

CILVĒKTIESĪBAS

garīgās veselības aprūpē Baltijas valstīs

Autori:

Arunas Germanavicius, Viļņas Universitāte

Egle Rimšaite, Globālā iniciatīva psihiatrījā (*Global Initiative on Psychiatry*)

Eve Pilta (*Eve Pilt*), Igaunijas Pacientu tiesību aizsardzības asociācija (*Estonian Patients Advocacy Association EPE*)

Dainius Puras, Viļņas Universitāte

Dovile Juodkaite, Globālā iniciatīva psihiatrījā

Ieva Leimane-Veldmeijere, Latvijas Cilvēktiesību centrs

Redaktori:

Egle Rimšaite, Globālā iniciatīva psihiatrījā

Elena Mercera (*Ellen Mercer*), Globālā iniciatīva psihiatrījā

Prīekšvārds:

Roberts van Vorens (*Robert van Voren*), Globālā iniciatīva psihiatrījā

CILVĒKTIESĪBAS

garīgās veselības aprūpē Baltijas valstīs

Šis politikas dokuments ir izstrādāts Eiropas Kopienas finansētā projekta ietvaros "Cilvēktiesību monitorings: spīdzināšanas un necilvēcīgas apiešanās novēršana slēgtajās iestādēs: cietumos, policijas izolatoros un psihoneiroloģiskajās iestādēs Baltijas valstīs". Dokuments izstrādāts, pamatojoties uz tā autoru uzskatiem, un tādējādi tas nekādā veidā neatspoguļo Eiropas Komisijas oficiālo viedokli.

© Latvijas Cilvēktiesību centrs



**Igaunijas Pacientu
tiesību aizsardzības
asociācija EPE**



Eiropas Komisija

SATURS

Priekšvārds	7
Kopsavilkums	8
Ievads	9
Starptautisko tiesību aktu un politikas konteksts	11
Latvija	23
1. Garīgās veselības aprūpes sistēmas reforma Latvijā pēc PSRS sabrukuma	23
2. Garīgās veselības aprūpes sistēmas struktūra	24
3. Likumdošanas bāzes un politisko nostādņu analīze (psihiatrija un sociālā aprūpe)	25
3.1. Veselības aprūpe	25
3.2. Personas hospitalizācija pret tās gribu	26
3.3. Psihiatriskās aprūpes politika	27
3.4. Sociālās aprūpes politika	28
3.5. Deinstitutionalizācija	28
4. Statistika	31
4.1. Garīgās veselības aprūpe	31
4.2. Sociālā aprūpe	31
5. Pacientu tiesības, cilvēktiesības, NVO ziņojumi un aktivitātes	32
6. Rekomendācijas	36
Noslēguma secinājumi un rekomendācijas	41

PRIEKŠVārds

Garīgās veselības aprūpes modernizēšana un humānu, uz psihiatrijas pakalpojumu lietotāju vērstu un sabiedrībā balstītu garīgās veselības aprūpes pakalpojumu izveide ir ilgstošs, nepārtraukts process, kurš, iespējams, nekad nebeigsies. Mainoties sabiedrībai, mainās arī cilvēku vajadzības: tādējādi jānodrošina pietiekama pakalpojumu spēja piemēroties šai mainīgajai videi.

Mainīt pastāvošo kārtību ir pietiekami sarežģīti pat valstīs ar attīstītu sabiedrību, bet vēl jo grūtāk to izdarīt valstīs, kurās vairāk nekā pusi gadsimta valdījis totalitārais režīms un kuras atguvušas neatkarību tikai pirms piecpadsmit gadiem. Šajās valstīs pieejamie garīgās veselības aprūpes pakalpojumi nenoliedzami atpaliek no Eiropas aprūpes standartiem, kas izskaidrojams ar to veidošanos sabiedrībā, kura ignorējusi indivīdu cilvēktiesības, izstūmusi no sabiedrības cilvēkus ar funkcionāliem – gan fiziskiem, gan garīgiem – traucējumiem, uzlūkojusi garīgās slimības tikai un vienīgi bioloģiskā aspektā un gadu gadiem liegusi resursus pat esošo pakalpojumu uzturēšanai. Veicot monitoringu jeb uzraudzību¹ slēgtajās ārstniecības un aprūpes iestādēs, atklājas būtiski trūkumi un bieži vien arī acīm redzami cilvēktiesību pārkāpumi. Par spīti garīgās veselības aprūpes sistēmas reformētāju 15 gadu laikā paveiktajam lielajam darbam, diemžēl vēl ir daudz kas kritizējams.

Tomēr kritikai nav jēgas, ja tālāk neseko reāla rīcība. Jautājums nav par trūkumu apzināšanos – jautājums ir par to, kā mēs varam atrisināt šīs problēmas. Šajā ziņā liela nozīme ir konstruktīvai kritikai. Tikai analizējot pašreizējo situāciju un iespējamās problēmas

nākotnē, mēs varam atrast vidusceļu starp lietām, kas sekmīgi vai mazāk sekmīgi ir risinātas, un nepieciešamajām turpmākajām izmaiņām. Vissvarīgākās šajā gadījumā ir garīgi slimo cilvēku vajadzības.

Ziņojuma mērķis ir izvirzīt minētās vajadzības par prioritārām. Trūkumi netiek noklusēti, bet gan parādīti to reālajā kontekstā. Šis ziņojums attiecīgajām kompetentajām iestādēm sniedz ierosinājumus un rekomendācijas par to, kā atrisināt atklātās problēmas un tādējādi veicināt labākas garīgās veselības aprūpes sistēmas izveidi.

Es patiešām ceru, ka ziņojumam būs šāds pozitīvs efekts. Jo, būsim godīgi, ignorēt šādu ziņojumu, aizbildinoties, ka tas ir pārāk kritisks un tendenciozs, būtu tikpat viegli, cik uzrakstīt ziņojumu, kurā izteikta tikai kritika, neminot iespējamās konstruktīvos soļus problēmu atrisināšanai. Neviens no šiem variantiem nepalīdzētu cilvēkiem ar garīgās veselības traucējumiem.

Roberts van Vorens,
Globālā iniciatīva psihiatrijā

¹ Atkarībā no konteksta un labskanības termini 'monitorings' un 'uzraudzība' turpmāk tekstā lietoti vienādā nozīmē – *tulk. piez.*

KOPSAVILKUMS

Visā Baltijas valstu reģionā cilvēkiem ar garīgās veselības traucējumiem joprojām nav brīvi pieejami sabiedrībā balstītie pakalpojumi, kā arī viņu cilvēktiesības joprojām tiek ignorētas. Situācija garīgās veselības aprūpes sistēmā ir līdzīga visās trīs Baltijas valstīs: Igaunijā, Latvijā un Lietuvā. Tomēr politikas un likumdošanas izstrādes jomā Lietuva un Igaunija ievērojami apsteidz Latviju.

Šis politikas dokuments ir izstrādāts Eiropas Komisijas (EK) finansētā projekta "Cilvēktiesību monitorings: spīdināšanas un necilvēcīgas apiešanās novēršana slēgtajās iestādēs: cietumos, policijas izolatoros un psihoneiroloģiskajās iestādēs Baltijas valstīs" ietvaros. Dokumenta izstrādē piedalījās vairākas sadarbības organizācijas: Latvijas Cilvēktiesību centrs, Globālās iniciatīvas psihiatrijā Viļņas reģionālais birojs, Garīgi slimo interešu aizstāvības centrs un Igaunijas Pacientu tiesību aizstāvības asociācija.

Politikas dokuments sniedz ieskatu garīgās veselības aprūpes politikas attīstībā visās trīs Baltijas valstīs un rekomendācijas par pāreju uz mazāk ierobežojošu aprūpi, kas pārsvarā orientēta uz sabiedrībā balstītu pakalpojumu sniegšanu un deinstitucionalizāciju. Rekomendācijas paredzētas valdībām, minēto valstu iestādēm, nacionālajiem un starptautiskajiem cilvēktiesību aizstāvjiem, privātajām un sabiedriskajām donororganizācijām. Šo dokumentu var izmantot programmu izstrādātāji – kā informācijas avotu, cilvēktiesību organizācijas – kā vadlīnijas interešu aizstāvībai, bet valdības un donororganizācijas – kā līdzekļu piešķiršanas vadlīnijas.

Ziņojums aicina Igauniju, Latviju un Lietuvu koncentrēt atbalstu sabiedrībā balstītajiem garīgi slimo personu aprūpes pakalpojumiem un izveidot detali-

zētu laika grafiku pārejai no institucionālas uz sabiedrībā balstīto aprūpi. Ziņojumā norādīts, ka Baltijas valstīs trūkst efektīvu neatkarīgu uzraudzības institūciju, tāpēc nepieciešams izveidot neatkarīgus cilvēktiesību uzraudzības mehānismus.

Kā vēl viens trūkums minēta nepietiekama starpministru sadarbība, tāpēc ieteicams ministru sadarbību veicināt ar citām nozarēm. Ziņojumā aktualizēta nepieciešamība nostiprināt psihiatrijas pakalpojumu lietotāju līdzdalību politikas izstrādes līmenī un nodrošināt nepieciešamo lietotāju organizāciju atbalstu.

Ziņojumā izteikts ierosinājums visām trim valstīm uzlabot tiesu sistēmas pieejamību cilvēkiem ar garīgās veselības traucējumiem, ko varētu veikt, izstrādājot jaunu Garīgās veselības likumu Latvijā un Igaunijā un apmācot tiesnešus un juristus Latvijā, Igaunijā un Lietuvā. Visu trīs valstu ziņojumi aicina cilvēktiesību aizsardzību stiprināt aizgādību regulējošos atbilstošajos tiesību aktos un ierosina ieviest daļējo aizgādību.

Lai nodrošinātu personu ar garīgās veselības traucējumiem pamattiesības, ziņojums mudina Latviju ratificēt Eiropas Padomes Konvenciju par cilvēktiesībām un biomedicīnu un Eiropas Sociālās hartas 10. Pildprotokolu par kolektīvo sūdzību sistēmu.

Katrai valstij atsevišķi ir izstrādātas rekomendācijas, un ar tām var iepazīties katras valsts sadaļas noslēgumā. Šis ziņojums publicēts angļu valodā, bet atsevišķi ziņojumi, tajā skaitā ievads, valsts ziņojums un vispārējās rekomendācijas, būs pieejamas arī igauņu, latviešu un lietuviešu valodā.

2003. gada beigās un 2004. gada sākumā Eiropas Komisijas finansētā projekta ietvaros trīs sadarbības organizācijas veica monitoringa vizītes psihiatriskajās slimnīcās un specializētajos sociālās aprūpes centros (bieži sauktos par internātiem) trīs Baltijas valstīs un Krievijas Federācijas Kaļiņingradas apgabalā. Šajā projektā piedalījās šādas partnerorganizācijas: Latvijas Cilvēktiesību centrs (bijušais Latvijas Cilvēktiesību un etnisko studiju centrs) – projekta vadošais partneris, Globālās iniciatīvas psihiatrijā Viļņas reģionālais birojs (bijusi Ženēvas iniciatīva psihiatrijā), Igaunijas Pacientu tiesību aizsardzības asociācija un Garīgi slimo interešu aizstāvības centrs. No 2004. līdz 2006. gadam regulāras monitoringa vizītes turpināja veikt Latvijā un Lietuvā. Šis politikas dokuments piedāvā ieskatu garīgās veselības aprūpes politikas plānošanā visās trīs Baltijas valstīs un sniedz rekomendācijas par pāreju uz mazāk ierobežojošu aprūpi, kas vairāk orientēta uz sabiedrībā balstītu pakalpojumu sniegšanu un deinstitucionalizāciju. Rekomendācijas paredzētas ziņojumā aplūkoto valstu valdībām un iestādēm, nacionālajiem un starptautiskajiem cilvēktiesību aizstāvjiem, privātajām un sabiedriskajām donororganizācijām. Šo dokumentu var izmantot programmu izstrādātāji kā informācijas avotu, cilvēktiesību organizācijas – kā vadlīnijas interešu aizstāvībai, bet valdības un donororganizācijas – kā līdzekļu piešķiršanas vadlīnijas.

Cilvēki ar garīgiem traucējumiem² Igaunijā, Latvijā un Lietuvā, kā arī Kaļiņingradas apgabalā, pārāk bieži ir izolēti no sabiedrības, jo atrodas slimnīcās un

specializētajos aprūpes centros. Cilvēkus ar intelektuālās attīstības traucējumiem un garīgās veselības problēmām ievieto minētajās iestādēs, tādējādi liedzot iespēju iegūt izglītību, kā arī attīstīties profesionāli, sociāli un emocionāli. Šādā veidā cilvēkam tiek liegtas ne tikai pašnoteikšanās tiesības, bet viņi arī nepamatoti tiek izolēti no sabiedrības. Cilvēkresursi un finanšu resursi bieži vien tiek novirzīti postošās un dārgās institucionalizācijas uzturēšanai, nevis jaunu sabiedrībā balstītu programmu izveidei un atbalstam, kas veicinātu cilvēku ar invaliditāti integrāciju, nevis pastiprinātu atstumtību. Lai gan kopš Padomju Savienības sabrukuma dzīves līmenis minētajās iestādēs ir uzlabojies, joprojām, ja neņem vērā atsevišķus pilotprojektus, netiek radītas sabiedrībā balstītas alternatīvās³ aprūpes formas.

Šķēršļi reformu veikšanai

Visas trīs Baltijas valstis – Igaunija, Latvija un Lietuva – 2004. gada maijā pievienojās Eiropas Savienībai (ES). Baltijas valstis no jaunajām dalībvalstīm bija vienīgās bijušās Padomju Savienības valstis, un tām pirms pievienošanās ES bija izvirzīta prasība uzlabot likumdošanu un praksi cilvēktiesību jomā. Lai gan lielākā daļa uzlabojumu attiecās uz etniskajām un valodas minoritātēm un citām sabiedrības mazaizsargātām grupām, visvairāk stigmatizēto sabiedrības pārstāvju, piemēram, personu ar intelektuālās attīstības traucējumiem un garīgi slimu personu cilvēktiesību stāvoklis kopš neatkarības atgūšanas nav ievērojami

² Ar terminu 'garīgie traucējumi' (*mental disabilities*) tiek domāti gan cilvēki ar garīgās veselības traucējumiem (dažviet tekstā arī 'garīgi slimie'), gan cilvēki ar intelektuālās (garīgās) attīstības traucējumiem. – *tulk. piez.*

³ Šeit un turpmāk tekstā ar alternatīvām aprūpes formām tiek saprasti aprūpes pakalpojumi, kas balstās uz psihiatrijas pakalpojumu lietotāju dzīvi sabiedrībā, ārpus institūcijām (sabiedrībā balstīta aprūpe). – *tulk. piez.*

uzlabojies. ES prasības attiecībā pret cilvēkiem ar garīgās veselības un intelektuālās attīstības traucējumiem ne vienmēr tikušas ievērotas šādu iemeslu dēļ: 1) ES rīcībā nav konkrētu mehānismu atbilstības novērtēšanai; 2) ES prasību piemērošanu izvērtē, pamatojoties uz valsts prioritātēm, bet cilvēku ar garīgās veselības un intelektuālās attīstības traucējumiem tiesības nekad nav bijusi valsts prioritāte; 3) ES cilvēktiesību prioritātes lielā mērā ietekmē tas, cik politiski izdevīgs ir konkrētais jautājums, bet, tā kā cilvēki ar garīgiem traucējumiem parasti nav apvienojušies organizācijās, viņi lielākoties ir izolēti un bez balsstiesībām, tad no politikas viedokļa tie nav uzskatāmi par ievērošanas cienīgu mērķgrupu.

Politiskā griba reformēt pašreizējo institucionalizēto sistēmu joprojām ir nepietiekama, tādējādi vēl vairāk apdraudot cilvēku ar garīgiem traucējumiem tiesības. Šajā ziņojumā apskatīto trīs valstu valdībām plašāk jāizmanto apjoma ziņā nemitīgi pieaugošie starptautisko cilvēktiesību dokumenti, Eiropas standarti un finanšu līdzekļi, lai izstrādātu konkrētus plānus par cilvēku ar garīgās veselības traucējumiem integrāciju sabiedrībā, kas pieliktu punktu tam, ka tūkstošiem pilsoņu un pastāvīgo iedzīvotāju piespiedu kārtā tiek turēti slēgtās iestādēs un izolācijā no sabiedrības.

Cilvēktiesību pārkāpumi Baltijas valstīs notiek vairāku iemeslu dēļ: valsts likumdošana pilnībā neatbilst starptautiskajiem tiesību aktiem; iestāžu iekšējā politikā netiek ievērotas valsts normatīvo aktu prasības un/vai atsevišķi iestāžu darbinieki tās ignorē vai apzināti izvēlas rīkoties nelikumīgi.

Cilvēktiesību neievērošanu savā veidā sekmē virkne savstarpēji saistītu politisku faktoru: garīgo traucējumu nepārtraukta stigmatizācija, valsts īstenotā līdzekļu piešķiršanas politika, kas veicina institucionalizāciju, iestāžu un to darbinieku noliedzoša attieksme, kas

izskaidrojama ar bailēm zaudēt darbu, nepietiekama pašlaik nodarbināto darbinieku tālākizglītošana, nepietiekamas cilvēku ar garīgiem traucējumiem zināšanas par viņu tiesībām un fakts, ka veselības aprūpes speciālisti, politiķi un sabiedrība kopumā cilvēkus ar garīgiem traucējumiem uztver kā personas bez tiesībām. Uzskats, ka cilvēktiesības neattiecas uz cilvēkiem ar garīgiem traucējumiem, ir vislielākais un nozīmīgākais šķērslis, kas arī izskaidro gandrīz pilnīgo valdības politiskās gribas trūkumu veikt ievērojamas reformas, lai uzlabotu šādu cilvēku stāvokli sabiedrībā. Tā vietā, lai pēc iespējas pilnīgāk iekļautos ģimenes un sabiedriskajā dzīvē, tūkstošiem cilvēku ar garīgās veselības traucējumiem Baltijas valstīs tiek ilgstoši turēti psihiatriskajās slimnīcās un specializētajos sociālās aprūpes centros.

