viegli neakceptē – tiesa vērtē, cik ļoti mēri ir proporcionāli personas stāvoklim. Tiesa vērtē, vai spaidu mēros atspoguļojas līdzsvars starp sabiedrības pienākumu sniegt saviem biedriem vislabāko ārstniecību un personas tiesībām atteikties no hospitalizācijas un ārstēšanas, meklējot atbildes uz jautājumiem: vai piespiešana ir samērīga ārstēšanas iznākumam? Vai mazāk ierobežojošie mēri būtu bijuši adekvāti/efektīvi? Vai spaidi tiek pielietoti lielākā apmērā, nekā tas ir nepieciešams? Nebrīvprātīgas hospitalizācijas gadījumā tiesa vērtē, vai tā bija nepieciešama un citas iespējas bija mēģinātas un nedarbojās. Savos spriedumos ECHR lielā mērā balstās uz ANO Konvencijas par personu ar invaliditāti tiesībām, kuras 12.pants pasvīturo valsts pienākumu ieviest atbalstīto lemtspēju - aizvietojošas rīcības spējas ierobežošanu

<sup>330</sup> CASE OF KLINKENBUSS v. GERMANY, Application no. 53157/11, STRASBOURG 25 February 2016, izgūts no <https://jurisprudencia.mpd.gov.ar/Jurisprudencia/Klinkenbuss%20v.%20Alemania.pdf>, skatīts 13.04.2020.

<sup>331</sup> LIETA „RAUDEVS pret LATVIJU” (Iesniegums Nr. 24086/03) SPRIEDUMS STRASBŪRĀ 2013. gada 17. Decembrī, izgūts no <https://www.tiesas.lv/eiropas-cilvektiesibu-tiesas-ect-spridumi-un-lemumi>, skatīts 13.04.2020.

<sup>332</sup> L.M. pret Latviju)

<sup>333</sup> T.s. Bolam law (Medical Negligence in Victorian Britain: The Crisis of Care under the ..., 2 – 3.lpp)

un personas piespiešanu ārstēties. Piespiedu ārstēšana ir savā ziņā rīcībspējas ierobežošana attiecībā uz psihiskās slimības ārstēšanu<sup>334</sup>. ECHR ieskatā nebrīvprātīga hospitalizācija ir tikai pēdējais līdzeklis, kad citu, mazāk ierobežojošu alternatīvu nav un ja hospitalizācija paredz skaidrus labumus personas veselībai, neuzliekot tai neproporcionālu slogu<sup>335</sup>.

## **6. PERSONU, KURĀM NOZĪMĒTS MEDICĪNISKA RAKSTURA PIESPIEDU LĪDZEKLIS, TIESĪBAS UN PIENĀKUMI**

Iepriekš jau tika noskaidrots, ka starp personu, kurai nozīmēts MRPL un valsti veidojas īpašas sociāli tiesiskās attiecības: personas pienākumos un tiesībās ir saņemt MRPL – savu tiesību un brīvību ierobežojumu, ar pienākumu rūpēties par savu veselību, bet nevis pēc saviem ieskatiem, bet sekojot ārsta rekomendācijām. MRPL laikā persona atrodas iestādei īpaši pakļauto personu statusā; attiecībā pret personu valsts iestāde realizē valsts pārvaldes uzdevumu. MRPL ietvaros veicamajiem pasākumiem ir cieša saistība ar MRPL atcelšanas izredzēm, personu tiesību un brīvību atjaunošanas perspektīvu. Lemtspēju trūkuma gadījumā Latvijā personai nav iespējams saņemt ne dzīvību ar MRPL piespiedu kartā, ne dzīvību caur atbalstītās lemtspējas mehānismu. Par apzinātu izvairīšanos no MRPL izpildes personai būtu jāparedz juridiskā atbildība: līdzīgi kā epidemioloģiskās drošības noteikumu nepildīšana, arī medicīniska rakstura piespiedu līdzekļa nosacījumu apzināta neievērošana var izraisīt smagas sekas, apdraudēt cilvēku veselību un dzīvību: ja lemtspējīga persona apzinās, ka viņa ir slimo ar psihisku slimību, izprot medicīniska rakstura piespiedu līdzekļa būtību un nozīmi, un saprot, ka ar savu uzvedību (darbību – rekomendāciju pārkāpšanu vai bezdarbību – medikamentu nelietošanu) rada briesmas citas personas veselībai vai dzīvībai, apzināti pieļauj seku iestāšanos (psihiskās slimības paasinājumu ar agresiju) - veidojas noziedzīgā nodarījuma sastāva pazīmes ar vainas formu neuzmanības veidā<sup>336</sup>.

Kopumā lēmuma par MRPL izpilde ir visu procesā iesaistīto personu cilvēktiesību garantija. Par cik tiesas lēmuma izpilde ir arī personas tiesību interesēs, arī pati persona var vērsties tiesā ar lūgumu nodrošināt viņai efektīvu un viņa stāvoklim vislabāk atbilstošu MRPL ar piespiedu mehānisma palīdzību (lai tiktu pasargāta no nodarījumiem nākotnē).

---

<sup>334</sup> Legal capacity, mental capacity and supported decision-making: Report from a panel event  
Author links open overlay panel Jillian Craigie, Michael Bach, Sándor Gurbaich, Arlene Kanter, Scott Y.H. Kime, Oliver Lewis, Graham Morgang, International Journal of Law and Psychiatry, Volume 62, January–February 2019, Pages 160-168

<sup>335</sup> ECHR, Pleso v. Hungary, App N 41242/08, 2 Oct 2012 No 66?

<sup>336</sup> Liholaja V., Briede J., Laveniece-Straupmane N., Judins A., Ziemane I. Ārkārtējā situācija: juristu viedokļi par tiesisko regulējumu un tā piemērošanu. Jurista Vārds, 17.03.2020., Nr. 11 (1121), 6.-11.lpp.

Atbilstoši konceptuālam ziņojumam un darba autorei izsniegtām uzziņām no Veselības Ministrijas un no Nacionālā Veselības Dienesta, formāli persona ambMRPL laikā bauda visas pacienta tiesības, izņemot tiesības atteikties no ārstēšanas metodes (piem., elektrokonvulsīvās terapijas) vai zālēm, ja tās ir izvēlētas atbilstoši pieņemtajam standartam – tas tiek uzskatīts par MRPL nepildīšanu<sup>337, 338</sup>.

Tātad – piespiedu līdzekļa gadījumā tiek ierobežotas ne vien pacienta tiesības, bet arī cilvēktiesības.

Demokrātiskā sabiedrībā valsts, ierobežojot personas cilvēktiesības, parasti paredz kādu kompensācijas mehānismu – piem., atsavinot īpašumu, kompensē tās vērtību.

Pēc Nacionālā Veselības Dienesta (NVD) domām, ambMRPL laikā persona saglabā arī Pacientu likuma 16.pantā minētās tiesības uz atlīdzību par viņa dzīvībai vai veselībai nodarīto kaitējumu (arī morālo kaitējumu). Darba autores ieskatā tas diskutabli – jo šajā gadījumā persona tiek ārstēta bez informētās piekrišanas, sabiedrības interesēs, bieži vien – ignorējot informēto atteikšanos. Īpašs jautājums - kam vajadzētu izmaksāt kompensāciju: Ārstniecības riska fondam vai Tieslietu Ministrijai? Psihiatrijā pielietojamo medikamentu blaknes mēdz būt ļoti smagas, mokošas, dzīvību apdraudošas (piem., sirds apstāšanās) un paliekošas (sakarā ar centrālās nervu sistēmas bojājumu). Pēdējos gados prasībās pret psihiatriem parādījās jauna tendence – sakarā ar medikamentu blaknēm un metaboliem traucējumiem<sup>339</sup>; farmācijas kompāniju izmaksātas kompensāciju summas mēramas miljonos<sup>340</sup>.

Turpinot paralēles ar infekciju slimībām, vairākās valstīs, kur profilaktiskās vakcinācijas ir obligātas (ignorējot informētās piekrišanas institūtu), pastāv atsevišķs kompensāciju izmaksu tiesiskais regulējums – Dānijā, Vācijā, Francijā, Japānā, Šveicē, Apvienotajā Karalistē<sup>341</sup>, ASV (kompensācijās izmaksāti miljoniem dolāru)<sup>342</sup> un citās. Tās ir tā saucamās “*no-fault compensation schemes*” – pasvītrojot, ka pie vakcīnas blaknes nav

<sup>337</sup> Ārstniecības likuma 69.<sup>1</sup>panta pirmā daļa

<sup>338</sup> Pacientu tiesību likums. Latvijas Vēstnesis, 205, 30.12.2009. 6.pants. Piekrišana ārstniecībai vai atteikšanās no tās (4) Pacientam ir tiesības atteikties no ārstniecības pirms tās uzsākšanas, no ārstniecībā izmantojamās metodes, neatsakoties no ārstniecības kopumā, vai atteikties no ārstniecības tās laikā.

<sup>339</sup> Mela M, Luther G, Gutheil TG. Forty-Five Years of Civil Litigation Against Canadian Psychiatrists: An Empirical Pilot Study. Can J Psychiatry. 2016 Feb;61(2):112-8. doi: 10.1177/0706743715625943. PMID: 27253702; PMCID: PMC4784241.

<sup>340</sup> Dyer, Owen, US jury orders Johnson & Johnson to pay \$8bn to man with gynaeomastia linked to risperidone, BMJ, 367, 15990

<sup>341</sup> National Research Council (US) Division of Health Promotion and Disease Prevention. Vaccine Supply and Innovation. Washington (DC): National Academies Press (US); 1985. Appendix E, Vaccine-Injury Compensation in Other Countries. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK216811/>

<sup>342</sup> Health Resources & Services Administration, National Vaccine Injury Compensation Program, National Vaccine Injury Compensation Program Data Report - updated April 1, 2020, <https://www.hrsa.gov/sites/default/files/hrsa/vaccine-compensation/data/data-statistics-report.pdf>, skatīts 11.04.2020.

vainojami mediķi vai vakcīnu ražotāji. Tiek atzīts, ka ieviešot obligāto vakcināciju, tiek radīts “sociāls kontrakts” (valsts uzdevums – autora paskaidrojums) rūpēties par tiem, kuri cietuši no šādu vakcīnu blaknēm<sup>343</sup>. Tāpēc darba autore nevar piekrist NVD paustajam viedoklim, ka MRPL gaitā cietušai personai atlīdzība būtu jāsaņem no Ārstniecības riska fonda līdzekļiem un tikai Pacientu tiesību likumā paredzētajā kārtībā, jo MRPL gadījumā personas dzīvībai vai veselībai nodarīto kaitējumu (arī morālo kaitējumu) nebūs nodarījušas ar savu darbību vai bezdarbību ārstniecības iestādē strādājošās ārstniecības personas vai radījuši apstākļi ārstniecības laikā<sup>344</sup>, bet gan valsts ar savu piespiedu mehānismu.

Ja vien MRPL gadījumā tiktu ievērots Valsts pārvaldes iekārtas likums, atbilde uz šo jautājumu būtu meklējama 44.pantā –“Zaudējumu atlīdzība deleģēšanas gadījumā”<sup>345</sup>.

---

<sup>343</sup> Katie Attwell, Shevaun Drislane, Julie Leask, Mandatory vaccination and no fault vaccine injury compensation schemes: An identification of country-level policies, *Vaccine*, Volume 37, Issue 21, 2019, Pages 2843-2848.

<sup>344</sup> Pacientu tiesību likums. *Latvijas Vēstnesis*, 205, 30.12.2009.

<sup>345</sup> Valsts pārvaldes iekārtas likums. *Latvijas Vēstnesis*, 94, 21.06.2002.

## 7. MEDICĪNISKA RAKSTURA PIESPIEDU LĪDZEKĻA ATŠKIRĪBA NO ĀRSTNIECĪBAS

Ārstniecības likums skaidri definē:

*ārstniecība* — profesionāla un *individuāla* slimību profilakse, diagnostika un ārstēšana, medicīniskā rehabilitācija un pacientu aprūpe;

*psihiatriskā palīdzība* - *individuāla* psihisko slimību profilakse, ambulatora vai stacionāra diagnostika, ārstēšana, rehabilitācija un aprūpe personai ar garīgās veselības traucējumiem<sup>346</sup>.

Jādomā, ka ar vārdu “individuāla” likumdevējs ir domājis indivīda veselības stāvoklim speciāli izvēlētos pasākumus; tiem nav tik vispārēja mērķa kā sabiedrības drošība.

Likuma 9<sup>1</sup>.pants precizē, kādā kārtībā ir veicama ārstniecība - atbilstoši klīniskajām vadlīnijām vai ārstniecībā izmantojamo metožu un zāļu lietošanas drošības un ārstēšanas efektivitātes novērtējumam, kas veikts, ievērojot uz pierādījumiem balstītas medicīnas principus. Atbilstoši šī likuma definīcijai: klīniskās vadlīnijas — ievērojot uz pierādījumiem balstītas medicīnas principus, veidots sistematizēts konkrētu pacientu grupu ārstniecības procesa apraksts, kurā noteiktas nepieciešamās darbības, to veikšanas kārtība un pacientu ārstēšanas taktikas izvēlē būtiski kritēriji *labāka ārstēšanas rezultāta sasniegšanai*. Ārstēšanas rezultāts noteikti nav MRPL juridisks mērķis.

Pastāv arī ārsta juridiskās atbildības īpatnības. Gadījumos, kad psihiski slimā persona ir nodarījusi kaitējumu trešo personu veselībai un dzīvībai, psihiatrs varētu tikt saukts pie atbildības pēc Krimināllikuma 138.panta (“Ārstniecības personas profesionālo pienākumu nepienācīga pildīšana”)<sup>347</sup>, bet ja piespiedu ārstēšanu realizēja ārsts amatpersonas pienākumu ietvaros, varētu tikt piemērots pants par amatpersonas krimināltiesisko atbildību. Jābūt pierādījumiem par visām noziedzīga nodarījuma sastāva pazīmēm; 138.panta pirmās daļas piemērošanas gadījumā jābūt konstatētam un pierādītam:

- 1) pienākumu nepildīšanas vai nepienācīgas pildīšanas faktam;
- 2) miesas bojājumiem attiecīgā smaguma pakāpē trešajai personai;
- 3) cēloņsakarībai starp pienākumu nepildīšanu vai nepienācīgu pildīšanu un miesas bojājumiem personai;

---

<sup>346</sup> Ārstniecības likums

<sup>347</sup> Krimināllikums. Latvijas Vēstnesis, 199/200, 08.07.1998.

4) ārstniecības personas vainai neuzmanības formā (noziedzīgās pašpaļāvības vai noziedzīgās nevērības formā)<sup>348</sup>.

Šo formulu savulaik izmantoja Kanādas tiesa slavenajā lietā *Ahmed v. Stefaniu*, pierādot ārstes vainu: pacients W.J. bija hroniski psihiski slims, dzīvoja kopā ar māsas ģimeni. 1996.g. septembrī viņš bija kārtējo reizi piespiedu kārtā stacionēts sakarā ar agresivitāti. Decembra sākumā viņu izvērtēja *dr.Stefaniu* – un konstatēja, ka pacientam vairs nav nebrīvprātīgās stacionēšanas kritēriju un viņš var ārstēties uz brīvprātības principa. W.J. pēc paša lūguma tika uzreiz izrakstīts, divas reizes vērsās pie psihiatriem ambulatori; 1997.g. 24.janvārī (47 dienas pēc izrakstīšanas) viņš nogalināja savu māsu. Nogalinātās vīrs *Ahmed* vērsās ar prasību pret *dr. Stefaniu* un citiem, apvainojot profesionālā nevērībā, pieņemot lēmumu mainīt piespiedu stacionēšanas un ārstēšanas režīmu uz brīvprātīgo. Neskatoties uz galēji pretrunīgiem ekspertu slēdzieniem par lēmuma pamatotību, ārsti atzina par vainīgu, piespriests 172.000 \$ sods. Gadījums izraisīja lielu sabiedrisku rezonanci un grozījumus ambulatoriskās piespiedu ārstēšanas regulējumā; tika paustas bažas, ka turpmāk psihiatri sāks praktizēt t.s. aizsardzības medicīnu (angl “*defensive medicine*” – maksimāli piesargājoties no iespējamām sūdzībām) un ar to tiks sperts solis atpakaļ institucionalizācijā (pacienti ar tendenci uz agresiju slimnīcās atkal pavadīs ilgu laiku)<sup>349</sup>.

Ņemot vērā arī visu iepriekš noskaidroto, tiek konstatētas sekojošas MRPL atšķirības no ārstniecības: MRPL iespējams tikai publisko tiesību jomā; persona ar ārstu var neiestāties ārsta un pacienta attiecībās; atšķirībā no ārstniecības, kas ir tiesību īstenošana ar ārstniecības iestāžu starpniecību un palīdzību, kad valsts maksā pacienta vietā, MRPL ir tiesību un brīvību ierobežojums, ko realizē valsts ar spēka piedraudējumu, to laikā personai pastāv būtiski tiesību un brīvību ierobežojumi; persona atrodas iestādei īpaši pakļauto personu statusā, attiecības ar ārstniecības iestādi tiek dibinātas un grozītas uz administratīva akta pamata; ārstam ir ierobežota profesionālā brīvība, uzlikts valsts pārvaldes uzdevums, kā arī ārsta tiesiskās atbildības pamatu var veidot ne vien personas veselībai nodarīts kaitējums (tostarp arī morāls), bet arī kaitējums smagu miesas bojājumu veidā, ko persona nodara trešajai personai - tas MRPL pasākumu fokusu pārvirza no personas veselības un labklājības jautājumiem uz riska menedžmentu - tā vairs nav ārstniecība, nav ar garantēto medicīniskās palīdzības minimumu saistīti veselības aprūpes pakalpojumi.