Sabiedrībā balstītu aprūpes formu trūkums nozīmē, ka iedzīvotājiem, kam nepieciešama jebkāda veida aprūpe, netiek piedāvāta cita alternatīva – vien ievietošana slimnīcās vai pansionātos, kas noved pie šādu cilvēku *de facto* izolācijas. Dzīve institucionalizētā vidē samazina indivīda iespējas jebkad uzsākt patstāvīgu dzīvi, jo pārmērīga medikamentu lietošana un stimula trūkums saasina pastāvošo stāvokli. Tādēļ var uzskatīt, ka šajā ziņojumā minētās slimnīcas un specializētie aprūpes centri vairāk izmitina, nekā rehabilitē to iemītniekus, tādā veidā nostiprinot garīgās veselības traucējumu stigmatizāciju. Cilvēki ar garīgiem traucējumiem minētajās valstīs tiek diskriminēti, un viņi ir viena no vismazāk aizsargātajām grupām, kam netiek dotas līdzdalības iespējas, kas ir pretrunā ar starptautisko likumdošanu un vispārpieņemto labāko praksi.

STARPTAUTISKO TIESĪBU AKTU UN POLITIKAS KONTEKSTS

Reformu veikšanas iespējas un pasākumi

2003. gads tika pasludināts par Eiropas gadu cilvēkiem ar īpašām vajadzībām. 20. gs. 90. gadi bija ANO desmitgade cilvēkiem ar īpašām vajadzībām, šajā laikā ANO sāka izstrādāt saistošu konvenciju par cilvēku ar invaliditāti tiesībām. 2005. gada janvārī Pasaules Veselības organizācijas (PVO) sanāksmes laikā Helsinkos Eiropas valstu veselības ministri apņēmas:

“izskaust stigmatizāciju un diskrimināciju, nodrošināt cilvēktiesību un cieņas aizsardzību, ieviest nepieciešamo likumdošanu, lai veicinātu pilnvērtīgu un līdzvērtīgu līdzdalību sabiedrībā cilvēkiem, kas atrodas riska situācijās vai cieš no garīgās veselības traucējumiem un invaliditātes”⁴.

Eiropas Padome pašlaik izstrādā Invaliditātes mazināšanas rīcības plānu (*Disability Action Plan*), ko 2005. gada oktobrī parakstīja Eiropas Padomes dalībvalstis.

Politiķi un interešu aizstāvji var izmantot šos un citus saistošos tiesību dokumentus, lai aicinātu valdības pildīt tām uzliktās saistības – veicināt cilvēku ar garīgiem traucējumiem integrāciju. Turklāt starptautiskās tiesības, ANO aģentūru, piemēram, PVO, izplatītie politikas ieteikumi un ES finanšu mehānismi piedāvā praksi un standartus, ko interešu aizstāvji var izmantot, lai identificētu nepilnības pašreiz spēkā esošajos likumos un/vai praksē un izteiktu ierosinājumus reformām.

Starptautiskās tiesības un standarti attiecībā uz cilvēkiem ar garīgiem traucējumiem

Kamēr garīgās veselības aprūpē Baltijas valstīs priekšplānā joprojām vērojama medicīniskā pieeja invaliditātei, starptautiskajā sabiedrībā dominējošais aprūpes modelis pēdējo 30 gadu laikā ir ievērojami mainījies. Šajā laikā starptautiskā sabiedrība nonākusi pie slēdziena, ka cilvēku ar invaliditāti integrācija sabiedrībā ir cilvēktiesību jautājums un ka invaliditāte jāvērtē no ‘sociālā modeļa’ vai ‘cilvēktiesību modeļa’ pozīcijām. Saskaņā ar šo jauno uzskatu funkcionālie traucējumi izriet nevis no indivīda diferenciācijas, bet gan no tā, kā veidota sabiedrība. Citiem vārdiem sakot – no tā, kā tiek dalīti līdzekļi, kā mijiedarbojas sabiedrības pārstāvji, un no tā, kā ikdienā izmantotie tehnoloģiskie risinājumi veicina invaliditātes sociālo skaidrojumu. Pretstatā medicīnas modelim, sociālais modelis noteic, ka diskriminācija, distributīva netaisnība un ierobežota valsts spēja nepamatoti ierobežo indivīda darbību un līdzdalību. Tādējādi valstij vide jāmaina atbilstoši invalīdu vajadzībām, kā arī jāveicina pozitīvā diskriminācija, lai nodrošinātu vienādas iespējas visiem.

Šie jēdzieni ir ietverti starptautiskajās *cilvēktiesību normās* un *standartos*. *Starptautiskās tiesības* ir saistošas, un tās ietvertas līgumos (bieži dēvētos par paktiem vai konvencijām). Valstīm, kas parakstījušas paktus vai konvencijas, ir pienākums ievērot, aizsargāt un pildīt šajos tiesību aktos noteiktās prasības. Baltijas valstis ir parakstījušas gan ANO, gan Eiropas Padomes cilvēktiesību līgumus. *Starptautiskie standarti* noteikti ANO, PVO un Eiropas Padomes pieņemtajās

⁴ PVO Eiropas valstu veselības ministru konference par garīgo veselību EUR/04/5047810/6. 2005. gada 14. janvāris, 52667. <http://www.euro.who.int/document/mnh/edoc06.pdf>

deklarācijās un oficiālajos ziņojumos. Šajos dokumentos bieži vien ietvertas cilvēktiesību normas, sniedzot detalizētāku informāciju attiecībā uz cilvēku ar invaliditāti tiesību ievērošanu.

Visi cilvēktiesību līgumi un deklarācijas piemērojamas arī cilvēkiem ar garīgiem traucējumiem. ANO 1948. gadā pieņemtās Vispārējās cilvēktiesību deklarācijas (*Universal Declaration of Human Rights – UDHR*) 1. pants noteic, ka “visi cilvēki piedzimst brīvi un vienlīdzīgi savā cieņā un tiesībās”⁵. Papildus tam Starptautiskā pakta par pilsoniskajām un politiskajām tiesībām (*International Covenant on Civil and Political Rights – ICCPR*), Starptautiskā pakta par ekonomiskajām, sociālajām un kultūras tiesībām (*International Covenant on Economic, Social, and Cultural Rights – ISECR*), Eiropas Cilvēktiesību un pamatbrīvību aizsardzības konvencijas (*European Convention for the Protection of Human Rights and Fundamental Freedoms – ECHR*), Eiropas Sociālās hartas (*European Social Charter – ESC*), Eiropas konvencijas par spīdzināšanas, necilvēcīgas vai pazemojošas rīcības un sodīšanas novēršanu (*European Convention for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment – CPT*) un Eiropas Padomes Konvencija par cilvēktiesību un cieņas aizsardzību bioloģijā un medicīnā (*Convention for the Protection of Human Rights and Dignity of the Human Being with Regard to the Application of Biology and Medicine*) prasības piemērojamas arī cilvēkiem ar garīgiem traucējumiem.

Nesen publicētajā ANO Ģenerālsekretariāta ziņojumā ANO Ģenerālajai Asamblejai ir konstatēts, ka:

“Starptautiskajā paktā par pilsoniskajām un politiskajām tiesībām (..) un Starptautiskajā paktā par ekonomiskajām, sociālajām un kultūras tiesībām (..) ietverti īpaši nosacījumi attiecībā uz nediskrimināciju – šie pakti noteic, ka cilvēkiem ar garīgiem traucējumiem ir tiesības uz brīvību un personas neaizskaramību, taisnīgu tiesu un atzīšanu par līdzvērtīgiem cilvēkiem likuma priekšā, kā arī atzīst katra cilvēka tiesības uz visaugstāk sasniedzamo fiziskās un psihiskās veselības līmeni, kā arī tiesības uz izglītību un darbu.”⁶

Šajā ziņojumā minētās valdības ir parakstījušas un ratificējušas lielāko daļu šo līgumu, tādējādi valsts likumdošanai ir jābūt saskaņā ar starptautisko cilvēktiesību līgumu prasībām. Zemāk redzamajā tabulā apkopota informācija par attiecīgo līgumu ratifikāciju.

Valsts	Starptautiskais pakts par pilsoniskajām un politiskajām tiesībām	Starptautiskais pakts par ekonomiskajām, sociālajām un kultūras tiesībām	Eiropas Cilvēktiesību un pamatbrīvību aizsardzības konvencija	Eiropas Sociālā harta	Eiropas konvencijas par spīdzināšanas, necilvēcīgas vai pazemojošas rīcības un sodīšanas novēršanu	Eiropas Padomes Konvencija par cilvēktiesību un cieņas aizsardzību bioloģijā un medicīnā
Igaunija	X	X	X	X	X	X
Latvija	X	X	X	X	X	Parakstīta, bet nav ratificēta
Lietuva	X	X	X	X	X	X

Lai arī starptautiskajām deklarācijām nav konvencijām līdzvērtīga likumiska spēka, tajās ir iekļauti īpaši nosacījumi attiecībā uz cilvēkiem ar invaliditāti (vai cilvēkiem, kas uzturas institūcijās). Šo deklarāciju vidū

⁵ Vispārējā cilvēktiesību deklarācija. Ģenerālās Asamblejas 1948. gada 10. decembra rezolūcija 217 A (III). <http://www.un.org/Overview/rights.html>

⁶ Apvienoto Nāciju Ģenerālā Asambleja. *Progress of Efforts to Ensure the Full Recognition and Enjoyment of the Human Rights of Persons with Disabilities*. Ģenerālsekretariāta ziņojums, 2003. gada 24. jūlijs, 4., 5. lpp.

varētu minēt Apvienoto Nāciju Organizācijas Paraugnoteikumus par vienlīdzīgām iespējām cilvēkiem ar invaliditāti (1993. g.) (turpmāk tekstā – Paraugnoteikumi) un Apvienoto Nāciju Organizācijas Principus garīgi slimu personu aizsardzībai un garīgās veselības aprūpes uzlabošanai (1991. g.) (turpmāk tekstā – ANO Principi).

Ziņojumā minēto valstu institūcijās regulāri tiek pārkāptas vairākas šajās konvencijās un deklarācijās minētās tiesības, tajā skaitā tiesības uz privāto dzīvi, personas tiesības uz brīvību un drošību, tiesības netikt pakļautam necilvēcīgiem vai cieņu pazemojošiem apiešanās veidiem, tiesības uz integrāciju sabiedrībā.

Tiesības uz privāto dzīvi

Cilvēkiem ar garīgiem traucējumiem, kas uzturas psihoneiroloģiskajās slimnīcās un specializētajos sociālās aprūpes centros, bieži vien tiek liegtas tiesības uz privāto dzīvi. Daudzos šādu cilvēktiesību pārkāpumu gadījumos tiesību uz privāto dzīvi neievērošanu pastiprina stigmatizācija. Institūciju personāls un politiķi netic, ka cilvēki ar garīgiem traucējumiem spēj novērtēt privātās dzīves priekšrocības vai pieņemt ar to saistītus lēmumus. Kā piemēru varētu minēt to, ka psihoneiroloģisko slimnīcu personāls regulāri atver pacientiem sūtītās vēstules, nepadomājot par to, ka šī darbība ir pretrunā ar visiem tiesību uz privāto dzīvi pamatprincipiem.

Starptautiskie standarti nepārprotami noteic, ka ikvienam cilvēkam ir tiesības uz privāto dzīvi, tajā skaitā

arī tiesības atteikties no ārstēšanas. Eiropas Cilvēktiesību un pamatbrīvību aizsardzības konvencijas 8. pants nosaka:

“Ikvienam ir tiesības uz savu privāto un ģimenes dzīvi, korespondences noslēpumu un dzīvokļa neaizskaramību. Valsts institūcijas nedrīkst traucēt nevienam baudīt šīs tiesības, izņemot gadījumos, kas paredzēti likumā un ir nepieciešami (..), lai aizstāvētu valsts un sabiedriskās drošības (..) intereses, lai nepieļautu nekārtības vai noziegumus, lai aizsargātu veselību vai tikumību, vai lai aizstāvētu citu tiesības un brīvības.”⁷

Baltijas valstu un Krievijas Federācijas slēgtajās iestādēs novērotie tiesību uz privāto dzīvi pārkāpumi bieži vien ir pretrunā ar noteikumiem par sabiedrības drošībai radīto draudu mazināšanu vai citu cilvēktiesību un pamatbrīvību aizsardzību.

ANO Principi nepārprotami noteic (13. princips), ka pacientiem garīgās veselības aprūpes institūcijās ir tiesības uz privāto dzīvi un sazināšanās brīvību.⁸ 11. princips noteic, ka minētajiem pacientiem ir tiesības saņemt informāciju par ārstēšanas metodēm un piekrist vai atteikties no tām. Principi sniedz procesuālus norādījumus, kas jāievēro, ja indivīdi tiek ārstēti pret savu gribu. Ārstēšana pret pacienta gribu pieļaujama tikai tad, ja patients likumīgi slimnīcā ievietots ar tiesas lēmumu, ja neatkarīga kompetentā iestāde noteikusi, ka patients nav spējīgs sniegt informētu piekrišanu (*informed consent*), vai ja kvalificēts garīgās veselības aprūpes speciālists nolēmis, ka bez ārstēšanas patients tiešā veidā apdraud sevi un apkārtējos.⁹

⁷ Apvienoto Nāciju Ģenerālā Asambleja. *Progress of Efforts to Ensure the Full Recognition and Enjoyment of the Human Rights of Persons with Disabilities*. Ģenerālsekretariāta ziņojums, 2003. gada 24. jūlijs, 4., 5. lpp.

⁸ *Principles for the Protection of Persons with Mental Illness and the Improvement of Mental Health Care*. Ģenerālās Asamblejas 1991. gada 17. decembra rezolūcija 46/119.

http://www.who.int/mental_health/policy/en/UN_Resolution_on_protection_of_persons_with_mental_illness.pdf

⁹ Turpat.

Jaunākā Eiropas Padomes tiesību instrumentā – Konvencijā par cilvēktiesību un cilvēka cieņas aizsardzību bioloģijā un medicīnā: Konvencijā par cilvēktiesībām un biomedicīnu – uzskaitītas personas tiesības uz privāto dzīvi, informācijas pieejamību pirms piekrišanas izteikšanas, kā arī tiesības atteikties no ārstēšanas. Pretstatā ANO Principiem šai konvencijai ir starptautisko tiesību spēks, tādējādi valstīs, kurās šis dokuments ratificēts, tiesas var atsaukties uz šo konvenciju, bet tās piemērošanu uzrauga Komiteja.¹⁰

Tiesības uz brīvību un drošību

Personām ar garīgās veselības traucējumiem nevajadzētu piespiedu kārtā atņemt brīvību. Tomēr, tāpat kā gadījumos ar tiesībām uz privāto dzīvi, tiesības uz brīvību bieži vien tiek pārkāptas, jo politiķi un institūciju personāls netic, ka cilvēki ar garīgiem traucējumiem ir spējīgi pieņemt lēmumus par viņu ievietošanu institūcijā. Kā norādīts katras valsts sadaļā, dažās valstīs īstenotā politika nepietiekami ievēro Eiropas un starptautiskajās tiesībās minētos nosacījumus attiecībā uz brīvību. Citās valstīs likumdošana un politika ir atbilstoša, bet slēgto institūciju personāls, augstāk par visu vērtējot savu personīgo izdevīgumu, nevis cilvēktiesības, pārkāpj noteiktās normas.

Eiropas Cilvēktiesību un pamatbrīvību aizsardzības konvencijas 5. pants noteic, ka garīgi slimu indivīdu var aizturēt pret viņa gribu. Tomēr šādā gadījumā

aizturētā persona “nekavējoties jāinformē viņai saprotamā valodā par aizturēšanas iemesliem un par jebkuru viņai izvirzīto apsūdzību”¹¹. Jebkurai aizturētai personai ir tiesības vērsties tiesā, kas nekavējoties lemj par viņas aizturēšanas likumīgumu. Šis ir indivīda pamattiesības, turpretim Baltijas valstīs un Kalīņingradā garīgi slimus cilvēkus nereti pret viņu gribu ievieto institūcijās, nepaskaidrojot ievietošanas iemeslus un nenodrošinot iespēju vērsties tiesā.

Tiesības netikt pakļautam necilvēcīgai un pazemojošai rīcībai

Eiropas Cilvēktiesību un pamatbrīvību aizsardzības konvencijas 3. pants un Starptautiskā pakta par pilsoniskajām un politiskajām tiesībām 7. pants noteic, ka nevienu nedrīkst pakļaut necilvēcīgam vai pazemojošam sodam vai rīcībai.¹²

ANO Principi precīzē iepriekš minēto aizsardzību pret necilvēcīgu un pazemojošu apiešanos, īpaši attiecībā uz cilvēkiem ar garīgiem traucējumiem. 11. principā minēts, ka fiksāciju vai izolāciju var pielietot “tikai gadījumā, ja tas ir vienīgais pieejamais līdzeklis, kā novērst tūlītēju vai citādi nenovēršamu draudu pacientam vai citām personām draudošu kaitējumu (..) Visi fiziskās ierobežošanas vai piespiedu izolēšanas gadījumi, kā arī to cēloņi un apstākļi, kādos tas noticis, jādokumentē pacienta slimības vēsturē”¹³. Visu fiksācijas un izolācijas gadījumu dokumentēšana ir īpaši

¹⁰ Eiropas Padomes Konvencija par cilvēktiesību un cieņas aizsardzību bioloģijā un medicīnā: Konvencija par cilvēktiesībām un biomedicīnu.