<sup>348</sup> I.Vilka, Ārstniecības personu kriminālatbildība: Krimināllikuma 138. pants – vai tas ir nepieciešams? 05.03.2019., pieejams <http://www.arstubiedriba.lv/lab-valdes-sedes-dienaskartiba-2019-gada-26-februari/>, skatīts 07.04.2020.

<sup>349</sup> Glancy, D, Glancy, G., The Case That Has Psychiatrists Running Scared: Ahmed v. Stefaniu. The journal of the American Academy of Psychiatry and the Law. 2009, 37, 250-6



Papildus jāatzīmē, ka pēc darba autores domām par MRPL nosacījumu apzinātu nepildīšanu būtu jāparedz sankcija (par izvairīšanos no ārstniecības privātautonomijas principa ietvaros sankcija nedrīkst būt).

MRPL pasākumus būtu jāapstiprina tiesai (kā administratīvu aktu) un persona tos saņems nevis pēc medicīniskām indikācijām un uz informētās piekrišanas pamata, bet balansējot tiesību un brīvību ierobežojumus ar sabiedrisko bīstamību.

Kompensācija par MRPL laikā radītiem veselības traucējumiem būtu jāsaņem no valsts budžeta līdzekļiem, nevis no Ārstniecības riska fonda.

MRPL pasākumi nav veselības aprūpes pakalpojumi un valstij ārstniecības iestādēm šie pasākumi būtu jāapmaksā atsevišķi, nevis no veselības aprūpes budžeta līdzekļiem; līdzīgi jādara ar visiem ar MRPL pasākumu īstenošanu personai radušos izdevumiem (piem., ceļa izdevumi).

## **8. NOBEIGUMS**

Darba rezultātā ir sasniegts uzstādītais mērķis un ir izpildīti uzdevumi, izdarīti vairāki secinājumi un izstrādāti priekšlikumi likuma grozījumiem un tiesu prakses izmaiņām.

## 8.1. Secinājumi

- 1) Piespiedu psihiatriska ārstēšana ir valsts pārvaldes uzdevums iekšējās drošības un cilvēktiesību aizsardzības jomā, kuru nevar deleģēt privātpersonām.

Medicīniska rakstura piespiedu līdzeklis ir sociāli – tiesisks institūts, kuram nav saistības ar personas izarīto nodarījumu. Piespiedu mēru piemērošanas princips ir personas sabiedriskās bīstamības samērošana ar personas tiesību un brīvību ierobežojumu. Valsts kompetentās iestādes likumā paredzētajā kārtībā, izmantojot valsts piespiedu varu (fiziskā spēka pielietošanas iespēju vai draudus), ietekmē personu uzvedību, realizējot personai tiesību un brīvību ierobežojumu ar nolūku panākt uzvedības pārmaiņas.

Medicīniska rakstura piespiedu līdzekļa mērķi ir divi:

- a. Medicīnisks – uzlabot personas veselības stāvokli, lai izzustu sabiedriskā bīstamība. Uzdevumi – veselības aprūpes pakalpojumu saņemšana (stacionārā vai ambulatori), ignorējot informētu piekrišanu vai atteikšanos. Uzvedības pārmaiņas – rūpes par savu veselību, pedantiski sekojot rekomendācijām.
  - b. Juridisks – sabiedrības drošība, atkartoto nodarījumu profilakse. Uzdevumi – personu uzvedības uzraudzība (dzīvojot institūcijā vai sabiedrībā), lai savlaicīgi pamanītu un novērstu atkārtotu nodarījumu.
- 2) Ārsta un personas, kurai ir noteikts medicīniska rakstura piespiedu līdzeklis, attiecību tiesisko bāzi nosaka vairāki starptautiski līgumi, dokumenti, nacionālie tiesību akti.

Attiecības ir publiski – tiesiskās: persona ir iestādei īpaši pakļauta, ārsts pilda valsts pārvaldes uzdevumu. Attiecības tiek regulētas ar administratīvo aktu palīdzību. Persona var nestāties ārsta un pacienta attiecībās. Ārsta tiesiskās atbildības pamatu veido arī pienākums garantēt sabiedrības drošību.

Medicīniska rakstura piespiedu līdzekļa gaitā var notikt būtiski personas cilvēktiesību pārkāpumi.

- 3) Medicīniska rakstura piespiedu līdzekļa piemērošanas, turpināšanas, grozīšanas un atcelšanas tiesiskam regulējumam piemīt vairākas nepilnības – tostarp izzudusi iespēja piemērot piespiedu aprūpi un uzraudzību, trūkst piespiedu medikamentozās ārstēšanas iespēja, neizstrādāta sabiedriskās bīstamības koncepcija, valstiskā piespiešanas mehānisma un tiesiskās atbildības trūkums, nespēja nodrošināt ambulatora piespiedu līdzekļa izpildi personām ar būtiskiem lemtspējas trūkumiem. Latvijas regulējumam pastāv būtiskas atšķirības no citu attīstītu pasaules valstu regulējuma. Uz Latvijas regulējuma nepilnībām vairakkārt norādījusi Eiropas Cilvēktiesību tiesa, Eiropas Padomes Komiteja spīdzināšanas un necilvēcīgas vai pazemojošas rīcības vai soda novēršanai un Latvijas Republikas Tiesībsargs.
- 4) Personu, kurām nozīmēts medicīniska rakstura piespiedu līdzeklis, tiesības un pienākumos ietilpst saņemt piespiedu līdzekli (efektīvus veselības aprūpes pakalpojumus un citu pasākumus), nest tiesisku atbildību par to pildīšanu, sasniedzot līdzekļa mērķus – sagaidīt savlaicīgu tā atcelšanu (atjaunot personas tiesības un brīvības), saņemt kompensāciju par piespiedu līdzekļa gaitā radušos veselības kaitējumiem.
- 5) Medicīniska rakstura piespiedu līdzeklī ir vairākas atšķirības no ārstniecības: būtiskākā - ārstniecība ir tiesību īstenošana ar ārstniecības iestāžu starpniecību un palīdzību, kad valsts maksā pacienta vietā par garantētu medicīniskās palīdzības minimumu, bet piespiedu līdzeklis ir tiesību un brīvību ierobežojums, ko realizē valsts ar spēka piedraudējumu, uzliekot tiesību un brīvību ierobežojumus. Piespiedu līdzekļa ietvaros veicamo pasākumu fokusā ir nevis personas veselības un labklājības jautājumi, bet riska menedžments sabiedrības drošības labā.

## 8.2. Priekšlikumi

1) Nav skaidri norādīta medicīniska rakstura piespiedu līdzekļu piemērošanas kārtība.

**Priekšlikums** – izdarīt grozījumus KPL 605.panta pirmajā daļā un izteikt to šādā redakcijā:

“Atzīstot, ka persona noziedzīgu nodarījumu izdarījusi, būdama nepieskaitāmības stāvoklī, *tiesa pieņem lēmumu ka persona nav saucama pie krimināltabidības, izvērtē personas sabiedrisko bīstamību un lemj par medicīniska rakstura piespiedu līdzekļa piemērošanas nepieciešamību. Atzīstot, ka persona saslimusi ar psihiskiem traucējumiem pēc noziedzīga nodarījuma izdarīšanas un tāpēc nespēj apzināties savu rīcību vai vadīt to, saskaņā ar Krimināllikumā noteikto tiesa pieņem lēmumu par šīs personas atbrīvošanu no*

kriminālatbildības vai soda un nosaka kādu no Krimināllikumā paredzētajiem medicīniska rakstura piespiedu līdzekļiem”.

2) Likumā nav skaidri noteikti pamati medicīniska rakstura piespiedu līdzekļa atcelšanai vai grozīšanai uz mazāk ierobežojošu. Ārstiem jāizvērtē sabiedriska bīstamība. Nav iespējams ierosināt tiesai izlemt jautājumu par medicīniska rakstura piespiedu līdzekļa grozīšanu uz vairāk ierobežojošu personas veselības stāvokļa pasliktināšanas dēļ (tikai nepildīšanas dēļ).

**Priekšlikums** – veikt grozījumus KL 69.panta, izsakot ceturto daļu šādi:

“Medicīniska rakstura piespiedu līdzekļa piemērošanu tiesa izbeidz ~~vai to groza uz mazāk ierobežojošu līdzekli,~~ ja attiecīgā persona ir izvesēļojusies ~~vai tās veselības stāvoklis uzlabojies,~~ vai tiek konstatēts, ka šīs personas veselības stāvoklis ir ~~citādi~~ mainījies tiktāl, ka tā vairs nav bīstama sabiedrībai. **Medicīniska rakstura piespiedu līdzekļi tiesa groza uz mazāk ierobežojošu līdzekli, ja vai personas sabiedriskā bīstamība mazinājusies**”.

Veikt grozījumus KPL 607.pantā, izsakot pirmo daļu šādi:

“Ja persona, kurai noteikts medicīniska rakstura piespiedu līdzeklis, izvesēļojusies vai tās veselības stāvoklis **būtiski izmainījies** ~~uzlabojies,~~ vai tiek konstatēts, ka šīs personas veselības stāvoklis ~~citādi~~ mainījies tiktāl, ka tā vairs nav bīstama sabiedrībai, tās ārstniecības iestādes vadītājs, kurā ārstējas attiecīgā persona, pamatojoties uz ārsta speciālista vai ārstu konsilija atzinumu, ierosina tiesai izlemt jautājumu par noteiktā medicīniska rakstura piespiedu līdzekļa atcelšanu vai grozīšanu ~~uz mazāk ierobežojošu.~~”

3) Likums nepietiekami skaidri definē policijas darbinieku papildpienākumus ar ārstniecību saistītajos jautājumos. ECHR ieskatā, likums neparedz policijas palīdzību personu, kuras izvairās no MRPL, piespiedu atvešanā. Latvijā katru gadu personas, kuras izvairās no MRPL, tiek pasludinātas meklēšanā. Likumā nav paredzēta medikamentu ievadīšana pret personas gribu.

**Priekšlikums** – izdarīt grozījumus likumā “Par policiju” vienpadsmito pantu izsakot šādā redakcijā: “Policijas darbiniekam savas kompetences ietvaros ir pienākums palīdzēt: ārstniecības iestādēm, ārstniecības personām, Sabiedrības veselības dienesta epidemiologiem un valsts sanitārajiem inspektoriem — to personu **meklēšana un** piespiedu atvešanā apsekošanai vai ārstēšanai, kuras slimo ar alkohola, narkotisko, psihotropo vai toksisko vielu atkarību vai veneriskajām slimībām, ~~ir sociāli bīstami psihiski slimas,~~ **kuras nepilda medicīniska rakstura piespiedu līdzekļa nosacījumus, kurām jāsniedz psihiatrisko palīdzību bez viņu piekrišanas,** kā arī to personu atvešanā un apsardzē ārstniecības iestādē, par kurām ir pietiekams pamats secināt, ka tās ir inficētas ar imūndeficīta vīrusu (HIV) vai infekcijas

slimībām, kuru sarakstu apstiprina Ministru kabinets, ja tās izvairās no ierašanās ārstniecības iestādē; **realizējot ar tiesas lēmumu apstiprinātus ārstniecības pasākumus**”.

4) Piespiedu līdzekļa ietvaros piespiedu kārtā veicamo pasākumu kopums nav atrunāts likumā, atstāts ārstu ziņā. Līdzīgi ir ar psihiatriskās palīdzības sniegšanu bez pacienta piekrišanas. Ar personas cilvēktiesībām saistītais valsts pārvaldes uzdevums nodots privātpersonu rokās.

**Priekšlikums:** papildināt KL 68.pantu ar 1<sup>1</sup>.daļu: “**Medicīniska rakstura piespiedu līdzekļu nosacījumu plānu sastāda attiecīga ārstniecības iestāde un apstiprina tiesa**”. Papildināt ĀL 68.pantu, izsakot 18.daļu šādi: “Lietas materiālus par psihiatriskās palīdzības turpmāko sniegšanu pacientam bez viņa piekrišanas psihiatriskajā ārstniecības iestādē vai par šīs palīdzības pārtraukšanu tiesnesis izskata šā panta sestajā - sešpadsmitajā daļā noteiktajā kārtībā un pieņem lēmumu par šā panta septiņpadsmitajā daļā minētā konsilija lēmuma apstiprināšanu vai par atteikumu apstiprināt konsilija lēmumu. **Apstiprinot konsilija lēmumu, tiesnesis apstiprina konsilija sastādīto izmeklējumu, ārstēšanas un rehabilitācijas plāna punktus**”.

5)Pēc darba autores domām, kopumā MRPL regulējumā un izpratnē tika konstatētas tik būtiskas nepilnības, ka tos novērst var, tikai pilnībā izņemot uz MRPL attiecināmās normas no KL, KPL, ĀL, bet psihiatriskās palīdzības sniegšanu bez personas piekrišanas regulējošās normas – no ĀL; radot vietā jaunu psihiskās veselības drošības likumu, kura mērķis būtu regulēt valsts un personu ar psihiskiem un uzvedības traucējumiem **sociāli – tiesiskās attiecības**, šo personu drošības aspektus un noteikt dažādu nozaru speciālistu, valsts institūciju, pašvaldību, fizisko un juridisko personu tiesības un pienākumus šajā jomā, finansējumu, kā arī noteikt atbildību par šā likuma pārkāpšanu (piespiedu ārstēšanas noteikumu neievērošanu). Ar tiesību normu jānosaka vienota pieeja gadījumiem, kad tiek sniegta psihiatriskā palīdzība bez informētās piekrišanas (ar to domājot arī noturīgus vai pārejošus personas lemtspējas trūkumus, kad informētā piekrišana nav kvalitatīva, gan arī situācijas, kad persona ar psihiskiem un uzvedības traucējumiem ir pārkāpusi likumu), sabiedriskās bīstamības novērtēšanas metodoloģija. Īpaši jāpievērš uzmanība nepilngadīgo personu tiesību aizsardzībai un ievērošanai. Jāparedz iespēja atkal sabiedriski bīstamās personas piespiedu kārtā aprūpēt un uzradīt. Jāparedz valsts iestāžu obligāta līdzdalība (Veselības Inspekcijas amatpersonu veidā) visu ar personas tiesību un brīvību ierobežošanu saistīto lēmumu pieņemšanā un mēru realizācijā. Jāparedz, ka tiesa apstiprina piespiedu veicamo manipulāciju saturu katrā gadījumā (īpaši attiecībā uz metodēm, kuras atstāj ilgstošas vai noturīgas sekas – elektrokonvulsīvā terapija, psihoķirurģija, ilgstošas darbības medikamentu injekcijas), kā arī jānosaka medicīnas iestādes, kurās būtu realizējamas ar

personas brīvības ierobežošanu saistītas manipulācijas (stacionēšana, nogādāšana apskatei, izvērtēšana, medikamentu ievadīšana - līdzīgi kā tas ir Epidemioloģiskās drošības likumā). Atsevišķi jāievieš ar piespiedu mēru realizāciju saistītā dokumentācija (personu raksturojošā informācija visā piespiedu mēru realizācijas laikā, tiesu lēmumi, ekspertu atzinumi, regulāri riska novērtējumi un krīzes intervences plāni, tiesas lēmumi ar piespiedu kārtā veicamo pasākumu uzskaitījumu, pacienta informētā piekrišana vai attieksanos no tiesas nozīmētām intervencēm). Informācijai jāglabājas valsts vienotā sabiedrības drošības nozares elektroniskās informācijas sistēmā, sistēmas pārzinis (Tieslietu Ministrija) piekļuvi informācijas sistēmai nodrošina, izmantojot dažādus piekļuves veidus atbilstoši lietotāja kompetencei un tiesībām. Nākotnē sistēmai jāklūst par nacionālās statistikas datu avotu. Jāizveido īpašs kompensāciju saņemšanas mehānisms (kārtība, kādā nosaka veselības traucējumu rašanos saistību ar MRPL; kā kompensācijas avotu jāparedz valsts budžeta līdzekļi, nevis Ārstniecības riska fonds).-

Darba gaitā tiek izdarīti sekojoši *nejuridiskas dabas secinājumi un priekšlikumi*, ko var īstenot esošā regulējuma ietvaros: par cik Latvijā trūkst vienotas izpratnes par personu ar psihiskiem un uzvedības traucējumiem juridiskās atbildības īpatnībām, ir priekšlikums, pieaicinot ārzemju ekspertus un ECP pārstāvjus, rīkot konferences, seminārus un citus izglītojošus pasākumus (piem., pieredzes apmaiņas, apaļā galda diskusijas) juristiem, mediķiem, sociāliem darbiniekiem par mūsdienu multidisciplināru pieeju piespiedu psihisko traucējumu ārstēšanā un rehabilitācijā, tās mērķiem (medicīnisko un juridisko), veidiem, iespējām un nozīmi demokrātiskā sabiedrībā.