CETS No. 164. <http://conventions.coe.int/Treaty/EN/CadreListeTraites.htm> Ne Latvija, ne Krievija nav ratificējušas šo līgumu. Pašlaik šis līgums ir spēkā Lietuvā un Igaunijā.

¹¹ Eiropas Cilvēktiesību un pamatbrīvību aizsardzības konvencija. Roma, 1950. gada 4. novembris. <http://conventions.coe.int/Treaty/EN/CadreListeTraites.htm>

¹² Eiropas Cilvēktiesību un pamatbrīvību aizsardzības konvencija. Roma, 1950. gada 4. novembris. <http://conventions.coe.int/Treaty/EN/CadreListeTraites.htm> Starptautiskais pakts par pilsoniskajām un politiskajām tiesībām. <http://www.ohchr.org/english/law/ccpr.htm>

¹³ *Principles for the Protection of Persons with Mental Illness and the Improvement of Mental Health Care*. Ģenerālās Asamblejas 1991. gada 17. decembra rezolūcija 46/119. http://www.who.int/mental_health/policy/en/UN_Resolution_on_protection_of_persons_with_mental_illness.pdf

nozīmīga, jo tas ļauj psihoneiroloģiskajām slimnīcām un sociālās aprūpes centriem pārraudzīt fiksācijas līdzekļu un izolācijas pielietošanas biežumu un ilgumu.

Pamatojoties uz Eiropas Konvenciju par spīdzināšanas, necilvēcīgas vai pazemojošas rīcības un sodīšanas novēršanu, Eiropas Padome izveidoja Spīdzināšanas novēršanas komiteju, kas apmeklē jebkuru iestādi, kur personām ar valsts sankciju atņemta brīvība, tajā skaitā psihoneiroloģiskās slimnīcas un sociālās aprūpes centrus.¹⁴ Komiteja ir izstrādājusi papildu aizsardzības pasākumus fiksācijas un izolācijas pielietošanai. Apstākļiem, kādos var izmantot fiksāciju jeb fizisko ierobežošanu, ir jābūt skaidri definētiem. Personālam jābūt apmācītam ar fizisku spēku nesaistītu un manuālu kontroles metožu lietošanā tā, lai ļautu personālam izmantot šīs metodes, pirms lietot fizisko ierobežošanu. Cilvēka fizisko ierobežošanu vai izolāciju nedrīkst izmantot kā soda veidu, bet tikai kā ārsta apstiprinātus līdzekļus tādu pacientu savaldīšanai, kas apdraud sevi un citus. Visbeidzot komiteja norāda, ka visām institūcijām jāuztur atsevišķs reģistrs, kurā dokumentēti gadījumi, kad piemērota cilvēka fiziskā ierobežošana vai izolācija.¹⁵ Šāds reģistrs sekmē uzraudzību pār fiziskās ierobežošanas līdzekļu izmantošanu iestādēs kopumā (nevis par katru pacientu atsevišķi).

Kā norādīts valstu sadaļās, sadzīves apstākļi valsts slimnīcās un sociālās aprūpes centros bieži vien ir nehygiēniski un/vai tie neveicina personas izaugsmi.

Dzīvošana šādos apstākļos var radīt pazemojošu apiešanos.¹⁶ Individīdiem nevajadzētu sevi pakļaut sadzīves apstākļiem, kas ietver neatbilstošu uzturu, apģērbu, siltumu vai karstā ūdens trūkumu, lai tikai saņemtu nepieciešamo psihiatrisko ārstēšanu vai atbalstu. Viņiem arī nevajadzētu pārciest pazemojumus saistībā ar atkārtotiem tiesību uz privāto dzīvi pārkāpumiem, piemēram, mazgāšanos kopējās dušās.

Slimnīcu vai sociālās aprūpes centru iemītniekiem bieži tiek piedāvāts mazs vai nepietiekams stimuls attīstībai. Baltijas valstu un Kaļiņingradas apgabala psihoneiroloģiskajās slimnīcās un aprūpes centros tas izpaužas tā, ka cilvēkus ieslēdz istabās bez jebkādam aktivitāšu iespējām vai arī kā vienīgo izklaides veidu viņiem piedāvā skatīties televīziju vai spēlēties ar bērnu rotaļlietām. Lai arī minētās nodarbes katra atsevišķi nav uzskatāmas par pašcieņu aizsarošu apiešanos, kopumā ņemot, tās ir cieņu pazemojošas, jo institucionalizētajam indivīdam pasliktinās sociālās un citas iemaņas. Patiešām, Cilvēktiesību komiteja, kuras uzdevums ir iepazīties ar valstu ziņojumiem par Starptautiskā pakta par pilsoniskajām un politiskajām tiesībām ieviešanu, ir atzīmējusi, ka, nosakot, vai prakse nav uzskatāma par cilvēka cieņu pazemojošu apiešanos, ņems vērā arī šīs prakses pielietošanas ilgumu.¹⁷ Turklāt Spīdzināšanas novēršanas komiteja, komentējot, ko tā saprot ar jēdzienu 'cieņu pazemojoša apiešanās', norādīja: "Komiteja rūpīgi pēta pacientu sadzīves apstākļus un ārstēšanu; neatbilstības šajā jomā ātri var novest pie

¹⁴ Eiropas Konvencija par spīdzināšanas, necilvēcīgas vai pazemojošas rīcības un sodīšanas novēršanu. Strasbūra, 1987. gada 26. novembris.

<http://conventions.coe.int/Treaty/en/Treaties/Html/126.htm>

¹⁵ Eiropas Spīdzināšanas un necilvēcīgu vai cieņu pazemojošu apiešanās veidu vai sodu novēršanas komiteja. SNK vispārējais ziņojums CPT/Inf/E (2002). 1. redakcija, 2004, 59. lpp. <http://www.cpt.coe.int/en/documents/eng-standards.doc>

¹⁶ Pasaules Veselības organizācijas Garīgās veselības un atkarību no vielām departaments (2004). Starptautisko cilvēktiesību loma valstu likumdošanā par garīgo veselību, 55. lpp.

http://www.mdri.org/pdf/WHO%20chapter%20in%20English_r1.pdf

¹⁷ Citēts no: turpat, 56. lpp.

situācijām, ko var dēvēt par ‘necilvēcīgu un cieņu pazemojošu apiešanos’. Mērķis ir piedāvāt tādus materiālos apstākļus, kas sekmētu pacientu ārstēšanu un labklājību, jeb, runājot psihiatrijas terminos, – nodrošinātu pozitīvu terapeitisko vidi.”¹⁸

Komiteja tālāk paskaidro, ka šos materiālos apstākļus veido pienācīgi plaša dzīves telpa, personīgā saskarsme, atbilstošas ēdināšanas un sanitārās telpas, kā arī slēdzams skapītis katram iestādes iemītniekam.¹⁹

Tiesības uz personas autonomiju un integrāciju sabiedrībā

Starptautiskā pakta par pilsoniskajām un politiskajām tiesībām un Starptautiskā pakta par ekonomiskajām, sociālajām un kultūras tiesībām 1. pants noteic, ka “visām tautām ir pašnoteikšanās tiesības. Pamatojoties uz šīm tiesībām, tās brīvi nosaka savu politisko statusu un brīvi nodrošina savu ekonomisko, sociālo un kultūras attīstību”. Ņemot vērā to, ka cilvēku ar garīgiem traucējumiem izolācijas un pastāvīgas dzīvošanas dēļ institūcijās, kur ir nepietiekami izglītības, kultūras un profesionālās izaugsmes resursi, vai viņu izolētības dēļ no sabiedrības – bez pienācīgiem sabiedrībā balstītiem pakalpojumiem, bieži vien cilvēkiem ar garīgiem traucējumiem nav teikšanas par savu izaugsmi. Kā norādīts tālāk, institūcijās izmantotā ārstēšanas un administrēšanas prakse bieži vien iedragā, nevis veicina indivīda izaugsmi un pašnoteikšanu. Iemītnieki tiek uzskatīti par institūcijas aizbilstamajiem, nevis par personām ar tiesībām saņemt

pakalpojumus, kas attīstītu pašnoteikšanu un līdzdalību sabiedrības dzīvē.

ANO Ekonomisko, sociālo un kultūras tiesību komiteja vispārējā komentārā Nr. 5 min dažus pasākumus, kas jāveic, lai veicinātu personu ar jebkādam spējām pašnoteikšanu. Saskaņā ar komitejas sniegto viedokli tiesības uz veselību ietver arī to, ka valstij jāpiedāvā cilvēkiem ar invaliditāti “tādi rehabilitācijas pakalpojumi, kas palīdzētu šiem cilvēkiem sasniegt un uzturēt optimālo patstāvības un funkcionēšanas līmeni”²⁰. Attiecībā uz izglītības jomu, valstīm jāatzīst “ka bērniem, jauniešiem un pieaugušajiem ar invaliditāti ir jānodrošina līdzvērtīgas iespējas iegūt pamatzglītību, vidējo izglītību un augstāko izglītību vispārēja tipa mācību iestādēs (integrētās izglītības princips)”²¹. Visbeidzot “valstij (-īm) jānodrošina cilvēkiem ar invaliditāti tādi apstākļi, lai šie indivīdi varētu izmantot savu radošo, māksliniecisko un intelektuālo potenciālu (..), tas pats attiecas uz (..) atpūtu, sportu un tūrismu”²². Īsi sakot, valdību pienākums ir nodrošināt cilvēku ar invaliditāti patstāvību un sociālo integrāciju. Šis pienākums neaprobežojas tikai ar līdzdalības iespēju piedāvāšanu cilvēkiem ar invaliditāti, bet ietver arī pakalpojumu, aktivitāšu un resursu pieejamības veicināšanu un nodrošināšanu un pašus šos resursus – piemērotus cilvēku ar garīgiem traucējumiem vajadzībām.

Citi standarti nosaka tiesības uz pašnoteikšanos. ANO Principi pieprasa, lai „katra pacienta ārstēšana būtu vērsta uz personas autonomijas saglabāšanu un attīstīšanu”²³. Šajā ziņojumā apskatītajās institūcijās dzī-

¹⁸ Eiropas Spīdzināšanas un necilvēcīgu vai cieņu pazemojošu apiešanās veidu vai sodu novēršanas komiteja. SNK vispārējais ziņojums CPT/Inf/E (2002), 1. redakcija, 2004, 53. lpp.

<http://www.cpt.coe.int/en/documents/eng-standards.doc>

¹⁹ Turpat, 54. lpp.

²⁰ ANO Ekonomisko, sociālo un kultūras tiesību komiteja. Vispārējais komentārs Nr. 5. Vienpadsmitā sesija. 1994, 34. pants.

²¹ Turpat, 35. pants.

²² Turpat, 36. pants.

²³ Turpat.

vojošos iemītņiekus bieži vien ierobežo institūciju iekšējā politika un prakse. Piemēram, noteikumi, kas aizliedz telefona izmantošanu privātām vajadzībām vai intīmas attiecības, ierobežo, nevis attīsta patstāvību.

Personas autonomijas tiesības ierobežo arī aizgādība. Daudzos gadījumos institūcijās dzīvojošie cilvēki ar tiesas lēmumu ir atzīti par likumīgi rīcībnespējīgiem, un viņiem ir nodibināta citas personas aizgādība. Aizgādānis cita starpā lemj arī par ārstēšanu un finanšu darījumiem. Ņemot vērā to, ka aizgādņim ir plašas lēmumu pieņemšanas pilnvaras, aizgādība bieži ir novedusi pie nolaidīgas, pat ekspluatējošas rīcības. Eiropas Padomes Ministru komiteja uzsvērusi nepieciešamību noteikt dažādas rīcībspējas pakāpes, kā arī atzinusi nepieciešamību saglabāt cilvēku ar garīgiem traucējumiem autonomijas tiesības visaugstākajā iespējamā līmenī. Ministru Padomes Rekomendācija Nr. 99(4) aizliedz cilvēkam automātiski liegt tiesības balsot, sastādīt testamentu, iesaistīties biznesa darījumos, piekrist vai atteikties no medicīniskām manipulācijām.²⁴ Turpmākajā katras valsts sadaļā aprakstītā īstenotās politikas analīze rāda, ka dažos gadījumos piespiedu institucionalizācijas procedūras paredz arī automātisku šo tiesību atcelšanu, tādā veidā liedzot personai iespēju līdzdarboties sabiedrībā.

ANO Principi nepārprotami nosaka personu ar garīgiem traucējumiem tiesības *dzīvot sabiedrībā*, cik vien tas iespējams. 3. princips noteic, ka “ikvienai

personai ar garīgās veselības traucējumiem ir tiesības dzīvot un strādāt sabiedrībā visaugstākajā iespējamā līmenī”²⁵. Lai gan Eiropas Cilvēktiesību un pamatbrīvību aizsardzības konvencijā šis pienākums nav īpaši pieminēts, Eiropas Cilvēktiesību tiesa, kas ir atbildīga par Konvencijā minēto pienākumu izpildes nodrošināšanu valstīs, savos lēmumos ir atbalstījusi personas tiesības dzīvot sabiedrībā. Piemēram, Litva (Litwa) pret Poliju lietā tiesa atzina, ka cilvēka aizturēšana ir tik nopietns līdzeklis, ka tas attaisnojams tikai gadījumos, ja ir apsvērti citi cilvēka brīvību mazāk ierobežojoši veidi un tie atzīti par nepietiekamiem, lai nodrošinātu indivīda vai sabiedrības interešu aizsardzību, kuras vārdā pieļaujama konkrētās personas aizturēšana.²⁶

Nediskriminācija, līdzdalība un pienācīga izaugsme

Lielākajā daļā cilvēktiesību līgumu apskatīti trīs normas – nediskriminācija, patiesa līdzdalība un pienācīga izaugsme.²⁷ Šīs normas ir īpaši svarīgas, pētot cilvēku ar garīgiem traucējumiem tiesības. Tā kā cilvēki ar garīgiem traucējumiem ir viena no ziņojumā minētajās valstīs vismazāk aizsargātajām un stigmatizētajām iedzīvotāju grupām, šie cilvēki tiek diskriminēti daudzās dzīves jomās. Turklāt stigmatizētā stāvokļa dēļ cilvēkiem ar garīgiem traucējumiem lielā mērā bieži vien liegtas tiesības līdzdarboties sabiedrībā un noteikt sev vēlamās aprūpes prioritātes. Kā

²⁴ Eiropas Padomes Ministru komiteja. 1999. gada *Principles Concerning the Legal Protection of Incapable Adults* rekomendācija Nr. 4.

²⁵ *Principles for the Protection of Persons with Mental Illness and the Improvement of Mental Health Care*. Ģenerālās Asamblejas 1991. gada 17. decembra rezolūcija 46/119. http://www.who.int/mental_health/policy/en/UN_Resolution_on_protection_of_persons_with_mental_illness.pdf

²⁶ *Witold Litwa v. Poland, Application No. 26629/95, Judgment 4 April 2000.*

²⁷ *United Nations Development Program (2000). Using Indicators for Human Rights Accountability. In: Human Development Report: 2000, 95.* http://hdr.undp.org/reports/global/2000/en/pdf/hdr_2000_ch5.pdf

norādīts ziņojuma sadaļās, reālajā dzīvē cilvēki ar garīgiem traucējumiem bieži vien ir pasīvi garīgās veselības aprūpes pakalpojumu saņēmēji. Viņiem ir niecīgas iespējas ietekmēt savas ārstēšanas kursu un noteikt prioritātes attiecībā uz institūcijā vai sociālajā un kultūras dzīvē piedāvātajiem pakalpojumiem. Visbeidzot, lai gan daudzām valstīm – tajā skaitā arī ziņojumā minētajām – ir nepietiekams finanšu nodrošinājums, šīm valstīm ir pienākums garantēt pienācīgu izaugsmi un saistību izpildi cilvēktiesību jomā. Valdībām ir jāveic konkrēti pasākumi, kas veicinātu personu ar garīgiem traucējumiem cilvēktiesību ievērošanu šādos veidos – pieņemot jaunu likumdošanu, izveidojot neatkarīgus iestāžu uzraudzības mehānismus, lai uzraudzītu cilvēktiesību ievērošanu institūcijās, psihiatrijas mācību programmu uzlabošanu augstākajās mācību iestādēs un līdzekļu novirzīšanu sabiedrībā balstītu garīgās veselības aprūpes pakalpojumu izveidei. It īpaši tāpēc, ka institucionalizācija bieži vien izmaksā dārgāk nekā sabiedrībā balstītā aprūpe. Finanšu līdzekļu trūkums nav attaisnojums valsts bezdarbībai. Nepietiekami finanšu līdzekļi nekad nedrīkst būt par attaisnojumu cilvēka pamattiesību pārkāpumiem, tajā skaitā – tiesību būt brīvam no spīdzināšanas, cietsirdīgiem, necilvēcīgiem vai cieņu pazemojošiem apiešanās vai sodīšanas veidiem.

Tiesības uz NEDISKRIMINĒJOŠU ATTIEKSMI

Papildus starptautiskajos cilvēktiesību līgumos ietvertajiem nediskriminācijas pantiem ANO Ekonomisko,

sociālo un kultūras tiesību komiteja ir noteikusi, ka politika, kas segregē un izolē cilvēkus ar garīgiem traucējumiem, ir uzskatāma par diskriminējošu. “Personu ar invaliditāti diskriminācijai *de iure* un *de facto* ir sena vēsture, un tā var izpausties dažādi, sākot no aizskarošas diskriminācijas, piemēram, liedzot iespēju saņemt izglītību, līdz pat “asākām” diskriminācijas formām, piemēram, atstumtībai un izolācijai, ko panāk, ieviešot fiziskas un sociālas barjeras.”²⁸

Patiesībā tiesības uz nediskriminējošu attieksmi pret cilvēkiem ar invaliditāti nozīmē vairāk nekā būt vienlīdzīgam likuma priekšā. Šīs tiesības prasa tā sauktos “īpašos pasākumus”, lai nodrošinātu vienlīdzīgu pilsoņu aizsardzību.²⁹ Īpašie pasākumi attiecas arī uz pielāgotu vidi, kas definējami kā politika vai pakalpojumi, kas veicina invalīdu piekļuvi iestādēm vai infrastruktūrai. ANO Ekonomisko, sociālo un kultūras tiesību komiteja ir secinājusi, ka pielāgotas vides trūkums arī rada diskrimināciju:

“Diskrimināciju uz invaliditātes pamata var definēt kā jebkuru stāvokli, kuru raksturo nodalīšana, atstumtība, izslēgšana, ierobežojumi vai priekšrocības, vai pielāgotas vides attiecībā uz invaliditāti liegšana, kas ietekmē ekonomisko, sociālo vai kultūras tiesību atzīšanas, baudīšanas vai realizēšanas iespēju pasliktināšanos vai anulēšanu.”³⁰

Paraugnoteikumi par vienlīdzīgām iespējām cilvēkiem ar invaliditāti noteic, ka cilvēkiem ar invaliditāti piemīt tās pašas tiesības, kas pārējiem cilvēkiem, un ka cilvēkiem ar invaliditāti ir tiesības saņemt starptautiskās (mediācijas) pakalpojumus.

²⁸ ANO Ekonomisko, sociālo un kultūras tiesību komiteja. Vispārējais komentārs Nr. 5, *supra* note 2.

²⁹ Pasaules Veselības organizācijas Garīgās veselības un atkarību no vielām departaments (2004). Starptautisko cilvēktiesību loma valstu

likumdošanā par garīgo veselību, 40. lpp. http://www.mdri.org/pdf/WHO%20chapter%20in%20English_r1.pdf

³⁰ ANO Ekonomisko, sociālo un kultūras tiesību komiteja. Vispārējais komentārs Nr. 5. Vienpadsmitā sesija. 1994, 15. pants.

“Personas ar invaliditāti ir sabiedrības pārstāvji, un viņiem ir tiesības dzīvot vietējā sabiedrībā. Viņiem ir jāsaņem nepieciešamais atbalsts pastāvošās izglītības, veselības, nodarbinātības un sociālo pakalpojumu sistēmas ietvaros (..), līdztiesības princips noteic, ka ikkatra un jebkura indivīda vajadzības ir vienlīdz svarīgas (..)”.³¹

Tiesības uz LĪDZDALĪBU

ANO un citas organizācijas ir uzsvērušas nepieciešamību aktīvi veicināt cilvēku ar garīgiem traucējumiem līdzdalību pilsoniskajā sabiedrībā. 1982. gada ANO Pasaules Rīcības programma attiecībā uz cilvēkiem ar invaliditāti (*World Programme of Action Concerning Disabled Persons (WPA)*) pieprasa dalībvalstīm “likvidēt ierobežojumus pilnīgas līdzdalības sasniegšanai, (..) izveidot vai mobilizēt attiecīgās valsts vai privātās organizācijas, kā arī atbalstīt organizāciju, kurās apvienojušies cilvēki ar invaliditāti, izveidi un attīstību”³².

Valsts loma neaprobežojas tikai ar politikas vides izveidi un sekmēšanu. Valdībām finansiāli jāatbalsta pakalpojumu *lietotāju* (cilvēku ar invaliditāti) grupas, lai tās varētu piedalīties politikas uzraudzībā un attīstībā. Paraugnoteikumu par vienlīdzīgām iespējām cilvēkiem ar invaliditāti 18. noteikums nosaka: “Valstij finansiāli vai kā citādi jāiedrošina un jāatbalsta tādu organizāciju izveide un darbība, kurās apvienojušies cilvēki ar invaliditāti, to ģimenes locekļi

un/vai interešu aizstāvji. Valstij jāatzīst, ka šīm organizācijām ir liela nozīme invaliditātes politikas veidošanā.”³³

2005. gada janvārī notikušajā PVO sanāksmē Helsinkos Eiropas valstu veselības ministri vienojās, ka nākamās desmitgades prioritāte ir “atzīt, ka pakalpojumu lietotāju un aprūpētāju pieredze un zināšanas ir nozīmīgs pamats, plānojot un attīstot garīgās veselības aprūpes pakalpojumus”³⁴. Ministri apņēmas “veicināt nevalstisku un pakalpojumu lietotāju organizāciju izveidi”³⁵. Ministri īpaši aicina organizācijas, kuras “apvieno pakalpojumu lietotājus, kas ir iesaistīti mazaizsargāto un marginalizēto cilvēku iedrošināšanā un viņu interešu aizstāvībā”³⁶.

PIENĀCĪGAS ATTĪSTĪBAS nepieciešamība

Nemot vērā, ka garīgās veselības aprūpes tiesību jomā nav vērojama stabila atbilstoša attīstība, ANO, Eiropas Padome un citas organizācijas ir ieviesušas pasākumus, lai aicinātu valstis aktīvi cīnīties pret cilvēku ar garīgiem traucējumiem diskrimināciju un sociālo atstumtību. Eiropas Padomes Parlamentārās asamblejas 2003. gadā izdotajās rekomendācijās atzīts, ka cilvēkiem ar invaliditāti ir:

“(..) liegta pilnīga un jēgpilna tādu tiesību izmantošana, ko citi cilvēki pieņem kā pašu par sevi saprotamu (..) tiesības saņemt atbalstu un palīdzību (..) nav uzskatāmas par pietiekamām (..). Vienlīdzīgs statuss,

³¹ ANO Ģenerālās Asamblejas 1993. gada 20. decembra rezolūcija Nr. 48/96. 26., 204. lpp.

³² Citēts no: RL Metts (2000). *Disability Issues, Trends and Recommendations for the World Bank*. Washington DC: World Bank. 15.

³³ Standarta noteikumi par vienlīdzīgām iespējām cilvēkiem ar invaliditāti, A/RES/48/96, 85. plenārsēde 1993. gada 20. decembrī. <http://www1.umn.edu/humanrts/instreet/disabilitystandards.html>

³⁴ PVO Eiropas valstu veselības ministru konference par garīgo veselību. EUR/04/5047810/6. 2005. gada 14. janvāris, 52667, 7. pants.

<http://www.euro.who.int/document/mnh/edoc06.pdf>

³⁵ Turpat.

³⁶ Turpat.

iekļaušana, pilnvērtīga līdzdalība pilsoniskā sabiedrībā un tiesības izvēlēties būtu tālāk jāattīsta un jāievieš”³⁷.

Citos dokumentos uzsvērts, ka jāattīsta cilvēkiem ar garīgiem traucējumiem piedāvātie ārstēšanas veidi, mērķi un atbalsts. Starptautiskā pakta par ekonomiskajām, sociālajām un kultūras tiesībām Vispārējais komentārs Nr. 14 noteic, ka valstīm jānodrošina pasākumi, kas veicinātu sabiedrībā balstītu pakalpojumu izveidi cilvēkiem ar garīgiem traucējumiem. “Šiem pasākumiem jābūt pārdomātiem, skaidri definētiem un vēršoties uz pilnīgi tiesību uz veselību īstenošanu.”³⁸

Visbeidzot, atzīstot to, ka valstīm nav izdevies nodrošināt pienācīgu izaugsmi, ANO Ģenerālā Asambleja 2001. gadā izveidoja ārkārtas speciālo komisiju, lai izskatītu ierosinājumus visaptverošai starptautiskai konvencijai par cilvēku ar invaliditāti tiesību aizsardzību.³⁹

Citi principi un tiesību normas attiecībā uz personu ar garīgiem traucējumiem cilvēktiesībām

Papildus starptautiskajām tiesībām Pasaules Veselības organizācija (PVO), Eiropas Savienība (ES) un Pasaules Banka ir izstrādājušas svarīgu ieteikumu kopumu attiecībā uz deinstitucionalizācijas nepieciešamību, sabiedrībā balstītu pakalpojumu izveidi un institucionālās aprūpes standartiem. Nacionālos rīcības plā-

nus, labklājības vai veselības ministriju reformu stratēģijas arī var izmantot kā kritērijus, lai vērtētu cilvēku ar garīgiem traucējumiem tiesību ievērošanu. Tomēr jāņem vērā, ka šie nacionālie plāni un stratēģijas var pilnībā neatbilst starptautiskajām rekomendācijām vai tiesībām. Tāpat valsts likumdošana var pilnībā neietvert vai pat būt pretrunā starptautisko tiesību standartiem.

PVO rekomendācijas izskaidro deinstitucionalizācijas un sabiedrībā balstītu pakalpojumu izveides cilvēktiesību, klīniskos un politiskos aspektus. PVO galvenie uzskati par institucionālo aprūpi (daudzi no tiem ir līdzīgi iepriekšminētajiem) ir šādi:

- **Cilvēkresursi.** Iestādes patērē lielāko daļu garīgās veselības aprūpē pieejamo cilvēkresursu. Personāls bieži vien ir nepietiekami motivēts un atbalstīts, un tam bieži vien nav pietiekamu klīnisko prasmju vai cilvēktiesību pieejas.
- **Klīniskie rezultāti.** Daudzas iestādes nodrošina tikai uzraudzības aprūpi – līdzīgu tai, kāda ir cietumos, – un bieži vien arī šī aprūpe ir ļoti sliktas kvalitātes. Slikta klīniskā aprūpe, cilvēktiesību pārkāpumi, izolējoša un nestimulējoša institucionālās aprūpes būtība, rehabilitācijas pakalpojumu trūkums noved pie sliktiem klīniskajiem rezultātiem. Citiem vārdiem sakot, tā vietā, lai uzlabotu institucionālāto vispārējo funkcionēšanu, viņi bieži vien zaudē patstāvīgu lēmumu pieņemšanas spējas.

³⁷ Eiropas Padomes rekomendācijas 1592 (2003). http://www.coe.int/T/E/Communication_and_Research?press?events?2Parliamentary_Assembly_Sessions/2003/2003-01_Winter_session/ONG_Decl.asp#TopOfPage

³⁸ ANO Ekonomisko, sociālo un kultūras tiesību komiteja. Starptautiskā pakta par ekonomiskajām, sociālajām un kultūras tiesībām.

Vispārējais komentārs Nr. 14, U.N. Doc. E/C.12/2000/4 22. sesija, art 12 (2000).

³⁹ ANO Ģenerālās Asamblejas rezolūcija Nr. 68, U.N. GAOR, 56. sesija. Dienaskārtības jautājums 119(b), ANO dok. A/RES/56/168 (2001).

- **Tolerance.** Ņemot vērā dziļi iesakņojušos stigmatizāciju, kas saistīta ar segregējošām psihoneiroloģiskajām slimnīcām un nedaudzo sabiedrībā balstīto pakalpojumu pieejamību, indivīdi, kuriem nepieciešama palīdzība, bieži vien nemeklē garīgās veselības aprūpes pakalpojumus, izņemot gadījumus, kad tā ir pēdējā iespēja. Tas nelabvēlīgi ietekmē klīniskos rezultātus.
- **Cilvēktiesību pārkāpumi.** Institūcijās jau izsenis notikuši būtiski cilvēktiesību pārkāpumi. Gan attīstītajās, gan jaunattīstības valstīs institūciju iemītnieki ir bijuši pakļauti pārkāpumiem no personāla vai citiem iemītniekiem vai piedzīvojuši pārkāpumus kā pakalpojumu trūkuma rezultātu.
- **Pieejamība.** Ņemot vērā, ka institūcijas parasti atrodas tālu no apdzīvotām vietām ar nepietiekami nodrošinātu satiksmes infrastruktūru, institūcijas jau pašā to būtībā ierobežo iemītnieku līdzdalību ģimenes, sociālajā, politikas un kultūras dzīvē.
- **Izmaksas.** Institūciju infrastruktūras un organizatoriskās struktūras uzturēšana izmaksā dārgi, tādējādi šādas iestādes bieži vien patērē ievērojamu daļu garīgās veselības aprūpei paredzētā budžeta, sabiedrībā balstītiem pakalpojumiem atstājot tikai niecīgu daļu resursu. Rezultātā ievērojama daļa cilvēku, kas ar pienācīgu atbalstu varētu dzīvot sabiedrībā, tiek izolēti institūcijās, bet tiem indivīdiem ar garīgiem traucējumiem, kas dzīvo sabiedrībā, ir niecīgs nepieciešamo pakalpojumu pieejamais klāsts vai to nav vispār.⁴⁰

PVO ir noteikusi nepieciešamo politiku un programmu pamatelementus, lai piedāvātu sabiedrībā dzīvojošiem cilvēkiem ar garīgiem traucējumiem pakalpojumus. Tie ir:

- primārās aprūpes speciālistu nodrošināta garīgās veselības aprūpe;
- psihiatriskie pakalpojumi daudzprofilu slimnīcās;
- regulāri, sabiedrībā balstīti (ambulatori) garīgās veselības aprūpes pakalpojumi;
- speciālistu nodrošināti garīgās veselības aprūpes pakalpojumi.⁴¹

PVO arī skaidro, ka sabiedrībā balstītu pakalpojumu sniegšana ir saistīta ar deinstitucionalizāciju.

“Apjomīgās uzraudzības psihoneiroloģiskās slimnīcas jāaizstāj ar sabiedrībā balstītām aprūpes iestādēm, kuras atbalstītu psihiatriskās gultas vietas vispārējās daudzprofilu slimnīcās un aprūpi mājās, nodrošinot slimnieku vajadzības, kas iepriekš bijušas specializēto psihoneiroloģisko slimnīcu atbildībā.

Šī pāreja uz sabiedrībā balstītu aprūpi prasa veselības aprūpes darbinieku un rehabilitācijas pakalpojumu pieejamību sabiedrības līmenī, tajā pašā laikā nodrošinot arī atbalstu krīzes gadījumos. Cilvēkiem ar garīgiem traucējumiem ir jānodrošina arī atbalstītais mājoklis un darbavieta.”⁴²

Sabiedrībā balstītu pakalpojumu trūkuma dēļ cilvēkiem, kam nepieciešama palīdzība, ir maza iespēja saņemt garīgās veselības aprūpes pakalpojumus jebkuru garīga rakstura traucējumu sākuma posmā, bet indivīdiem ar vidēji smagiem traucējumiem nav daudz izvēles iespēju, izņemot hospitalizāciju. Sabiedrībā

⁴⁰ Kopsavilkums veidots no: *World Health Organization. Mental Health Policy and Service Guidance Package: Organization of Services for Mental Health.* 2003, 20.–22. lpp.

⁴¹ Turpat.

⁴² Pasaules Veselības organizācija. Pasaules Veselības organizācijas 2001. gada ziņojums. Garīgā veselība: jauna izpratne, jauna cerība. <http://www.who.int/whr/2001/chapter5/en/index1.html>

balstītas aprūpes pieejamība nodrošinātu, ka vairāk cilvēku ar garīgiem traucējumiem saņem nepieciešamos pakalpojumus, mazāk cilvēku ar garīgiem traucējumiem tiktu hospitalizēti un mazākam skaitam cilvēku attīstītos smagas garīgās veselības problēmas.

Citas iespējas, kā uzlabot cilvēku ar garīgiem traucējumiem dzīvi Baltijas valstīs

Likumi un to normas nodrošina nozīmīgus uzraudzības instrumentus, bet ES īstenotā sociālās politikas koordinēšana un finanšu palīdzības mehānismi sniedz iespējas cilvēku ar garīgiem traucējumiem tiesību aizsardzības organizācijām nodrošināt palīdzību, pārstāvot cilvēkus ar garīgiem traucējumiem pret viņu valdībām vai palīdzot viņiem pašiem ieviest savu, uz tiesībām balstītu programmu. Lai uzlabotu cilvēkiem ar garīgiem traucējumiem piedāvāto pakalpojumu kvalitāti un klāstu Baltijas valstīs, var izmantot divus galvenos ES mehānismus:

1. Sociālās iekļaušanās atklātā koordinēšanas metode un Vienošanās memorands par sociālo iekļaušanos. Visas ES dalībvalstis ir uzsākušas sociālās iekļaušanas politikas savstarpēju saskaņošanu, izmantojot Sociālās iekļaušanās atklāto koordinēšanas metodi. Šā procesa ietvaros jaunās dalībvalstis (tajā skaitā Baltijas valstis) izstrādājušas vienošanās memoranda par sociālo iekļaušanos projektu, kuru tās pirms pievienošanās ES iestrādāja nacionālajā rīcības plānā. Saskaņā ar ES prasībām nacionālajā rīcības plānā prioritārā kārtā ir jārisina jautājumi, kas saistīti ar šādām

sabiedrības grupām, – bezpajumtnieki, cilvēki ar invaliditāti, migranti un etniskās minoritātes, aprūpējamie bērni, lasīt un rakstīt nepratēji. Nacionālā rīcības plāna īstenošana bieži vien negūst pietiekamu atbalstu un finansējumu valdības līmenī. Tomēr šajos plānos ir iestrādātas valdības noteiktās saistības, uz kurām, savukārt, var atsaukties NVO, tādā veidā piespiežot valdību pildīt savus pienākumus.⁴³

2. Eiropas Sociālais fonds. ESF ir viens no četriem ES struktūrfondi. Tas sniedz atbalstu projektiem šādās jomās – “aktīvā darba tirgus politika, vienādu iespēju nodrošināšana un sociālā iekļaušana visiem, mūžizglītība, darbaspēka pielāgošanās un elastīga darba organizācija, [un] darba tirgus pieejamība sievietēm un sievietes nodarbinātība”⁴⁴. Šie fondi sākumā tika izveidoti Eiropas nodarbinātības stratēģijas atbalstam, bet dažkārt šo fondu līdzekļus izmanto arī sociālās iekļaušanās projektiem. ESF līdzekļi vairākās valstīs piešķirti projektiem, kuru mērķis ir veicināt nodarbinātības pieejamību cilvēkiem ar garīgiem traucējumiem.⁴⁵ Uz šo fondu palīdzību var pieteikties NVO un valsts iestādes.⁴⁶

⁴³ Kopējais ziņojums par sociālo iekļaušanos. Eiropas Komisija, 2003, 30. lpp.