Tiesnešiem veikt apmācības sabiedriskās bīstamības novērtēšanā – kritiski vērtējot tiesu psihiatrijas eksperta vai ārsta speciālista/ārstu konsīlija veikto riska novērtēšanu, kā arī meklējot atbildes uz jautājumiem: “kādi ir riski, ka persona, nesaņemot tai nepieciešamo psihiatrisko aprūpi vai pārtraucot to saņemt, veiks darbības, kas apdraudēs citu cilvēku, sabiedrības intereses, kā arī viņu pašu? Bet skatot lietu par MRPL atcelšanu: “kāda ir varbūtība, ka persona, pārtraucot saņemt esošus veselības aprūpes pakalpojumus, veiks darbības, kas apdraudēs citu cilvēku, sabiedrības intereses, kā arī viņu pašu?”

Par cik šobrīd Latvijā ambulatorais piespiedu līdzeklis balstās uz personas labprātīgu un apzinātu ārstu rekomendācijas pildīšanu, tiesnešiem būtu jāapgūst racionāli tā piemērošanas nosacījumi:

- a) ja persona pakļaujas ārstniecības personas norādījumiem attiecībā uz ārstēšanu un noteiktā režīma ievērošanu,
- b) ja persona ir spējīga izpildīt ārstniecības personas norādījumus pilnā apjomā,

c) jā personas dzīvesvietā ir iespējams ārstēšanas laikā nodrošināt nepieciešamos apstākļus.



## Literatūras un darbā lietoto avotu saraksts

### Normatīvie akti

1. Latvijas Republikas Satversme: LR likums. Latvijas Vēstnesis Nr.43, 01.07.1993.
2. Cilvēka tiesību un pamatbrīvību aizsardzības konvencija: starptautisks dokuments.
3. Konvencija par cilvēktiesību un cieņas aizsardzību bioloģijā un medicīnā – Konvencija par cilvēktiesībām un biomedicīnu. Pieņemta 1997. gada 4. aprīlī. Latvijas Vēstnesis, Nr. 205, 30.12.2009.
4. Bērnu tiesību konvencija, pieņemta un pieejama parakstīšanas, ratificēšanas un pievienošanās procedūrai ar Ģenerālās asamblejas 1989. gada 20. novembra Rezolūciju 44/25, stājusies spēkā 1990. gada 2. septembrī saskaņā ar 49. pantu. Latvijas Vēstnesis, 237, 28.11.2014.
5. Administratīvā procesa likums. Latvijas Vēstnesis, 164, 14.11.2001.
6. Ārstniecības likums. Latvijas Vēstnesis, 167/168, 01.07.1997.
7. Epidemioloģiskās drošības likums. Latvijas Vēstnesis, 342/345, 30.12.1997.
8. "Grozījumi Ārstniecības likumā". Latvijas Vēstnesis, 45(3621), 15.03.2007.
9. Likums "Par audzinoša rakstura piespiedu līdzekļu piemērošanu bērniem". Latvijas Vēstnesis, 168, 19.11.2002.
10. Valsts pārvaldes iekārtas likums. Latvijas Vēstnesis, 94, 21.06.2002.
11. Pacientu tiesību likums. Latvijas Vēstnesis, 205, 30.12.2009.
12. Krimināllikums. Latvijas Vēstnesis, 199/200, 08.07.1998.
13. Sociālo pakalpojumu un sociālās palīdzības likums. Latvijas Vēstnesis, 168, 19.11.2002.
14. Ministru kabineta 2003. gada 16. decembra noteikumi Nr. 726 "Kārtība, kādā veicama obligātā ārstēšana bērniem, kuriem radušies psihiski vai uzvedības traucējumi alkoholisko dzērienu, narkotisko, psihotropo vai citu apreibinošu vielu lietošanas dēļ, un kārtība, kādā sociālās korekcijas izglītības iestādēs bērniem nodrošināma obligātā ārstēšana no alkohola, narkotisko un psihotropo vielu atkarības". Latvijas Vēstnesis, 182, 24.12.2003.
15. Ministru kabineta 2005. gada 14. jūnija noteikumi Nr. 413 "Kārtība, kādā veicama personu obligātā medicīniskā un laboratoriskā pārbaude, obligātā un piespiedu izolēšana un ārstēšana infekcijas slimību gadījumos". Latvijas Vēstnesis, 96, 17.06.2005.
16. Ministru kabineta 2005.gada 14.jūnija noteikumiem Nr. 413 "Kārtība, kādā veicama personu obligātā medicīniskā un laboratoriskā pārbaude, obligātā un piespiedu

- izolēšana un ārstēšana infekcijas slimību gadījumos" 3.pielikums "Ārstniecības iestādes, kurās veicama personu obligātā un piespiedu izolēšana un ārstēšana". Latvijas Vēstnesis, 96, 17.06.2005.
17. Ministru kabineta 2005.gada 14.jūnija noteikumiem Nr. 413 "Kārtība, kādā veicama personu obligātā medicīniskā un laboratoriskā pārbaude, obligātā un piespiedu izolēšana un ārstēšana infekcijas slimību gadījumos" 3.pielikums "Ārstniecības iestādes, kurās veicama personu obligātā un piespiedu izolēšana un ārstēšana". Latvijas Vēstnesis, 96, 17.06.2005.
18. Ministru kabineta 2006. gada 6. novembra noteikumiem Nr. 914 "Kārtība, kādā no psihoaktīvām vielām atkarīgās personas saņem sociālās rehabilitācijas pakalpojumus" 2.pielikums "Kontrindikācijas sociālās rehabilitācijas pakalpojumu saņemšanai". Latvijas Vēstnesis, 180, 09.11.2006.
19. Ministru kabineta 2018. gada 28. augusta noteikumi Nr. 555 "Veselības aprūpes pakalpojumu organizēšanas un samaksas kārtība". Latvijas Vēstnesis, 176, 05.09.2018.
20. Ministru kabineta 2019. gada 2. aprīļa noteikumiem Nr. 138 "Noteikumi par sociālo pakalpojumu un sociālās palīdzības saņemšanu" 1. pielikums "Psihiatra atzinums par personas psihisko veselību un speciālajām (psihiatriskajām) kontrindikācijām sociālo pakalpojumu saņemšanai". Latvijas Vēstnesis, 68, 04.04.2019.
21. Ministru kabineta 2020. gada 29. aprīļa rīkojums Nr. 223 "Par konceptuālo ziņojumu "Par risinājumu medicīniska rakstura piespiedu līdzekļa izpildes regulējumam"". Latvijas Vēstnesis, 84, 30.04.2020.

### **Ārzemju tiesību avoti**

20. Уголовный кодекс Российской Федерации, 13.06.1996 N 63-ФЗ, ст. 99, ч.1., п. «а». Pieejams <http://pravo.gov.ru/proxy/ips/?docbody&nd=102041891>, [skatīts 15.05.2020.]
21. Приказ Минздрава РФ и МВД РФ от 30 апреля 1997 г. №133/269 «О мерах по предупреждению общественно опасных действий лиц, страдающих психическими расстройствами» с утвержденной им «Инструкцией об организации взаимодействия органов здравоохранения и органов внутренних дел Российской Федерации по предупреждению общественно опасных деяний лиц, страдающих психическими расстройствами»

22. Инструкция о порядке применения принудительного лечения и других мер медицинского характера в отношении психически больных, совершивших общественно опасные деяния, утверждена заместителем Министра здравоохранения СССР 14 февраля 1967 года, согласована с Верховным Судом СССР, Прокуратурой СССР и Министерством охраны общественного порядка СССР.

23. Методические указания по организации работы психоневрологических диспансеров, диспансерных отделений и кабинетов от 11 апреля 1975 г. N 10-8/18, Министерство здравоохранения СССР.