⁴⁴ Eiropas Komisija (2003c).

⁴⁵ Sk.: http://europa.eu.int/comm/employment_social/news/2004/jan/esf_in_action_en.html

⁴⁶ Informāciju par ESF Baltijas valstīs sk.: http://europa.eu.int/comm/employment_social/esf2000/member_states-en.htm

1. Garīgās veselības aprūpes sistēmas reforma Latvijā pēc PSRS sabrukuma

Garīgās veselības aprūpes sistēmas reforma Latvijā norit lēnām. Izmaiņas vispārējā veselības aprūpes sistēmā tika uzsāktas 1989. gadā, kad tika izveidota jauna veselības aprūpes sistēmas aizsardzības koncepcija. 1991. gadā tika uzsākta valsts obligātās veselības apdrošināšanas sistēmas (reģionālo slimokasu⁴⁷) projekta izstrāde.

1997. gadā aizsākās primārās veselības aprūpes sistēmas izveide un attīstība, bet 1998. gadā valdība ar Pasaules Banku noslēdza līgumu par veselības aprūpes sistēmas turpmākajām reformām 1999.–2004. gadam.⁴⁸ Šis līgums noteica, ka Pasaules Bankas finansējums tiks novirzīts ilgtermiņa veselības aprūpes pakalpojumu pārstrukturēšanas stratēģijas ieviešanai, tajā skaitā Valsts veselības aprūpes māsterplāna izstrādei, lai uzlabotu primārās, ambulatorās un neatliekamās palīdzības pakalpojumu kvalitāti un samazinātu slimnīcu skaitu. Lai gan māsterplāna projekts tika izstrādāts jau 2002. gadā, tā ieviešanas programmu Ministru kabinets apstiprināja tikai 2004. gada decembrī. Gadu vēlāk – 2005. gada 27. decembrī – Ministru kabinets pieņēma Ambulatorās un stacionārās veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju veselības programmas ieviešanas plānu 2005.–2010. gadam. Veselības programmas

ieviešanas plāns paredz samazināt gultu skaitu psihoneiroloģiskajās slimnīcās no 3048 gultām 2004. gadā līdz 2540 gultām 2010. gadā. Daļu no 2005. gada un 2006. gada veselības aprūpes budžeta plānots novirzīt vairāku psihoneiroloģisko slimnīcu rekonstrukcijai un jaunu ēku būvniecībai divās psihoneiroloģiskajās slimnīcās. Turklāt Likums par valsts budžetu 2006. gadam paredz valsts galvojuma piešķiršanu piecu psihoneiroloģisko slimnīcu (“Ķintermuižas”, Strenču, Daugavpils, Ainažu un Aknīstes) infrastruktūras rekonstrukcijai un renovācijai. Paredzētais valsts galvojumu apjoms ir no 1,9 miljoniem latu Strenču psihoneiroloģiskajai slimnīcai līdz 10 miljoniem latu Daugavpils psihoneiroloģiskajai slimnīcai un slimnīcai “Ķintermuiža”.⁴⁹ Šie rekonstrukcijas un jaunu ēku celtniecības plāni rada nopietnas bažas par to, vai pašreiz veiktie pasākumi garīgās veselības aprūpes jomā nav pretrunā ar citiem politikas dokumentiem, piemēram, ar topošajām Pamatnostādnēm “Iedzīvotāju garīgās veselības uzlabošanai no 2006. līdz 2016. gadam”, kā arī ar 2005. gadā Pasaules Veselības organizācijas pieņemto Helsinku deklarāciju un tās ieviešanas plānu. No efektīvas politikas un budžeta plānošanas viedokļa saprātīgāk būtu investēt psihoneiroloģiskajās slimnīcās tikai pēc Pamatnostādņu “Iedzīvotāju garīgās veselības uzlabošanai no 2006. līdz 2016. gadam” un to ieviešanas plāna apstiprināšanas valdībā.

⁴⁷ Reģionālās slimokases ir atbildīgas par veselības pakalpojumu koordinēšanu un rentablu veselības pakalpojumu nodrošināšanu iedzīvotājiem. 1993. gadā slimokasu sistēmu ieviesa visā Latvijā, un līdz 1993. gada beigām tās noteica veselības aprūpes pakalpojumus, kas jāfinansē no valsts budžeta, pacientu iemaksas un pacientu grupas, kas atbrīvojamas no pacientu iemaksu veikšanas. Kopš 2005. gada janvāra šī sistēma ir reorganizēta, un slimokasu funkcijas ir deleģētas Veselības obligātās apdrošināšanas valsts aģentūrai.

⁴⁸ SIA DEABALTIKA. Veselības aprūpes pakalpojumu groza pašreizējā stāvokļa izvērtējums, tā ietekmējošo faktoru analīze un nākotnes tendence. Rīga, 2002. http://www.politika.lv/polit_real/files/lv/vesel_grozs2002.pdf (Pēdējo reizi sk. 03.02.2005.)

⁴⁹ Likums par Valsts budžetu 2006. gadam. <http://www.fm.gov.lv/page.php?id=4> (Pēdējo reizi sk. 05.05.2006.)

Līdz šim vairākas donororganizācijas ir finansējušas projektus, lai reformētu garīgās veselības aprūpi Latvijā, nodrošinot sabiedrībā balstītus garīgās veselības aprūpes pakalpojumus personām ar garīgās veselības traucējumiem:

Atvērtās sabiedrības institūts (*Open Society Institute*), Sorosa fonds – Latvija, Kanādas Starptautiskā attīstības aģentūra (*Canadian International Development Agency – CIDA*), Nīderlandes sadarbības fondi Centrālajai un Austrumeiropai – Nīderlandes karalienes Julianas fonds (*Co-operating Netherlands Foundations for Central and Eastern Europe – Queen Juliana Foundation*) un Zviedrijas Starptautiskā attīstības aģentūra (*Swedish International Development Agency – SIDA*). Tomēr visi šie projekti palikuši tikai pilotprojektu līmenī.

Garīgās veselības aprūpes reformas ietvaros notika arī pāreja no Starptautiskā slimību klasifikatora 9. izdevuma uz 10. izdevumu. Papildus tam var minēt ievērojamo gultu skaita samazināšanu psihoneiroloģiskajās slimnīcās. Laika posmā no 1998. līdz 2002. gadam gultu skaits psihoneiroloģiskajās slimnīcās samazināts par 20%, kas bija iespējams, pateicoties efektīvākai esošo resursu izmantošanai un akūto pacientu slimnīcā uzturēšanās ilguma saīsināšanai.⁵⁰ Saskaņā ar Garīgās veselības valsts aģentūras sniegtajiem datiem psihiatrijas pacientiem paredzēto gultu skaits uz 10 000 iedzīvotājiem samazinājies no 16,4 gultām 2000. gadā līdz 13,8 gultām 2004. gadā, bet gultu skaits uz vienu stacionārā strādājošu psihiatru samazinājies no 26 gultām 2000. gadā līdz 22 gultām 2004. gadā. Vidējā gultu noslogotība 2004. gadā bija 94,75%.⁵¹ Lai gan Latvijā ir veikts liels darbs,

samazinot gultu skaitu, sabiedrībā balstītu pakalpojumu izveide noritējusi ne tik sekmīgi. Tūkstošiem sabiedrībā dzīvojošu cilvēku ar garīgiem traucējumiem nav pietiekamas pieejas kvalitatīviem, sabiedrībā balstītiem pakalpojumiem.

2. Garīgās veselības aprūpes sistēmas struktūra

Latvijā garīgās veselības aprūpi atkarībā no piedāvātā pakalpojuma veida finansē no dažādiem avotiem. Veselības aprūpes budžeta līdzekļi tiek novirzīti psihoneiroloģiskajām slimnīcām un ambulatorajai psihiatrijas pacientu aprūpei, bet Labklājības ministrija finansē atbalsta cilvēkiem ar garīga rakstura traucējumiem paredzētos sociālās aprūpes centrus. Papildus tam dažas pašvaldības atbalsta nevalstiskās organizācijas, kas piedāvā sabiedrībā balstīto aprūpi cilvēkiem ar intelektuālās veselības traucējumiem. Pašvaldības nav finansējušas psihiatrisko aprūpi. Izņēmums ir Jelgavas dome (4. lielākā pilsēta Latvijā), kas 2003. gadā no Jelgavas psihoneiroloģiskās slimnīcas “Ģintermuiža” pārņēma šizofrēnijas pacientiem izveidotā dienas centra vadību.

Psihiatriskā palīdzība ir Veselības ministrijas pārraudzībā. Latvijā ir 9 psihoneiroloģiskās slimnīcas, bet 3 psihiatriska profila nodaļas somatiskajās slimnīcās. Ambulatoro pacientu aprūpi nodrošina ambulatorās nodaļas 4 psihoneiroloģiskajās slimnīcās Rīgā, Daugavpilī, Liepājā (Piejūras slimnīcā) un Jelgavā (slimnīcā “Ģintermuiža”), kā arī 22 rajonu psihiatru kabineti pašvaldību primārās aprūpes centros. Nenoteiktam

⁵⁰ Veselības ministrija, Pamatnostādnes “Iedzīvotāju garīgās veselības uzlabošana no 2006. gada līdz 2016. gadam”, 8. lpp. <http://www.mk.gov.lv/lv/mk/tap/?pid=30240881> (Pēdējo reizi sk. 26.06.2006.)

⁵¹ Psihiskās veselības aprūpe Latvijā 2004. gadā. Garīgās veselības valsts aģentūra, LR Veselības ministrija. Rīga, 2005, 42. lpp. http://www.gvva.gov.lv/lv_public/2004.pdf (Pēdējo reizi sk. 05.05.2006.)

pacientu skaitam ambulatoro palīdzību sniedz arī 55 psihiatru privātprakses, no kurām 16 prakses 2004. gadā pildīja valsts pasūtījumu⁵². No deviņām slimnīcām viena ir paredzēta bērniem, bet divas – ilgtermiņa pacientiem, kam slimnīcā jāuzturas ilgstoši.

Ilgtermiņa institucionalizēto personu ar garīga rakstura traucējumiem⁵³ aprūpi, ko piedāvā 31 pieaugušo sociālās aprūpes centrā, organizē un finansē Labklājības ministrija. Ņemot vērā sabiedrībā balstītu pakalpojumu trūkumu, sociālās aprūpes centri ir lielākie specializēto pakalpojumu sniedzēji cilvēkiem ar intelektuālās veselības traucējumiem un garīgās veselības traucējumiem – galvenokārt šizofrēnijas pacientiem, Latvijā. 2005. gadā aptuveni 850 cilvēku gaidīja rindā uz vietu sociālās aprūpes centrā.

Labklājības ministrija ir deleģējusi pašvaldībām šādas funkcijas: nodrošināt aprūpi mājās, dienas aprūpi, kā arī grupu mājas cilvēkiem ar garīga rakstura (galvenokārt intelektuālās attīstības) traucējumiem. Noslēdzoties pašvaldību reformai (kuras beigu termiņš plānots 2007. gada 31. decembrī), Labklājības ministrija pašvaldībām deleģēs arī atbildību par sociālās aprūpes centriem personām ar garīga rakstura traucējumiem.

Lai gan piedāvātais pakalpojumu klāsts ir nepietiekams, Labklājības ministrija un attiecīgās pašvaldības ir sniegušas finansiālu atbalstu sabiedrībā balstītu pakalpojumu izveidei cilvēkiem ar intelektuālās attī-

tības traucējumiem, tajā skaitā 18 dienas aprūpes centru un divu grupu māju izveidei. Tomēr ministrija līdz šim nav vēlējusies sniegt šādu atbalstu arī cilvēkiem ar garīgās veselības traucējumiem⁵⁴, jo garīgās veselības problēmas (psihiskās saslimšanas) līdz šim tikušas uztvertas kā slimības, kas ir Veselības ministrijas kompetencē. Sociālās labklājības speciālisti netic, ka cilvēki ar garīgās veselības traucējumiem varētu gūt labumu no starpdisciplināriem pakalpojumiem.

3. Likumdošanas bāzes un politisko nostādņu analīze (psihiatrija un sociālā aprūpe)

3.1. Veselības aprūpe

Garīgās veselības aprūpes sistēmas darbību regulē 1997. gadā pieņemtais Ārstniecības likums. Likuma 65. pants noteic, ka “personām ar psihiskiem traucējumiem un psihiskām slimībām ir jānodrošina visas pilsoņa, politiskās, ekonomiskās un sociālās tiesības, kuras paredz likums. Psihiskie traucējumi vai psihiskā slimība nedrīkst būt par iemeslu cilvēka diskriminācijai”. Tomēr likumā nav iekļauts detalizēts psihiski slimo cilvēku tiesību katalogs, kā arī nav iekļauts tiesību realizēšanas mehānisms.

Pēdējos desmit gadus Latvijas valdība strādā pie jauna Psihiatriskās palīdzības likuma izveides. Ar Kanādas valdības finansējuma palīdzību, pieaicinot ekspertus, 1998. gadā tika izstrādāta likumprojekta 1. redakcija.

⁵² Veselības ministrija. Pamatnostādnes “Iedzīvotāju garīgās veselības uzlabošana no 2006. gada līdz 2016. gadam”, 7.–8. lpp. <http://www.mk.gov.lv/lv/mk/tap/?pid=30240881> (Pēdējo reizi sk. 26.06.2006.)

⁵³ Labklājības ministrija visos savos izstrādātajos normatīvajos aktos lieto terminu ‘cilvēki ar garīga rakstura traucējumiem’. Tomēr šis termins nav minēts nevienā tiesību aktā. Līdz šim Labklājības ministrija nav skaidri definējusi, vai šis termins attiecas arī uz

cilvēkiem ar garīgās veselības traucējumiem, jo praksē šo terminu parasti attiecinā tikai uz cilvēkiem ar intelektuālās attīstības traucējumiem.

⁵⁴ 2005. gadā Labklājības ministrija (Sociālo pakalpojumu pārvalde) pirmo reizi piešķīra līdzekļus dienas centra “Gaismas stars” izveidei Rīgā, kas paredzēts cilvēkiem ar garīgās veselības traucējumiem, galvenokārt šizofrēnijas pacientiem.

Turpmākajos gados likumprojekts ticis vairākkārt grozīts, bet līdz šim likums tā arī vēl nav pieņemts. 2003. gadā Latvijas Cilvēktiesību centrs (bijušais Latvijas Cilvēktiesību un etnisko studiju centrs, turpmāk – LCC) un Budapeštas Garīgi slimo interešu aizstāvības centrs (*Mental Disability Advocacy Center – MDAC*) aicināja Latvijas valdību pārskatīt likumprojektu, jo “personu ar garīgiem traucējumiem aizturēšanas (neatliekamās hospitalizācijas) pārsūdzības procedūra neatbilst cilvēktiesību standartiem un ir pretrunā Eiropas Cilvēktiesību un pamatbrīvību aizsardzības konvencijas 5. pantam.”⁵⁵ Pateicoties šiem aicinājumiem, likumprojekts tika pārstrādāts un 2004. gada 30. decembrī iesniegts Ministru kabinetam. 2005. gada 14. jūlija Valsts sekretāru sanāsmē likumprojekts tika skatīts atkārtoti un pieņemts lēmums to atsaukt. Pēc 2005. gada 14. jūlija lēmuma tālāka darbība nesekoja, un arī Veselības ministrijas izstrādātais darba plāns 2006. gadam pašlaik neparedz virzīt Psihiatriskās palīdzības likumu apstiprināšanai Ministru kabinetā. Tā kā 2006. gada oktobrī Latvijā paredzētas Saeimas vēlēšanas, jaunā garīgās veselības likuma pieņemšana varētu notikt tikai 2007. gadā.

3.2. Personas hospitalizācija pret tās gribu

Saskaņā ar Ārstniecības likuma pašreizējo redakciju, “psihiatriskā palīdzība balstās uz brīvprātības principu. Stacionāro palīdzību sniedz psihiatriskajās ārstniecības iestādēs (nodaļās), ja slimnieka veselības stāvokļa dēļ to nav iespējams veikt ambulatoriski vai dzīvesvietā (67. pants)”⁵⁶. Likuma 68.(1) pantā minēti gadījumi, kādos indivīdam var piemērot piespiedu

ārstēšanu. “Ambulatorisku vai stacionāru izmeklēšanu un ārstēšanu pret slimnieka gribu drīkst veikt tikai šādos gadījumos:

1. ja psihisko traucējumu dēļ slimnieka uzvedība ir bīstama viņa paša vai citu personu veselībai vai dzīvībai;
2. ja psihisko traucējumu un to klīniskās dinamikas dēļ psihiatrs prognozē tādu slimnieka uzvedību, kas ir bīstama viņa paša vai citu personu veselībai vai dzīvībai;
3. ja slimnieka psihiskie traucējumi ir tādi, kas liedz viņam pieņemt apzinātus lēmumus, un atsacīšanās no ārstēšanas var radīt nopietnu veselības un sociālā stāvokļa pasliktināšanos, kā arī sabiedriskās kārtības traucējumus.”