### **Literatūra**

1. Augstākās tiesas tiesu prakses apkopojums, 2011/2012. Tiesu prakse kriminālprocesā, nosakot medicīniska rakstura piespiedu līdzekļus, Rīga, 45 lpp.
2. Chaleby, K.S. Forensic Psychiatry in Islamic Jurisprudence, International Institute of Islamic Thought 2001, 220.
3. European Court of Human Rights, Press release issued by the Registrar of the Court, Grand Chamber to examine case concerning compulsory vaccination, Vavříčka v. the Czech Republic (application no. 47621/13) and five other Applications, 06.01.2020.
4. Groma, J. Kriminālprocesuālie piespiedu līdzekļi: aktuālie problēmjaudājumi un tiesiskā regulējuma pilnveidošanas perspektīvas, promocijas darbs, Rīga, Rīgas Stradiņa Universitāte, 2015.
5. Hyde-Bales, K., Ewart, E. An independent investigation into the care and treatment of Mr J, London, 2017, 73. Iegūts no <https://www.england.nhs.uk/london/wp-content/uploads/sites/8/2017/11/An-independent-investigation-into-the-care-and-treatment-of-Mr-J-Final-Published-November-2017.pdf>, [skatīts 15.05.2020.]
6. Kuzņecovs, V., Loseviča, M. Psihiatrijas attīstība Krievijas impērijas Vidzemes, Kurzemes un Igaunijas guberņās 19. gadsimta beigās: Emīla Krēpelīna darbība (1886–1891), Acta medico-historica Rigensia (2019) XII: 22-66
7. Kuzņecovs, V. Abolishment of the Military Guard at the Riga Alexander Heights Institution in 1856: War as a Monitor of Humanization? Baltic Journal of European Studies, Tallinn University of Technology, Vol. 1, No. 1(9), 269 – 281.
8. Kuzņecovs, V., Loseviča, M. Magdalēnas patversme Rīgā. Latvijas Universitātes raksti. 2014, 800. sēj. Zinātņu vesture un muzejniecība, 135.–157

9. Mazure, L. Pacienta griba un tās civiltiesiskā aizsardzība, Latvijas Universitāte, Juridiskā fakultāte, Promocijas darbs, Rīga, 2011.
10. Miltiņš V., Ernsta Bergmaņa pētījumi par sifilisu un lepru Vidzemes guberņā, Acta medico-historica Rigensia (1997) III: 211–215.
11. Rotter, M., Cucolo, H., Colley, J., Landmark Cases in Forensic Psychiatry, Second Edition, Oxford University Press, 2019, 287.
12. Salize, H.J., Dressing, H. Placement and Treatment of Mentally Ill Offenders – Legislation and Practice in EU Member States, Central Institute of Mental Health, Mannheim, 2005.
13. The National Confidential Inquiry into Suicide and Safety in Mental Health. Annual Report: England, Northern Ireland, Scotland, Wales. October 2018. 382 pages. University of Manchester. Iegūts no <http://documents.manchester.ac.uk/display.aspx?DocID=38469>, [skatīts 14.05.2020.]
14. The Use of Quasi Compulsory Measures (QCM) as alternatives to Imprisonment in Europe, European Committee on Crime Problems (CDPC) Council for Penological Co-operation (PC-CP), document prepared by Anthony Beech and Zoe Stephenson (revised) University of Birmingham, United Kingdom, Strasbourg, 01.09.2014, pieejams <https://rm.coe.int/16806fb1ea>, [skatīts 15.05.2020.]
15. Белогриц-Котляревский Л.С., Учебник русского уголовного права: Общая и особенная части. Киев: Южно-рус. кн-во Ф.А. Иогансона, 1903, 628 с.
16. Луйга, Ю. Призрѣніе душевнобольныхъ въ Прибалтійскомъ краѣ. Исторія призрѣнія душевнобольныхъ в Остзейскихъ губерніяхъ. Диссертація на степень доктора медицины. Юрьевъ, 1904, с.57.
17. Таганцев, Н. С. Уложение о наказаніяхъ уголовныхъ и исправительныхъ 1885 года. 5-е изд., доп. С.-Петербург: тип. М. Стасюлевича, 1886, 714 с.
18. Таганцев, Н.С. Русское уголовное право. Часть общая: лекции. 2-е изд., пересмотр. и доп. - СПб. : Гос. тип., 1902. Т. 1. - 1902. - [4], II, [2], 815 с.
19. Тобин, А. Призрѣніе бѣдныхъ въ г. Ригѣ: историко-статистический очерк. Рижская городская статистическая комиссия, Рига, 1895, с.395.

1. Asokan T. V. Daniel McNaughton (1813-1865). *Indian journal of psychiatry*, 2007. 49(3), 223–224.
2. Rīgas Avīze, 1911.gada 5. (18.) marts, nr. 52, piektdiena, pieejams <http://data.lnb.lv/nba01/RigasAvize/1911/RigasAvize1911-052.pdf>, skatīts 14.05.2020.
3. Barnett P, Matthews H, Lloyd-Evans B, Mackay E, Pilling S, Johnson S, Compulsory community treatment to reduce readmission to hospital and increase engagement with community care in people with mental illness: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Psychiatry*. 2018 Dec;5(12):1013-1022.
4. Brandt-Christensen M. Mental health law in Denmark. *International psychiatry: bulletin of the Board of International Affairs of the Royal College of Psychiatrists*, 2012, 9(4), 88–90.
5. Benjamin R. et al., Drug Treatments in Criminal Justice Settings, *Nordstrom, Psychiatric Clinics*, 2012, 35(2), 375 – 391.
6. Bhattacharyya, K.B., Johann Bernhard Aloys von Gudden and the Mad King of Bavaria, *Annals of Indian Academy of Neurology*, 2017, 20 (4): 348-351.
7. Cañete-Nicolás, C., Hernández-Viadel, M., Bellido-Rodríguez, C., Lera-Calatayud, G., Asensio-Pascual, P., Pérez-Prieto, J., Calabuig-Crespo, R., Leal-Cercós, C. Involuntary outpatient treatment (iot) for severe mental patients: current situation in Spain, *Actas Esp Psiquiatr* 2012;40(1):27-33.
8. Chih-Yuan Lin, M.D., Ethical Exploration of the Least Restrictive Alternative, *Psychiatric Services*, 2003, 54 (6), 866-870.
9. Dawson, J. Factors influencing the rate of use of community treatment orders. *Psychiatry*, 2007, 6, 42-44.
10. Dawson, J., O'Reilly, R. Residence Conditions on Community Treatment Orders. *Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie*, 2015, 60(11), 523–527.
11. Dawson, S., Lawn, S., Simpson, A., Muir-Cochrane, E. Care planning for consumers on community treatment orders: an integrative literature review. *BMC psychiatry*, 2016, 16(1), 394.
12. Gavaghan, C. A Tarasoff for Europe? A European Human Rights perspective on the duty to protect. *International Journal of Law and Psychiatry*, 2007, 30(3), 255-267.
13. Glancy, D, Glancy, G., The Case That Has Psychiatrists Running Scared: Ahmed v. Stefaniu. *The journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*. 2009, 37, 250-6.
14. Jaunietis ar psihiskiem traucējumiem nogalina radniekus. *Jurista Vārds*, 10.03.2015., Nr. 10 (862), 5.lpp.

15. Lighthart, S. Coercive neuroimaging, criminal law, and privacy: a European perspective. *Journal of law and the biosciences*, 2019, 6(1), 289-309.
16. Jonas, C., Nidal, N.A. Psychiatric Liability: A French Psychiatrist Sentenced After a Murder Committed by Her Patient. *Psychiatric Times*, April 10, 2013, 30 (4);
17. Kenneth J. W. Assassins in London and Washington Force Changes in the Insanity Defense, *Psychiatric Times*, 26.03.2020, 37(3), 24.
18. Liholaja V., Briede J., Laveniece-Straupmane N., Judins A., Ziemane I. Ārkārtējā situācija: juristu viedokļi par tiesisko regulējumu un tā piemērošanu. *Jurista Vārds*, 17.03.2020., Nr. 11 (1121), 6.-11.lpp.
19. Marineli F, Tsoucalas G, Karamanou M, Androutsos G. Mary Mallon (1869-1938) and the history of typhoid fever. *Ann Gastroenterol*. 2013;26(2):132–134.
20. Murtagh, L., Ludwig, D.S State Intervention in Life-Threatening Childhood Obesity, *JAMA: the journal of the American Medical Association* 2011 Jul 13; 306(2): 206-7.
21. Müller, L.J., Johann Bernhard Aloys von Gudden, 1824–1886, *Am J Psychiatry*, 2002, March, 159:3.
22. Nakatani Y, Hasuzawa S. Changing Forensic Mental Health in France: A Review. *Seishin Shinkeigaku Zasshi*. 2015;117(7):505-18
23. Pelčić, G., Karačić, S., Mikirtichan, G. L., Kubar, O. I., Leavitt, F. J., Cheng-Tek Tai, M., Morishita, N., Vuletić, S., Tomašević, L. Religious exception for vaccination or religious excuses for avoiding vaccination. *Croatian medical journal*, 2016, 57(5), 516–521.
24. Prüter-Schwarte, C. Autonomie und Fürsorge im Maßregelvollzug. *Forens Psychiatr Psychol Kriminol*, 2012, 6, 201–207.
25. 84. Salize, H.J., Dreßing, H. Placement and Treatment of Mentally Ill Offenders – Legislation and Practice in EU Member States, Central Institute of Mental Health, Mannheim, 2005.
26. 85. Schaub, M. P; Stevens, A; Severin, H.; Berto, D; Hunt, N; Kersch, V; McSweeney, T; Oeuvray, K; Puppo, I; Santa Maria, A; Trinkl, B; Werdenich, W; Uchtenhagen, Ambros Predictors of retention in the 'voluntary' and 'quasi-compulsory' treatment of substance dependence in Europe. *European Addiction Research*, 2011, 17(2), 97-105.