Likuma 68.2. pants noteic, ka, ja slimnieks ievietots stacionārā pret viņa gribu, psihiatru konsilijam 72 stundu laikā jāizmeklē pacients, jāpieņem lēmums par turpmāko ārstēšanu un jāapspriežas ar viņa ģimenes locekļiem vai likumīgajiem pārstāvjiem (aizgādņiem, aizbildņiem). Ja konsilijam nav iespējams tikties ar ģimeni vai likumīgajiem pārstāvjiem, viņiem nosūta rakstveida paziņojumu, izdarot par to ierakstu slimnieka reģistrācijas kartē.

Likumā, kas reglamentē personas hospitalizāciju pret tās gribu un kas regulē medicīniskās aprūpes kārtību, nav minētas pacienta tiesības apstrīdēt viņa hospitalizāciju un ārstēšanu pret viņa gribu neatkarīgā, objektīvā tiesā vai tiesai līdzvērtīgā institūcijā. Tādējādi Latvija vēl arvien pārkāpj Eiropas Cilvēktiesību un pamatbrīvību aizsardzības konvencijas 5. panta prasības.

⁵⁵ MDAC preses relīze. <http://www.mdac.info/documents/Latvia%20Press%20Release.doc> (Pēdējo reizi sk. 03.02.2005.). Eiropas Cilvēktiesību un pamatbrīvību aizsardzības konvencijas 5. pants noteic, ka ikvienam ir tiesības uz brīvību un drošību.

⁵⁶ 1997. gada Ārstniecības likums. <http://www.ttc.lv/New/lv/tulkkojumi/E0233.doc> (Pēdējo reizi sk. 18.10.2004.)

3.3. Psihiatriskās aprūpes politika

Latvijā pirmā psihiatriskās palīdzības stratēģija tika pieņemta 2000. gadā. Ņemot vērā Eiropas Komisijas 1999. gada Progresā ziņojumā par Latviju norādītās nepilnības garīgās veselības aprūpes sistēmā, nepieciešamība izstrādāt psihiatriskās aprūpes politiku minēta arī Nacionālajā programmā integrācijai Eiropas Savienībā. Valdības izstrādātās psihiatriskās palīdzības stratēģijas 2000.–2003. gadam mērķis bija ieviest reformas garīgās veselības aprūpes sistēmā, izveidojot sabiedrībā balstītas garīgās veselības aprūpes sistēmu un samazinot gultu skaitu psihoneiroloģiskajās slimnīcās. Taču stratēģijas īstenošanas plāns netika izstrādāts un finansējums tās īstenošanai netika piešķirts.⁵⁷

Pamatojoties uz PVO 2005. gada Helsinku deklarāciju un rīcības plānu, Veselības ministrija ir pieņēmusi lēmumu izstrādāt jaunas garīgās veselības aprūpes politikas pamatnostādnes un rīcības plānu 2006.–2016. gadam. Politikas pamatnostādņu projekts “Latvijas iedzīvotāju garīgās veselības uzlabošana no 2006. gada līdz 2016. gadam” tika publiskots 2005. gada maijā. Garīgās veselības uzlabošanas pamatnostādņu projekts paredz pāreju no institucionālās aprūpes uz sabiedrībā balstītu garīgās veselības aprūpi, tajā skaitā sabiedrībā balstītu ar pacientu dzīvesvietu saistītu aprūpes iestāžu izveidi (piemēram, īslaicīgas sociālās aprūpes iestādes jeb pusceļa mājas un nelielas grupu mājas (4–12 cilvēkiem, utt.)). Plānots izveidot 40 sabiedrībā balstītas garīgās veselības aprūpes dienesta iestādes, tajā skaitā 10 sabiedrībā balstītas garīgās veselības aprūpes centrus, 10 pusceļa mājas un 20 grupu mājas. Lai gan garīgās veselības

aprūpes pamatnostādnes bija paredzēts iesniegt Ministru kabinetā jau 2005. gada jūlijā, dokumenta iesniegšana tika pārcelta uz 2006. gadu. PVO un tās eksperti ir snieguši Latvijai neatsveramu palīdzību pamatnostādņu izstrādē. PVO turpina sniegt savu atbalstu arī pamatnostādņu ieviešanas plāna izstrādē, kura pieņemšana būs nākamais solis pēc garīgās veselības aprūpes pamatnostādņu apstiprināšanas. 2006. gada janvārī Veselības ministrija un PVO Eiropas reģionālais birojs parakstīja divgadīgu sadarbības līgumu 2006.–2007. gadam.⁵⁸ Līgumā ir noteiktas galvenās jomas, kurās PVO sniegs savu atbalstu, ieskaitot atbalstu nacionālā rīcības plāna izstrādē garīgās veselības un atkarības radīto traucējumu jomā un garīgās veselības veicināšanas un stigmas mazināšanas stratēģiju izstrādei.

Neskatoties uz to, ka garīgās veselības aprūpes pamatnostādņu apspriešanā tika iesaistītas vairākas nevalstiskās organizācijas, Latvijas Cilvēktiesību centrs uzskatīja, ka pamatnostādņu dokuments nepietiekami atspoguļo psihiatrijas pakalpojumu lietotāju viedokli. Tādēļ Latvijas Cilvēktiesību centrs sadarbībā ar Latvijas Psihiatrijas māsu apvienību 2005. gadā veica garīgi slimo cilvēku aptauju 6 psihoneiroloģiskajās slimnīcās un 7 sociālās aprūpes centros, lai noskaidrotu psihiatrijas pakalpojumu lietotāju vajadzības un viedokli par pieejamo pakalpojumu kvalitāti. Pētījuma rezultātus plānots publicēt 2006. gada jūnijā, kā arī iesniegt Veselības un Labklājības ministrijām, lai tās, plānojot reformas, ņemtu vērā arī pakalpojumu lietotāju vajadzības.

⁵⁷ Leimane (2000), A. Kamenska & Leimane-Veldmeijere (2003).

⁵⁸ www.euro.who.int/eprise/main/WHO/Progs/BCA/agreements/20060309_22 (Pēdējo reizi sk. 05.05.2006.)

3.4. Sociālās aprūpes politika

Sociālās aprūpes politika un tās principi ir noteikti 1997. gadā pieņemtajā Baltajā grāmatā,⁵⁹ kura norāda šādus 3 sociālās aprūpes sistēmas reformu virzienus:

- finanšu princips – naudai jāseko klientam (nevis jāizmanto vietu skaita saglabāšanai institūcijās);
- visu sociālās aprūpes pakalpojumu deleģēšana pašvaldībām;
- institucionālās aprūpes pakalpojumu aizstāšana ar alternatīvās aprūpes pakalpojumiem.

1998. gadā Latvijas valdība apstiprināja koncepciju "Vienādas iespējas visiem"⁶⁰, kurā noteikti valdības uzdevumi un 10 gadu rīcības programma cilvēku ar invaliditāti, tajā skaitā personu ar garīga rakstura traucējumiem, integrācijai. Koncepcijas izpildes ietvaros Latvijas valdība 2003. gadā pieņēma un izsludināja jaunu Sociālo pakalpojumu un sociālās palīdzības likumu. Likums nosaka kārtību, kādā sniedzami sociālās aprūpes pakalpojumi cilvēkiem ar garīga rakstura traucējumiem, kuri ilgstoši uzturas sociālās aprūpes un rehabilitācijas iestādēs.⁶¹ 2005. gada augustā valdībā tika apstiprinātas pamatnostādnes invaliditātes un tās seku mazināšanas politikai 2006.–2010. gadam.⁶² Dokumenta galvenais mērķis ir personām ar draudošu invaliditāti mazināt risku kļūt par invalīdiem, pilnveidojot valsts sociālās drošības sistēmu un mazināt sociālās atstumtības vai nošķiršanas risku

personām, kurām invaliditāte ir jau noteikta. Papildus citiem uzdevumiem jaunās pamatnostādnes paredz palīdzības sniegšanu 10 000 invalīdiem, kas cieš no smagiem funkcionāliem traucējumiem (tajā skaitā indivīdiem ar smagiem garīgās attīstības traucējumiem), kā arī atbalsta programmas (piemēram, seminārus, dažādas apmācības) personām ar smagiem garīga rakstura traucējumiem, kas atrodas medicīnas vai pastāvīgās sociālās aprūpes un rehabilitācijas iestādēs. Ņemot vērā, ka pamatnostādnes ir apstiprinātas, valdībai jāpieņem arī rīcības plāns un budžets šo norādījumu iedzīvināšanai.

3.5. Deinstitutionalizācija

2003. gadā Latvija un Eiropas Komisija parakstīja vienošanās memorandu par sociālo iekļaušanu Latvijā⁶³. Memorandā ir norādītas svarīgākās sociālās politikas problēmas, t. sk. nevienlīdzīgs atalgojums. Dokumentā ir norādīts, ka augstam sociālās atstumtības riskam ir pakļauti arī bez darba palikušie invalīdi.⁶⁴ Memorandā ir noteikta politika sociālās iekļaušanas veicināšanai darba tirgus, nodarbinātības, veselības aprūpes, mājas, izglītības un sociālā nodrošinājuma jomā.

Neskatoties uz šo valstisko paziņojumu par atstumtības izskaušanu, valdība nav izrādījusi patiesu politisko apņemšanos veicināt deinstitutionalizāciju visā valstī. Ar Pasaules Bankas atbalstu 2002. gadā tika

⁵⁹ Pamatnostādnes "Sociālās palīdzības sistēmas attīstības Baltā grāmata" (13.05.1997.). http://www.prazdnik.lv/pdf/balta_gramata.pdf (Pēdējo reizi sk. 03.03.2005.)

⁶⁰ Koncepcija "Vienādas iespējas visiem" (30.06.1998.). <http://ppd.mk.gov.lv/ui/DocumentContent.aspx?ID=1539> (Pēdējo reizi sk. 03.02.2005.)

⁶¹ Sociālo pakalpojumu un palīdzības likums (31.10.2002.). <http://www.ttc.lv/New/lv/tulkojumi/E0667.doc> (Pēdējo reizi sk. 20.02.2005.)

⁶² Preses relīze "LM ir izstrādājusi Politikas norādījumus invaliditātes un tās izraisīto seku mazināšanas politikai". <http://www.lm.gov.lv/index.php?sadala=431&id=895> (Pēdējo reizi sk. 05.05.2006.)

⁶³ Vienošanās memorands par sociālo iekļaušanu Latvijā. http://www.lm.gov.lv/doc_upl/JIM_Latvia_Final_11_12_03.pdf (Pēdējo reizi sk. 05.06.04.)

⁶⁴ Vienošanās memorands par sociālo iekļaušanu Latvijā. http://www.lm.gov.lv/doc_upl/JIM_Latvia_Final_11_12_03.pdf (Pēdējo reizi sk. 05.06.04.)

uzsākts visu sociālās aprūpes centru iemītnieku atbilstības izvērtējums. Pētījumā atklājās, ka no 4138 apsekotajām sociālās aprūpes centros dzīvojošajām personām ar garīga rakstura traucējumiem vismaz 4% vai 183 būtu spējīgi dzīvot sabiedrībā, bet 5% vai 189 varētu dzīvot veco ļaužu vispārēja tipa aprūpes centros. Tomēr, neskatoties uz veikto klientu atbilstības vērtējumu, neviens no šiem klientiem netika pārvietots. No 624 personām, kas 1999. gadā atstāja sociālās aprūpes centrus personām ar garīga rakstura traucējumiem, tikai 4% atgriezās ģimenēs un 2,7% uzsāka patstāvīgu dzīvi.⁶⁵

Labklājības ministrija ir izstrādājusi nacionālo programmu sabiedrībā balstītu pakalpojumu klāsta palielināšanai. Ar Eiropas Reģionālās attīstības fonda līdzfinansējumu tiks realizēta programma "Sociālās aprūpes un sociālās rehabilitācijas institūciju infrastruktūras un aprīkojuma uzlabošana". Programma paredz dienas centru izveidi, sociālās rehabilitācijas programmu, neatkarīgo dzīves prasmju programmu, darbnīcu, grupu māju un pusceļa māju izveidi visos 5 Latvijas administratīvajos reģionos.

Pusceļa mājas tiks veidotas uz esošo sešu sociālās aprūpes centru personām ar garīga rakstura traucējumiem bāzes Liepājas, Valkas, Daugavpils, Jelgavas un Rīgas rajonā (Allažos un Ropažos).⁶⁶ 2005. gada 28. decembrī Latgales novada Kalupē tika atklāta pirmā pusceļa māja. Latvijas Cilvēktiesību centra (LCC) 2004. gada pārskatā par cilvēktiesību stāvokli Latvijā norā-

dīja, ka Labklājības ministrijas izstrādātā valsts programma neparedz personāla apmācību, kas nepieciešama, lai sekmētu klientu pāreju uz sabiedrībā balstītiem alternatīvās aprūpes pakalpojumiem.⁶⁷ Šā iemesla dēļ 2005. gadā Atvērtās sabiedrības institūta un Sorosa fonda–Latvija finansētā LCC programma "Cilvēku ar garīgās attīstības traucējumiem un garīgi slimu cilvēku interešu aizstāvībai" atbalstīja biedrību "Paspārne"⁶⁸, kas saņēma līdzekļus sociālo aprūpes centru personāla apmācībai un mācību materiālu izstrādei. Personāla apmācību plānots uzsākt 2006. gada pirmajā pusgadā.

Kā vēl viens Labklājības ministrijas izstrādātās nacionālās programmas trūkums ir jāmin tas, ka nav paredzēts strādāt ar ilgstošajiem psihoneiroloģisko slimnīcu klientiem, jo šādas iestādes ir Veselības ministrijas (nevis Labklājības ministrijas) pārziņā.

Labas prakses piemērs

Biedrība "Paspārne" sadarbojas ar vienu no Veselības ministrijas pārraudzībā esošajām psihoneiroloģiskajām slimnīcām – Aknīstes psihoneiroloģisko slimnīcu – un kopš 2002. gada tās telpās izveidojusi pusceļa māju jeb treniņdzīvokli, īsteno patstāvīgās dzīves iemaņu programmas, kā arī izveidojusi veikalu un kafejnīcu sabiedrībā balstītajā aprūpē esošo psihiatrijas pakalpojumu lietotāju nodarbinātībai. Daudzi no nodarbinātajiem pakalpojumu

⁶⁵ Sociālās palīdzības fonda dati.

⁶⁶ Nacionālā programma "Sociālās aprūpes un sociālās rehabilitācijas institūciju infrastruktūras un aprīkojuma uzlabošana (Eiropas Reģionālās attīstības fonds)" (21.07.2004.) [http://www.lm.gov.lv/doc_upl/soc.pr.un_soc.rehab.\(2\).doc](http://www.lm.gov.lv/doc_upl/soc.pr.un_soc.rehab.(2).doc) (Pēdējo reizi sk. 20.02.2005.)

⁶⁷ LCESC, "Cilvēktiesības Latvijā 2004. gadā", 20.–21. lpp. http://www.humanrights.org.lv/upload_file/Parskats2004_lv.pdf (Pēdējo reizi sk. 05.05.2006.)

⁶⁸ Biedrība "Paspārne" (atrodas Gārsenē, sadarbojas ar Aknīstes psihoneiroloģisko slimnīcu) ir izstrādājusi Latvijā pirmo pusceļa mājas programmu un sadarbībā ar Latvijas Psihiatrijas māsu apvienību izveidojusi patstāvīgās dzīves iemaņu mācību programmu cilvēkiem ar garīgās veselības traucējumiem.

lietotājiem, kas iesaistīti šajās programmās, ir gatavi atgriezties sabiedrībā. Ar Gārsenes pagasta, Atvērtās sabiedrības institūta, Sorosa fonda – Latvija un Latvijas Cilvēktiesību centra atbalstu “Paspārne” ir sākusi veidot grupu māju cilvēkiem ar garīgo invaliditāti. Gārsenes pagasta piešķirtajām telpām grupu mājas izveidei ir nepieciešamas apjomīgas papildu investīcijas kapitālremonta veikšanai. Tādēļ projekta izstrādātāji joprojām turpina meklēt līdzekļus. Biedrība “Paspārne” cer uz paredzētajiem grozījumiem Sociālo pakalpojumu un sociālās palīdzības likumā, kas, sākot ar 2007. gada janvāri, ļaus pretendēt uz valsts līdzfinansējumu līdz 50% grupu māju izveidei.

Diemžēl novatoriskās programmas Aknīstē līdz šim atbalstījuši tikai ārvalstu finansētāji. Labklājības ministrija nav izrādījusi interesi uz šo programmu finansēšanas pārņemšanu vai norādījusi uz projektu pieņemšanas iespējām ES struktūrfondu ietvaros. Šo nevēribu gan nav izraisījusi apzināta Labklājības ministrijas nelabvēlība, bet drīzāk gan konsekventā pārliecība, ka psihoneiroloģiskajās slimnīcās ilgstošajā aprūpē esošajiem klientiem vairāk nepieciešama veselības aprūpe, nevis sociālā palīdzība.

Šāda ārstniecības un sociālās palīdzības dalījuma dēļ valdības deinstitutionalizācijas pasākumi līdz šim bijuši vērsti tikai uz cilvēkiem ar intelektuālās attīstības traucējumiem, nevis uz personām ar garīgās veselības traucējumiem. Tā rezultātā psihiatrijas pa-

cientu rehabilitācija (deinstitutionalizāciju ieskaitot) nav paredzēta Latvijas tiesību aktos un politikas pamatnostādņēs. Pašlaik īstenotā politika paredz, ka rehabilitācijas programmas nodrošina tikai lielie valsts rehabilitācijas centri, kas lielākoties strādā ar invalīdiem ar kustību traucējumiem. Taču vairākas Latvijas psihoneiroloģiskās slimnīcas ar Latvijas Psihiatrijas māsu apvienības palīdzību ir pārņēmušas psihiatrijas pacientu rehabilitācijas programmas no Zviedrijas, Čehijas un Nīderlandes. Piemēram, 2003. gadā Strenču Psihoneiroloģiskajā slimnīcā tika atklāts rehabilitācijas centrs “Rasa”. Šis centrs piedāvā ergoterapijas, mākslas terapijas, mūzikas terapijas un patstāvīgas dzīves iemaņu apmācību gan Strenču Psihoneiroloģiskās slimnīcas pacientiem, gan tuvāko pašvaldību iedzīvotājiem ar garīgās veselības traucējumiem. Tādējādi varam secināt, ka, neskatoties uz to, ka garīgi slimo rehabilitācija nav reglamentēta normatīvajos aktos, daži pakalpojumi tomēr ir pieejami.