27. Seppänen, A., Joelsson, P., Ahlgren-Rimpiläinen, A., Repo-Tiihonen, E. Forensic psychiatry in Finland: an overview of past, present and future. *International journal of mental health systems*, 2020, 14, 29. Iegūts no <https://ijmhs.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13033-020-00362-x#citeas>, [skatīts 15.05.2020.]
28. Smith, K.J., O'Rourke, s., Macpherson, G. The Predictive Validity of the HCR20v3 within Scottish Forensic Inpatient Facilities: A Closer Look at Key Dynamic Variables, *International Journal of Forensic Mental Health*, 2020, 19:1, 1-17.
29. Ziemane, I. Rūpes par sevi kā pienākums. *Jurista Vārds*, 25.04.2017., Nr. 18 (972), 10.-14.lpp.
30. Балашов, А.Д. Принудительные меры безопасности и лечения в отношении лиц с психическими расстройствами в отечественных законодательных актах (историческая справка) *Медицинский журнал*, 2008, № 3, с 1 – 11.
31. 90. Виденева, А.В., Иоголевич, В.А., Назарова, Н.Л., Фомичев, М.Н. Психиатрические лечебницы как элемент карательной системы советского тоталитарного государства., *Юридическая наука: история и современность*, 2015, № 8, с 165 – 176.
32. Воронкова, Т.А, Аплетаяев, А.А., Гирфанова, Е.П., Скотникова, Т.И. Социальные характеристики психически больных, совершивших общественно опасные действия: роль фельдшера в профилактике общественно опасных действий у больных с психозами. *Омский психиатрический журнал*. 2017 № 1 (11) с 27 – 33.
33. Калинина Т.М., Принудительные меры медицинского характера: меры государственного принуждения или меры безопасности? Актуальные проблемы российского права, 2009, № 1, 342 – 348
34. Карпов, К.Н. Меры уголовно-правового воздействия, не являющиеся наказанием, в уголовном праве России (исторический аспект). *Научный вестник Омской академии МВД России*. 2009. №1.с 60 – 64.
35. Лошинкин, В.В. Становление и развитие российского уголовного законодательства о принудительных мерах медицинского характера. применяемых к психически больным лицам, совершившим общественно

опасные деяния, после октябрьской революции 1917 г. Вестник Томского государственного университета. Право. 2013. №1 (7), с 5 – 11.

36. Макушкина, О.А., Полубинская, С.В. Внебольничная профилактика опасных действий лиц с психическими расстройствами в зарубежных странах и в России: формы и показатели эффективности. Социальная и клиническая психиатрия, 2019, т. 29 № 3. 94 – 101.
37. Нижник, Н. С. "Деятельность врачебно-полицейских комитетов Министерства внутренних дел по осуществлению социального контроля над девиантным поведением в российском обществе" Вестник Санкт-Петербургского университета МВД России, 2012, 54(2), 11-18.
38. Шмуклер, А.Б., Гурович И. Я., Костюк, Г.П. "Стационарная психиатрическая помощь: деинституционализация и ее последствия в странах Северной Америки и Европы", Социальная и клиническая психиатрия, 2016, 26(4), 97-109.

### **Tiesu prakse**

1. 2011. Eiropas Cilvēktiesību Tiesas spriedums lietā L.M. pret Latviju, iesniegums Nr. 26000/02., iegūts no Latvijas Republikas Augstākās Tiesas Senāta mājas lapas, ECT nolēmumu meklētājs, <http://www.at.gov.lv/lv/judikatura/ect-nolemumu-arhivs/ect-nolemumu-mekletajs?author=L&q=&page=>, [skatīts 07.04.2020.]
2. 2016. Eiropas Cilvēktiesību tiesas spriedums lietā O.G. pret Latviju (Nr. 2), Nr. 69747/13.
3. Satversmes tiesas 2002. gada 22. oktobra sprieduma lietā Nr. 2002-03-04 secinājuma daļas 1. punkts, pieejams [http://www.satv.tiesa.gov.lv/wp-content/uploads/2016/02/2002-04-03\\_Spriedums.pdf](http://www.satv.tiesa.gov.lv/wp-content/uploads/2016/02/2002-04-03_Spriedums.pdf), [skatīts 09.04.2020.]
4. Augstākās tiesas 2006.gada 17.janvāra lēmuma lietā Nr.SKA-98/2006 6.punkts, 2008.gada 26.jūnija sprieduma lietā Nr.SKA-155/2008 17.punkts.
5. Latvijas Republikas Augstākās tiesas Senāta Administratīvo lietu departamenta 2010.gada 16.aprīļa lēmums lieta Nr. A7041309/17 SKA–408/2010, 9.punkts
6. Latvijas Republikas Augstākās tiesas 2007.gada 5.februāra lēmuma lietā Nr.SKA-103/2007 8.punkts.
7. Latvijas Republikas Augstākās tiesas 2006.gada 17.janvāra lēmums lietā Nr.SKA-98/2006 6.punkts



8. Latvijas Republikas Augstākās tiesas 2008.gada 26.jūnija lēmuma lietā Nr.SKA-155/2008 17.punkts
9. Latvijas Republikas Augstākās tiesas Administratīvo lietu departamenta 2016.gada 13.maija lēmums lieta Nr.6-80004416/37 SKA-889/2016, 6.punkts.
10. Latvijas Republikas Augstākās tiesas Senāta Administratīvo lietu departamenta 2007.gada 5. februāra lēmums lietā Nr. A42203205 SKA – 103/2007, 10.punkts.
11. Latvijas Republikas Augstākās tiesas Administratīvo lietu departamenta 2017.gada 1.novembra lēmuma lietā Nr. SKA-1531/2017 (ECLI:LV:AT:2017:1101.A420281517.5.L) 9.punkts. Ar atsauci uz Augstākās tiesas 2014.gada 4.jūlija lēmuma lietā Nr. SKA-740/2014 (A420518013) 5.punktu.);
12. Latvijas Republikas Augstākās tiesas Administratīvo lietu departamenta 2016.gada 13.maija lēmums lieta Nr.6-80004416/37 SKA-889/2016, 7.punkts;
13. Administratīvā rajona tiesas (Rīgas tiesu nams) 2014.gada 24.aprīļa spriedums lietā Nr. A420518013, lietas arhīva Nr. A42-02027-14/24, 9.punkts;
14. Latvijas Republikas Augstākās tiesas Senāta Krimināllietu departamenta 2012. gada 15. jūnija lēmums lietā SKK –360/2012, Krimināllietas Nr. 04168398.
15. Latvijas Republikas Augstākās tiesas Senāta Administratīvo lietu departamenta 26.06.2008. spriedums lietā Nr. SKA-155/2008.
16. Latvijas Republikas Augstākās tiesas Senāta Administratīvo lietu departamenta 2006.gada 15. jūnija spriedums lietā Nr. SKA – 365, 11.3 punkts.
17. Latvijas Republikas Augstākās tiesas Administratīvo lietu departamenta 2018.gada 21.septembra spriedums lietā Nr. A420333014, SKA-151/2018 ECLI:LV:AT:2018:0921.A420333014.2.S
18. Latvijas Republikas Augstākās tiesas Krimināllietu departamenta 2017.gada [...] lēmums Lieta Nr.[..], SKK-[D]/2017 ECLI:LV:[..]. Pamats medicīniska rakstura piespiedu līdzekļa grozīšanai uz mazāk ierobežojošu un medicīniska rakstura piespiedu līdzekļa atcelšanai; Medicīniska rakstura piespiedu līdzekļa piemērošanas ilgums. Iegūts no <http://www.at.gov.lv/lv/judikatura/judikaturas-nolemumu-arhivs/kriminallietu-departaments/hronologiska-seciba?year=2017>, [skatīts 15.05.2020.]

19. Vidzemes apgabaltiesas spriedums 2019.g. 7.novembrī, lietas arhīva numurs KA05 – 0148 – 1910, Valmiera.Senāta Civillietu departamenta 18.oktobra.2013. gada spriedums lietā Nr. SKC-216/2013

### Interneta avoti

1. Ārstniecībā izmantojamo medicīnisko tehnoloģiju datu bāze, [zva.gov.lv/zvais/mtdb/](http://zva.gov.lv/zvais/mtdb/)
2. <http://www.vmnvd.gov.lv/lv/ligumpartneriem/ligumu-dokumenti/pakalpojumu-tarifi>
3. Ārsti varētu ziņot tiesai, ka kriminālprocesā iesaistīta nepieskaitāma persona neapmeklē sev nozīmēto speciālistu. Jurista Vārds, 14.06.2016., pieejams <https://juristavards.lv/zinas/268817-rsti-varetu-zinot-tiesai-ka-kriminalprocesa-iesaistita-nepieskaitama-persona-neapmekle-sev-nozimeto-speciali%E2%80%A6>, aplūkots 15.05.2020.
4. European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment, Ziņojums Latvijas valdībai par Eiropas Komitejas spīdzināšanas un necilvēcīgās vai pazemojošas rīcības vai soda novēršanai (CPT) vizīti Latvijā no 2016. gada 12. līdz 22.aprīlim. Strasburgā, 2017. gada 29. jūnijā, 63 lpp., pieejams <https://rm.coe.int/pdf/168072ce52>, [skatīts 10.04.2020.]
5. Latvijas Republikas tiesībsarga 2012.gada ziņojums, Rīga, 2013. Pieejams [https://www.tukums.lv/images/stories/Aktuali/Publikācijas/Tiesībsarga\\_2012\\_gada\\_zinojums\\_FINAL.pdf](https://www.tukums.lv/images/stories/Aktuali/Publikācijas/Tiesībsarga_2012_gada_zinojums_FINAL.pdf), [skatīts 20.03.2020.]
6. Mātes mirstība konfidencialā analīze Latvijā. Ziņojums par situāciju Latvijā 2013.-2015.gadā, iegūts no [http://www.vm.gov.lv/images/userfiles/Tava%20veseliba/MMKA\\_zi%C5%86ojums\\_2013\\_15\\_final\\_sabiedribai\\_\(1\).pdf](http://www.vm.gov.lv/images/userfiles/Tava%20veseliba/MMKA_zi%C5%86ojums_2013_15_final_sabiedribai_(1).pdf), [skatīts 15.04.2020].
7. Medicīniska rakstura piespiedu līdzekļu efektīvākai piemērošanai nepieciešami grozījumi Kriminālprocesa likumā un Ārstniecības likumā, 05. jūnijs, 2012. Pieejams: <http://www.at.gov.lv/lv/jaunumi/par-notikumiem/mediciniska-rakstura-piespiedu-lidzeklu-efektivakai-piemerosanai-nepieciejami-grozijumi-kriminalprocesa-likuma-un-arstniecibas-likuma> [skatīts 23.03.2020.]
8. Northamptonshire healthcare, NHS foundation trust, Community forensic team operational policy. Iegūts no <https://www.nhft.nhs.uk/download.cfm?doc=docm93jjm4n9485.pdf&ver=23311>, [skatīts 15.05.2020.]
9. Strohlic, N.Typhoid Mary's tragic tale exposed the health impacts of 'super-spreaders', 17.03.2020., <https://www.nationalgeographic.com/history/2020/03/typhoid-mary-tragic-tale-exposed-health-impacts-super-spreaders/>, [skatīts 26.04.2020.]
10. Tiesībsargs apņēmis pilnveidot medicīniska rakstura piespiedu līdzekļu piemērošanas regulējumu, 13.12.2016., <https://medicine.lv/raksti/tiesibsargs-apnemies-pilnveidot-mediciniska-rakstura-piespiedu-lidzeklu-piemerosanas-regulejumu>, skatīts 13.05.2020.

11. Tiesībsarga vēstule Ministru prezidentam A.K.Kariņam lietā Nr.Nr. 1-5/7 "Par Veselības ministrijas Konceptuālo ziņojumu "Par risinājumu medicīniska rakstura piespiedu līdzekļa izpildes regulējumam", pieejams [http://www.tiesibsargs.lv/uploads/content/mp\\_karinam\\_par\\_konceptualo\\_zinojumu01\\_2020\\_1579779921.pdf](http://www.tiesibsargs.lv/uploads/content/mp_karinam_par_konceptualo_zinojumu01_2020_1579779921.pdf), [skatīts 15.05.2020.]
12. Turnpenny, A., Gabor, P., Finn, A., Beadle-Brown, J., Nyman, M. Mapping and Understanding Exclusion: Institutional, coercive and community-based services and practices across Europe. Project report. Mental Health Europe, Brussels, Belgium, 2018. Iegūts no <https://mhe-sme.org/wp-content/uploads/2018/01/Mapping-and-Understanding-Exclusion-in-Europe.pdf>, [skatīts 15.05.2020.]
13. Valsts bērnu tiesību aizsardzības inspekcijas ieteikumi pašvaldību administratīvajām komisijāmpar audzinoša rakstura piespiedu līdzekļu piemērošanu bērniem, iegūta no [http://www.bti.gov.lv/in\\_site/tools/download.php?file=files/text/ieteik\\_pasv.adm.komis.pdf](http://www.bti.gov.lv/in_site/tools/download.php?file=files/text/ieteik_pasv.adm.komis.pdf), [skatīts 26.04.2020.]
14. Vilka, I. Ārstniecības personu kriminālatbildība: Krimināllikuma 138. pants – vai tas ir nepieciešams? 05.03.2019., pieejams <http://www.arstubiedriba.lv/lab-valdes-sedes-dienaskartiba-2019-gada-26-februari/>, skatīts 07.04.2020.
15. Ziemane, I. Kādi ir no 'Covid-19' skartajām valstīm un teritorijām ieceljošo pienākumi un atbildība, 19.03.2020., <https://www.delfi.lv/news/versijas/ilze-ziemane-kadi-ir-no-covid19-skartajam-valstim-un-teritorijam-iecelojoso-pienakumi-un-atbildiba.d?id=51981369>, skatīts 14.04.2020.
16. Ziņojums Latvijas valdībai par Eiropas Komitejas spīdzināšanas un necilvēcīgās vai pazemojošas rīcības vai soda novēršanai (CPT) vizīti Latvijā no 2016. gada12. līdz 22.aprīlim. Strasburgā, 2017. gada 29. jūnijā, 63 lpp., pieejams <https://rm.coe.int/pdf/168072ce52>, [skatīts 10.04.2020.]
17. Всемирная организация здравоохранения, Право на здоровье, <https://www.ohchr.org/Documents/Publications/Factsheet31ru.pdf>, skatīts 14.05.2020.
18. Комитет по правам инвалидов, Заключительные замечания по первоначальному докладу Латвии, Приняты Комитетом на его восемнадцатой сессии (14–31 августа 2017 года), iegūts no [tbinternet.ohchr.org/\\_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CRPD%2fC%2fLVA%2fCO%2f1&Lang=ne](http://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CRPD%2fC%2fLVA%2fCO%2f1&Lang=ne), skatīts 16.05.2020.

19. Российское общество психиатров, 17 июня 2019, Мартынихин, И. Приговор психиатру по статье о халатности из-за прекращения принудительного лечения, pieejams <https://psychiatr.ru/news/992>. [skatīts 31.03.2020.]

### **Citi avoti**

1. Latvijas Republikas 6.Saeimas ziemas sesijas stenogramma astotā sēde 1997.gada 6.februārī, pieejama [https://www.saeima.lv/steno/st\\_97/st0602.html](https://www.saeima.lv/steno/st_97/st0602.html), skatīts 15.04.2020.
2. Latvijas Republikas 6.Saeimas Aizsardzības un Iekšlietu Komisijas sēdes protokols Nr. 141, Otrdien, 1997 .gada 19.augusta, 1.Likumprojekta “Latvijas Republikas Krimināllikums” (ref.nr.389; dok.nr.1 154) apspriešana 2.lasījumam.
3. Latvijas Republikas 6.Saeimas sēdē izskatāmais dokuments Nr 4118, Likumprojekta reģ nr 389, dok nr 1154, dok. Nr 2981, Likumprojekts ”Latvijas Republikas Krimināllikums”, sagatavots 3.lasījumam.
4. Latvijas Republikas 12.Saeimas Sociālo un darba lietu komisijas 2016.gada 14.jūnija sēdes audioieraksts, pieejams Saeimas arhīvā.
5. Latvijas Valsts Vēstures Ahrīvs, 117. Fonds, 1. apraksts, 1961. lieta. 88. lp. o. p. un 89.lp.
6. Veselības Ministrijas vēstule, reģistrēta 19.11.2014. Nr 01 – 20fiz.15/4051.
7. Latvijas Republikas Tieslietu Ministrijas vēstule, 19.11.2014., Nr 1 – 24/1643 – B
8. Latvijas Republikas Tiesībsarga vēstule no 2014.g. 23.decembra, Nr 6 – 1/2054.