Invalīdu tiesību un interešu aizstāvības organizācijas cerēja, ka ES struktūrfondu (2004.–2006. gadam) ietvaros būs pieejami līdzekļi garīgi slimo rehabilitācijas programmām. Potenciālajiem finansējuma saņēmējiem gan nācās vilties, jo struktūrfondu līdzekļi var tikt izmantoti tikai personu, kam jau piešķirta kāda no invaliditātes grupām,⁶⁹ rehabilitācijas programmu izstrādei. Tā kā no pirmajiem saslimšanas simptomiem līdz psihiskās slimības diagnosticēšanai un invaliditātes noteikšanai var paiet vairāki gadi, daudzi indivīdi, kam nepieciešama psihiatriskā rehabilitācija, nevar pretendēt uz struktūrfondu finansēto programmu piedāvātajiem rehabilitācijas pakalpojumiem.

⁶⁹ Termins ‘invalīds’ ir definēts 1992. gadā pieņemtajā likumā “Par invalīdu medicīnisko un sociālo aizsardzību”. Likuma 4. pants noteic, ka “invalīds ir persona, kurai sakarā ar slimību, traumu vai iedzimtu defektu izraisītiem orgānu sistēmu funkciju traucējumiem ir nepieciešama papildu medicīniskā un sociālā palīdzība

un kurai ir noteikta invaliditāte šajā likumā un citos normatīvajos aktos paredzētajā kārtībā”. Likums “Par invalīdu medicīnisko un sociālo aizsardzību” atkarībā no ierobežojumu smaguma pakāpes nosaka smagu invaliditāti (pirmā un otrā invaliditātes grupa) vai mēreni izteiktu invaliditāti (trešā invaliditātes grupa).

Labas prakses piemērs

2004. gadā Vidzemes⁷⁰ reģionā tika uzsākts pilot-projekts cilvēku ar garīga rakstura traucējumiem sociālajai integrācijai. Projekta mērķis bija apvienot tradicionāli nodalīto medicīnisko un sociālo aprūpi, piedāvājot pakalpojumus cilvēkiem gan ar intelektuālās attīstības traucējumiem, gan ar garīgās veselības traucējumiem. Neskatoties uz to, ka programmas izstrāde ir pabeigta, tās īstenošanas uzsākšanai nepieciešams pašvaldību finansējums.

4. Statistika

4.1. Garīgās veselības aprūpe

Latvijas iedzīvotāju skaits ir gandrīz 2,3 miljoni, un valstī ir reģistrēti 64 452 cilvēki, kam diagnosticēta psihiska saslimšana vai uzvedības traucējumi (no kuriem apmēram 14 686 ir personas ar intelektuālās attīstības traucējumiem (garīgo atpalcību saskaņā ar GVVA terminoloģiju).⁷¹ Ik gadu pirmreizēji garīgās veselības traucējumi tiek diagnosticēti apmēram 6000 personām.

Garīgās veselības valsts aģentūras 2004. gada dati liecina, ka lielākoties prevalē šādas diagnozes: šizofrēnija, šizotipiskie traucējumi un murgi – 29% (18 095),

organiski psihiskie traucējumi – 24% (15 477) un garīgā atpalcība – 23% (14 686).

2004. gadā ar ambulatorajiem pacientiem strādāja 64 psihiatri. Tas nozīmē, ka vidēji viens ārsts apkalpoja 803 ambulatoros pacientus. 2004. gadā kopējais gultasvietu skaits psihoneiroloģiskajās slimnīcās bija 3197 vai 13,8 vietas uz 10 000 iedzīvotāju. 2004. gadā divās no deviņām Latvijas psihoneiroloģiskajām slimnīcām gultu skaits bija mazāks par 100, divās slimnīcās – mazāk par 200, trijās – no 200 līdz 500 un vēl divās slimnīcās 500–800.⁷²

4.2. Sociālā aprūpe

2005. gadā 30 personām ar garīga rakstura traucējumiem paredzētajos sociālās aprūpes centros uzturējās 4133 cilvēki, no kuriem 1764 bija personas ar intelektuālās attīstības traucējumiem, 1502 personas ar šizofrēniju un 642 personas ar demenci.⁷³ Latvijā ir arī 3 sociālās aprūpes centri, kuros tiek aprūpēti bērni ar intelektuālās attīstības traucējumiem. 2005. gadā tie nodrošināja aprūpi 359 bērniem.⁷⁴ 2005. gadā apmēram 850 personu bija rindā uz vietu sociālās aprūpes centrā personām ar garīga rakstura traucējumiem. 2004. gadā Latvijā darbojās 19 dienas aprūpes centri un grupu mājas personām ar intelektuālās attīstības traucējumiem, kas nodrošināja pakalpojumus 651 personai.⁷⁵ 2005. gadā no 4133 sociālās aprūpes centru

⁷⁰ Latvijā ir pieci reģioni – Vidzeme, Zemgale, Latgale, Kurzeme un Rīga.

⁷¹ LR Veselības ministrijas Garīgās veselības valsts aģentūras Statistikas gadagrāmatas 5. izdevums “Psihiskās veselības aprūpe Latvijā 2004”. Rīga, 2005, 19. lpp. http://www.gvva.gov.lv/lv_public/2004.pdf (Pēdējo reizi sk. 05.05.2006.)

⁷² Turpat, 59., 40., 42. lpp.

⁷³ LM Sociālo pakalpojumu pārvaldes dati. http://www.socpp.lv/lv/files/Tab_1_1.xls, http://www.socpp.lv/lv/files/Tab_7.xls (Pēdējo reizi sk. 05.05.2006.)

⁷⁴ LM Sociālo pakalpojumu pārvaldes dati. <http://www.socpp.lv/lv/files/1.1.%20Bērnu%20skaits%20iestādē.xls> (Pēdējo reizi sk. 05.05.2006.)

⁷⁵ LM Sociālo pakalpojumu pārvalde. “Sociālie pakalpojumi un sociālā palīdzība Latvijā 2004. gadā”, 47. lpp. <http://www.socpp.gov.lv/lv/?a=396> (Pēdējo reizi sk. 05.05.2006.)

klientiem 517 tika atzīti par rīcībnespējīgiem un 462 ar tiesas lēmumu tika iecelts aizgādnis.⁷⁶

5. Pacientu tiesības, cilvēktiesības, NVO ziņojumi un aktivitātes

Pēc atdalīšanās no Padomju Savienības 1990. gadā, kad Latvija atguva neatkarību, 1992. gadā tika atjaunota 1922. gada valsts Satversme. 1922. gada Satversmē netika iekļautas cilvēka pamattiesības, tādēļ Saeima⁷⁷ papildināja Satversmi ar 8. nodaļu "Cilvēka pamattiesības"⁷⁸, "tādējādi pieskaņojot Latvijas pamatlikumu Eiropas standartiem un darot galu neziņai par cilvēktiesību vietu Latvijas likumdošanas hierarhijā"⁷⁹.

1997. gadā izstrādātais Ārstniecības likums nosaka pacienta tiesības, tajā skaitā pacienta tiesības "viņam saprotamā veidā saņemt no ārsta informāciju par savas slimības diagnozi, izmeklēšanas un ārstēšanas plānu, kā arī par citām ārstēšanas metodēm un prognozi" (20. pants), "pilnībā vai daļēji atteikties no piedāvātās izmeklēšanas vai ārstēšanas, to apliecinot ar parakstu" (23. pants). Likuma normas ir kritizējuši vairāki neatkarīgie novērotāji, ieskaitot Eiropas Padomi, kas ir norādījusi, ka "23. pants nemin neko par informētas piekrišanas nodrošināšanu (..), kas atšķiras no tiesībām atteikties, jo, ja nav iespējams saņemt pacienta informētu piekrišanu vai atsaukt to, piedāvāto ārstēšanu nemaz nedrīkst veikt"⁸⁰.

Ņemot vērā aizrādījumus, tika izstrādāts jauns pacientu tiesību likumprojekts, kas tika publiskots sabiedriskai apspriešanai 2003. gadā un 1. lasījumā apstiprināts Saeimā 2005. gada 5. maijā. Arī jauno Psihiatriskās palīdzības likuma projektu tika plānots iesniegt Saeimā vienlaicīgi ar Pacienta tiesību likumu līdz 2004. gada beigām, taču 2006. gada sākumā tas vēl pat nebija akceptēts Ministru kabinetā.

Līdz šim ar kompensācijas prasību tiesā ir vērsušās tikai dažas personas ar garīgās veselības traucējumiem. Tikai viens no procesiem bija saistīts ar pacienta tiesībām iepazīties ar slimības vēsturi, kā arī saņemt informāciju par diagnozi un ārstēšanu.

Par sūdzību izskatīšanu un garīgās veselības aprūpes iestāžu pakalpojumu kvalitātes kontroli atbild vairākas valsts institūcijas. Piemēram, Valsts Cilvēktiesību birojs (VCB) – iestāde ar tiesībsargam līdzvērtīgām funkcijām, kas saņem un analizē sūdzības par cilvēktiesību pārkāpumiem attiecībā pret personām ar garīgās veselības traucējumiem, kā arī veic pārbaudes vizītes uz psihoneiroloģiskajām slimnīcām un sociālās aprūpes centriem. 2004. gadā VCB saņēma 13 rakstiskas un 37 mutiskas sūdzības par pārkāpumiem garīgās veselības aprūpes iestādēs.⁸¹

Ārstniecības pakalpojumu kvalitātes kontroli veic LR Veselības ministrijas Medicīniskās aprūpes un darbības ekspertīzes kvalitātes kontroles inspekcija

⁷⁶ LM Sociālo pakalpojumu pārvaldes dati. http://www.socpp.lv/lv/files/Tab_9.xls (Pēdējo reizi sk. 05.05.2006.)

⁷⁷ Saeima ir LR parlaments, kurā ir 100 deputāti.

⁷⁸ Satversmes 8. nodaļa "Cilvēka pamattiesības", 1998. gads. http://www.saeima.lv/Lapas/Satversme_Visa.htm (Pēdējo reizi sk. 18.10.04.)

⁷⁹ N. Muižnieks, A. Kamenska, I. Leimane, S. Garsvāne. "Cilvēktiesības Latvijā 1998. gadā". Rīga, Latvijas Cilvēktiesību un etnisko studiju centrs. 1999, 33. lpp.

⁸⁰ Dr. Michael Abrams (United Kingdom). *Comments of the Draft Law on Medical Treatment of Latvia. Council of Europe, Strasbourg, 16 September 1998, p. 2.*

⁸¹ Valsts Cilvēktiesību birojs. Valsts Cilvēktiesību biroja 2004. gada ziņojums. Rīga, 2005, 90. lpp. http://www.vcb.lv/zinojumi/2004.gada_zinojums.pdf (Pēdējo reizi sk. 05.05.2006.)

(MADEKKI). Inspekcijai ir pienākums izskatīt visas rakstiskās un mutiskās sūdzības par medicīniskās aprūpes kvalitāti, un gadījumos, kad konstatēta ļaunprātība vai nolaidība, tā ir tiesīga piemērot naudas sodu vai ierosināt anulēt ārsta vai ārstniecības iestādes sertifikātu. Inspekcijas lēmumus var apstrīdēt tiesā. 2004. gadā MADEKKI izskatīja 892 sūdzības, no kurām par pamatotām tika atzīti 55% sūdzību. Lielākā daļa saņemto sūdzību bija saistītas ar primāro aprūpi, tām sekoja sūdzības par medicīnisko aprūpi leslodzījuma vietu pārvaldes iestādēs un par psihiatrisko aprūpi.⁸² 2005. gadā MADEKKI izskatīja 1224 iesniegumus, no kuriem par pamatotiem tika atzīti tikai 20% iesniegumu. No visām sūdzībām 33 bija saistītas ar psihiatrisko palīdzību, no tām par pamatotām tika atzītas tikai desmit.⁸³

Jautājumus, kas attiecas uz sociālās aprūpes centros nodrošinātajiem apstākļiem un pakalpojumu kvalitāti, risina cita valsts iestāde – LM Sociālo pakalpojumu pārvalde. Pārvalde izskata sūdzības un regulāri pārbauda valsts un pašvaldību iestādes, kas sniedz visdažādākos sociālos pakalpojumus. 2004. gadā līdztekus sociālās aprūpes centros sniegto pakalpojumu kvalitātes pārbaudei Sociālo pakalpojumu pārvalde izdarīja arī dienas aprūpes centru pakalpojumu vērtēšanu.⁸⁴ 2005. gadā Sociālo pakalpojumu pārvalde veica 85 pārbaudes valsts un pašvaldību sociālās aprūpes iestādēs un guva 206 sūdzības no pakalpojumu saņēmējiem. Diemžēl nav informācijas par to, cik tieši sūdzību saņemts no sociālās aprūpes centru personām ar garīga rakstura traucējumiem iemītniekiem.⁸⁵

⁸² Latvijas Cilvēktiesību un etnisko studiju centrs. "Cilvēktiesības Latvijā 2004. gadā". Rīga, Puse Plus, 2005, 40. lpp. http://www.humanrights.org.lv/upload_file/Parskats2004_en.pdf (Pēdējo reizi sk. 05.05.2006.)

⁸³ MADEKKI. 2005. gada Inspekcijas darba rezultāti. <http://www.madekki.gov.lv/index.php?sadala=120&id=98> (Pēdējo reizi sk. 05.05.2006.)

Nevalstiskās organizācijas (NVO)

Latvijā ir vairākas NVO, kas nodarbojas ar dažādu pacientu grupu tiesību un interešu aizsardzību. Taču tikai viena NVO specializējas vispārējo pacientu tiesību aizsardzības jautājumos un juridiskās palīdzības sniegšanā – Latvijas Pacientu tiesību birojs, un viena organizācija, kas aizstāv personu ar garīgiem traucējumiem tiesības – Latvijas Cilvēktiesību centrs (bijušais Latvijas Cilvēktiesību un etnisko studiju centrs). Abas minētās organizācijas piedāvā bezmaksas juridiskās konsultācijas par konkrētiem cilvēktiesību jautājumiem ikvienam Latvijas iedzīvotājam. LCC veic regulāras monitoringa vizītes uz psihoneiroloģiskajām slimnīcām un sociālās aprūpes centriem personām ar garīga rakstura traucējumiem. Monitoringa vizīšu rezultāti tiek iekļauti LCC gada pārskatos par cilvēktiesībām, kā arī atsevišķos gadījumos tiek izplatīti kā atsevišķi ziņojumi. Ar Dānijas vēstniecības finansiālu atbalstu LCC 2002.–2003. gadā veica plaša apjoma monitoringu 18 sociālās aprūpes centros personām ar garīga rakstura traucējumiem. Laika posmā no 2003. gada līdz 2006. gadam LCC turpināja veikt monitoringu psihiskās veselības aprūpes iestādēs Eiropas Komisijas (EK) finansētā projekta "Cilvēktiesību monitorings: spīdzināšanas un necilvēcīgas apiešanās novēršana slēgtajās iestādēs: cietumos, policijas izolatoros un psihoneiroloģiskajās iestādēs Baltijas valstīs" ietvaros.

⁸⁴ Sociālo pakalpojumu pārvalde. 2004. gada pārskats. Rīga, 2005, 19. lpp. http://www.socpp.gov.lv/lv/files/SPP_2004_gada_public_paaarskats_viss.doc (Pēdējo reizi sk. 05.05.2006.)

⁸⁵ Ievas Leimanes-Veldmeijeres intervija ar Sociālo pakalpojumu pārvaldes darbiniekiem Dzintru Mihailovu un Kasparu Jasinkēviču. Rīga, 2006. gada 25. janvāris.

LCC no 2003. līdz 2006. gadam veiktā garīgās veselības aprūpes iestāžu uzraudzība

Projekta pirmajā gadā (2003. gadā) no 26. līdz 31. oktobrim monitoringa vizītēs piedalījās arī ārvalstu eksperti.⁸⁶ Ekspertu grupa apmeklēja trīs Veselības ministrijas pakļautībā esošas psihoneiroloģiskās slimnīcas un Psihiatrijas centra Stacionāro tiesu psihiatrisko ekspertīžu un piespiedu ārstēšanas nodaļu, kā arī Labklājības ministrijas pakļautībā esošos 3 sociālās aprūpes centrus personām ar garīga rakstura traucējumiem.⁸⁷

2003. gadā veikto vizīšu laikā monitoringa komandas locekļiem radās bažas par cilvēktiesību ievērošanu Daugavpils psihoneiroloģiskajā slimnīcā un Litenes sociālās aprūpes centrā personām ar garīga rakstura traucējumiem, tādēļ LCC neoficiālas tikšanās ar VM pārstāvjiem laikā ieteica ministrijai veikt pašai savu vizīti situācijas izpētei Daugavpils psihoneiroloģiskajā slimnīcā. Pēc Litenes sociālās aprūpes centra apmeklējuma LCC sazinājās ar Sociālo pakalpojumu pārvaldi, lai informētu, ka apstākļi, kādos tiek turēti par īpaši agresīviem atzīti klienti – vīrieši ar intelektuālās attīstības traucējumiem, nav pieņemami un tie jāmaina.⁸⁸ LCC veica atkārtotu minēto iestāžu

apmeklējumu 2005. gadā (Litenes sociālās aprūpes centrs) un 2006. gadā (Daugavpils psihoneiroloģiskajā slimnīcā).

Laikā no 2004. gada līdz 2006. gadam LCC turpināja nodrošināt regulāras monitoringa vizītes⁸⁹, tādējādi LCC psihiatrijas iestāžu monitoringa komanda 2004. un 2005. gadā veica 20 vizītes uz sociālās aprūpes centriem personām ar garīga rakstura traucējumiem, bet 2005. un 2006. gadā – 10 vizītes uz psihoneiroloģiskajām slimnīcām. Sociālās aprūpes centru monitoringa rezultātā tika noorganizēts darbinieku apmācības seminārs, kura ietvaros tika diskutēts par medicīnisko pakalpojumu kvalitātes jautājumiem un nepieciešamību izstrādāt vadlīnijas izolatoru izveidei un pacientu fiksācijai. Projektā veiktā monitoringa rezultātu ziņojums tika publicēts 2006. gada jūnijā.

Starptautiskās organizācijas

Cilvēktiesību situāciju Latvijas slēgtajās iestādēs ir vērtējušas arī starptautiskās organizācijas. Piemēram, EP Spīdzināšanas novēršanas komiteja (SNK) no 1999. līdz 2002. gadam Latviju apmeklējusi divas reizes un 2004. gadā veica atsevišķu ārkārtas (*ad hoc*) vizīti.

⁸⁶ Monitoringa komandas locekļi bija pētniece un programmas "Cilvēku ar garīgās attīstības traucējumiem un garīgi slimo interešu aizstāvībai" direktore Ieva Leimane-Veldmeijere, sociālā darbiniece un programmas "Cilvēku ar garīgās attīstības traucējumiem un garīgi slimo interešu aizstāvībai" direktore asistente Eva Ikauniece, LU Jurisprudences studiju programmas 4. kursa students Lauris Neikens, jurists ar speciālizāciju starptautiskajās cilvēktiesībās, Budapeštas Garīgi slimo interešu aizstāvības centra juridiskās nodaļas vadītājs Oliveris Luiss, psihiatrs un Globālās iniciatīvas psihiatrijā Viļņas reģionālā biroja konsultants Arunas Germanavicius, psihiatrs un Globālās iniciatīvas psihiatrijā Viļņas reģionālā biroja konsultants Dainius Puras.

⁸⁷ Daugavpils psihoneiroloģiskā slimnīca, Aknīstes psihoneiroloģiskā slimnīca, Jelgavas psihoneiroloģiskā slimnīca "Ķintermuiža",

Psihiatrijas centra Stacionāro tiesu psihiatrisko ekspertīžu un piespiedu ārstēšanas nodaļa, Piltenes sociālās aprūpes centrs, Litenes sociālās aprūpes centrs un sociālās aprūpes centrs "Atsaucība".

⁸⁸ Litenes centrā viena telpa bija īpaši atvēlēta klientiem – vīriešiem, kas atzīti par īpaši agresīviem. Telpas izmērs bija 4m x 6m, kailās sienas klāja metāla apšuvums. Pēc LCC sazināšanās ar Sociālo pakalpojumu pārvaldi situācija tika labota, un kopš 2004. gada telpa atzīta par nepiemērotu klientiem un tiek izmantota kā noliktava.

⁸⁹ LCC psihiatrijas iestāžu monitoringa komanda – komandas vadītāja un pētniece Ieva Leimane-Veldmeijere, asistente, sociālā darbiniece – Eva Ikauniece, neatkarīgais eksperts – psihiatrs Uldis Veits, neatkarīgais eksperts – jurists Lauris Neikens.

Abi – 1999. un 2002. gada ziņojumi ir publiskoti. 1999. gadā, apmeklējot Rīgas psihoneiroloģisko slimnīcu (RPS), delegācija “nesaskārās ar sūdzībām par nekvalitatīvu ārstēšanu un neguva pierādījumus tam, ka šāda prakse tiktu īstenota RPS vai kādā citā Latvijas garīgās veselības aprūpes iestādē”.⁹⁰ Komisija sniedza savus ieteikumus par dažām jomām, piemēram, norādot uz nepieciešamību ārstniecības iestādēs nošķirt pusaudžus no pieaugušajiem, pārvietot tiesu medicīnas ekspertīzei pakļautos un piespiedu ārstēšanā esošos pacientus uz jaunuzbūvēto Stacionāro tiesu psihiatrisko ekspertīžu un piespiedu ārstēšanas nodaļas ēku, reģistrēt gadījumus, kad pret pacientu tiek lietoti fiziskās ierobežošanas līdzekļi, nodrošināt un ļaut valkāt atšķirīgu apģērbu, veidot vairāk iespēju rehabilitācijas procesam un terapeitiskām aktivitātēm.⁹¹ Vairākus ieteikumus Latvijas valdība jau ir izpildījusi. Pēc divu bērnu garīgās veselības aprūpes iestāžu apmeklējuma 2002. gadā Komiteja savā ziņojumā ieteica “nodrošināt psihoneiroloģiskajās slimnīcās un sociālās aprūpes iestādēs pret pacienta gribu ievietotajiem tiesības tikt uzklausiēties tiesā ievietošanas pārsūdzēšanas procesa laikā, kā arī jāveic pasākumi, lai nodrošinātu, ka nepieciešamību pēc ievietošanas psihiatriskajā institūcijā pret personas gribu regulāros laika periodos pārskata atbilstošās iestādes.”⁹²

⁹⁰ Spīdzināšanas novēršanas komiteja (2001. gads). Ziņojums LR valdībai par vizīti Latvijā. CPT/Inf (2001) 27. <http://www.cpt.coe.int/documents/lva/2001-27-inf-eng.pdf> (Pēdējo reizi sk. 03.02.2005.)

⁹¹ Turpat.

⁹² Spīdzināšanas novēršanas komiteja (2005. gads). Ziņojums Latvijas valdībai par pārbaužu rezultātiem. CPT/Inf (2005) 8. <http://www.cpt.coe.int/documents/lva/2005-08-inf-eng.pdf> (Pēdējo reizi sk. 26.05.2005.)

Ziņojumi par personu ar garīgiem traucējumiem cilvēktiesību aizsardzību

Latvijā ir pieejami šādi ziņojumi par personu ar garīgiem traucējumiem cilvēktiesību aizsardzību:

1. “*Market Lab*”, Cilvēku ar garīga rakstura traucējumiem iespējas darba tirgū. Garīgo slimību destigmatizācijas nozīme diskriminācijas mazināšanā un iekļaujošas nodarbinātības politikas veidošanā. 2006. gada maijs (pieejams tikai latviski).⁹³
2. Atvērtās sabiedrības institūts, ES Monitoringa un interešu aizstāvības programma, Garīgās veselības iniciatīvas programma, leva Leimane-Veldmeijere, Cilvēku ar intelektuālās attīstības traucējumiem tiesības. Nodarbinātības un izglītības pieejamība. Monitoringa ziņojums. 2005. gada decembris.⁹⁴
3. Latvijas Cilvēktiesību un etnisko studiju centrs, 1997.–2004. gada gada pārskati “Cilvēktiesības Latvijā”.⁹⁵
4. Eiropas asociācija cilvēku ar intelektuālās attīstības traucējumiem un viņu ģimeņu organizācijām “*Inclusion Europe*”, Latvijas asociācija “Rūpju bērns” un SO “Saule”. Cilvēku ar intelektuālās attīstības traucējumiem cilvēktiesības. Valsts ziņojums. Latvija, 2004. gada aprīlis.

⁹³<http://www.research.lv/projects/20050501-20060430/default.htm> (Pēdējo reizi sk. 05.05.2006.)

⁹⁴ Pieejams angļu un latviešu valodā http://www.eumap.org/topics/inteldis/reports/national/latvia/id_lat.pdf un <http://www.humanrights.org.lv/html/news/publications/28564.html?yr=2005> (Pēdējo reizi sk. 05.05.2006.)

⁹⁵ Iepriekšējo gadu pārskati atrodas LCC mājas lapā <http://www.humanrights.org.lv> LCC gada pārskatu kopsavilkums ik gadu tiek iekļauts Starptautiskās Helsinku federācijas cilvēktiesību ziņojumos.

5. Latvijas Cilvēktiesību un etnisko studiju centrs. Ziņojums – Slēgto iestāžu uzraudzība Latvijā. 2003. gada maijs (pieejams tikai angļu valodā).⁹⁶
6. Latvijas Cilvēktiesību un etnisko studiju centrs. Ziņojums ANO Spīdzināšanas novēršanas komitejai pirms Latvijas 2003. gada ziņojuma izskatīšanas.
7. EP Spīdzināšanas novēršanas komitejas ziņojums par vizīti Latvijā 2002. gadā.⁹⁷
8. Ieva Leimane. Fona pētījums “Cilvēku ar garīgās attīstības traucējumiem un garīgi slimu cilvēku interešu aizstāvības programmai”. 2000. gada jūlijs.⁹⁸
9. EP Spīdzināšanas novēršanas komitejas ziņojums par vizīti Latvijā 1999. gadā.⁹⁹

6. Rekomendācijas

Latvijas valdībai

1. *Jānodrošina atbalsts sabiedrībā balstītu pakalpojumu sniegšanai personām ar garīgiem traucējumiem.* Neskatoties uz to, ka psihoneiroloģiskajās slimnīcās un sociālās aprūpes centros ir daudz vajadzību, politikas, likumdošanas un finansēšanas mehānismiem ir jākoncentrē uzmanība uz sabiedrībā balstītas aprūpes pakalpojumu izveidi personām ar garīgās veselības traucējumiem un personām ar intelektuālās attīstības traucējumiem.

Valdībai (un atbildīgajām ministrijām) ir jāizstrādā reāli izpildāms rīcības plāns, kurā jānorāda precīza realizācijas gaita un finansēšanas shēma. Politīķi var šajā ziņā mācīties no pieredzes, kas iegūta dažādos deinstitucionalizāciju veicinošos projektos, piemēram, patstāvīgās dzīves iemaņu programmas projektā un pusceļa mājas jeb treniņdzīvokļa projektā Aknīstē, Strenču Psihoneiroloģiskās slimnīcas organizēto alternatīvās aprūpes dzīvesvietas projektā, Jelgavas Psihoneiroloģiskās slimnīcas mobilās komandas projektā. Jāmeklē finansējums, lai veidotu un piedāvātu pakalpojumus, it īpaši mobilās multidisciplinārās garīgās veselības aprūpes komandas, dienas centrus cilvēkiem ar garīgās veselības un intelektuālās attīstības traucējumiem, grupu mājas, atbalstītā darba programmas un atbalstu psihiatrijas pakalpojumu lietotāju pašpalīdzības, atbalsta grupām un interešu aizstāvībai. Vajadzība pēc sabiedrībā balstītiem pakalpojumiem ir ļoti liela – slimnīcu un sociālās aprūpes centru darbinieki apliecināja, ka 25% no viņu aprūpē esošajiem klientiem būtu spējīgi atgriezties sabiedrībā, ja tiktu nodrošināts nepieciešamais atbalsts. Institūcijas ir pārpildītas, un uz nokļūšanu sociālās aprūpes centros personām ar garīga rakstura traucējumiem izveidojusies vairāk nekā 800 cilvēku rinda.

2. *Jāizveido neatkarīgas uzraudzības sistēma.* Garīgās veselības aprūpes iestāžu uzraudzība ir jāveic regulāri. Valdībai ir jānodrošina finansējums **neatkarīgam** inspekcijas mehānismam, kurā būtu pārstāvēti gan atbildīgo ministriju pārstāvji, gan

⁹⁶ Pieejams angļu valodā <http://www.cpt.coe.int/documents/lva/2005-08-inf-eng.pdf>

⁹⁷ Pieejams latviešu un angļu valodā <http://www.cpt.coe.int/documents/lva/2001-27-inf-eng.pdf>

⁹⁸ Pieejams angļu valodā http://www.politika.lv/polit_real/files/lv/0_HumMentalDis.pdf un <http://www.humanrights.org.lv/html/news/publications/28498.html>

⁹⁹ Pieejams angļu valodā <http://www.cpt.coe.int/documents/lva/2001-27-inf-eng.pdf>

cilvēktiesību jomā darbojošos NVO pārstāvji, kuri regulāri uzraudzītu slimnīcas un sociālās aprūpes centrus un nākotnē uzņemtos arī sabiedrībā balstīto pakalpojumu kontroli.

3. *Latvijas valdībai jāratificē Eiropas Padomes Konvencija par cilvēktiesību un cieņas aizsardzību bioloģijā un medicīnā.* Konvencijas mērķis ir “aizsargāt katra cilvēka cieņu un identitāti un ikvienam bez kādas diskriminācijas garantēt cieņu pret viņa integritāti un citas tiesības un pamatbrīvības sakarā ar bioloģijas un medicīnas pielietošanu”.¹⁰⁰ Konvencijas ratifikācija nozīmē, ka Latvijas valdībai ir jānodrošina valsts likumdošanas atbilstība konvencijas prasībām par veselības aprūpes pakalpojumu pieejamību, informētu piekrišanu, personu ar garīgiem traucējumiem ārstēšanu pret viņu gribu un tiesībām saņemt informāciju.
4. *Latvijas valdībai jāratificē 1996. gada Eiropas Sociālā harta jaunajā redakcijā un tās 10. Papildprotokols par kolektīvo sūdzību izskatīšanas kārtību.* Pašreiz Latvija ir ratificējusi hartas novecojušo, 1961. gada redakciju. Ratificējot 1961. gada hartu, Latvijas valdība neatzina par saistošām 15. panta prasības, kas nosaka “veikt atbilstošus pasākumus, lai personas, kam ir invaliditāte, iekārtotu darbā, tajā skaitā specializētās uzturēšanās iestādēs, specializētās darba vietās, un pasākumus, kas mudinātu darba devējus pieņemt darbā personas, kam ir invaliditāte”¹⁰¹.
5. *Latvijas valdībai jāparaksta un jāratificē ANO Spīdzināšanas novēršanas konvencijas papildpro-*

tokols. Papildprotokola mērķis ir novērst spīdzināšanu vai cita veida necilvēcīgu vai pazemojošu apiešanos, nodrošinot **regulāras pārbaudes** aizturēšanas vietās, t. sk. psihiskās veselības aprūpes iestādēs. Pārbaudes jāveic neatkarīgām starptautiskām un nacionālām institūcijām.

Veselības ministrijai

1. *Jāpieņem jauns garīgās veselības aprūpes likums.* Latvijai nav adekvātu tiesību aktu, kas regulētu garīgās veselības aprūpi. Ārstniecības likuma sadaļa par psihiskajām slimībām ir pretrunā starptautiskajiem cilvēktiesību standartiem. Turklāt tiesiskā regulējuma trūkuma dēļ attiecībā uz neatliekamo hospitalizāciju Latvija pārkāpj Eiropas Cilvēktiesību konvencijas 5. panta prasības. Lai labotu šīs un citas nepilnības, Veselības ministrijai ir jāizstrādā un jānodrošina jauna garīgās veselības aprūpes likuma pieņemšana.
2. *Jānodrošina pilsoniskās sabiedrības līdzdalība ministrijas izstrādāto ledzīvotāju garīgās veselības uzlabošanas pamatnostādņu un rīcības plāna izstrādāšanā.* Pašlaik pamatnostādnes ir nodotas izskatīšanai valdībā, bet pēc to apstiprināšanas tās tiks papildinātas ar rīcības plānu. Jauno pamatnostādņu rīcības plāna izstrādē Veselības ministrijai jāpieaicina cilvēktiesību aizsardzības nevalstiskās organizācijas, profesionālās asociācijas un psihiatrijas pakalpojumu lietotāju organizācijas.
3. *Jānodrošina tiesības pieprasīt lēmuma pārskatīšanu (tiesības uz otru viedokli).* Pašreiz psiho-

¹⁰⁰ Konvencija par cilvēktiesību un cilvēka cieņas aizsardzību bioloģijā un medicīnā: Konvencija par cilvēktiesībām un biomedicīnu, 1. pants. <http://conventions.coe.int/treaty/en/treaties/html/164.htm>

¹⁰¹ Sk.: <http://conventions.coe.int/Treaty/en/Treaties/Html/163.htm>

neiroloģisko slimnīcu un sociālās aprūpes centru iemītniekiem (un tiem, kas par tādiem varētu kļūt neatliekamās hospitalizācijas gadījumā) nav iespēju vērsties pie neatkarīga eksperta – psihiatra, lai saņemtu slēdzienu vai apstrīdētu psihiatra noteikto diagnozi.

4. *Jāizstrādā normatīvie akti par pacientu fiziskās ierobežošanas līdzekļu un izolatoru izmantošanu.* LCC monitoringa komanda konstatēja, ka katrai psihoneiroloģiskajai slimnīcai ir sava izpratne un kārtība, kādā dokumentējami pacientu fiksācijas un izolatorā ievietošanas gadījumi. Vairāku slimnīcu darbinieki norādīja, ka nav skaidrs, kādi noteikumi regulē pacientu fiksāciju un ievietošanu izolatoros.

Labklājības ministrijai

1. *Jāzstrādā noteikumi par izolatoriem un klientu ievietošanas kārtību izolatorā sociālās aprūpes centros personām ar garīga rakstura traucējumiem.* Sociālo pakalpojumu un sociālās palīdzības likuma jaunā redakcija atļauj iekārtot izolatorus sociālās aprūpes centros. Vairākos sociālās aprūpes centros regulāri tiek pielietota klientu fiziska ierobežošana. Tomēr trūkst precīzu Labklājības ministrijas izstrādātu vadlīniju par prasībām izolatoru izveidē, par to, kāda veida dokumentācija jāaizpilda, ievietojot pacientu izolatorā, kas ir tiesīgs pieņemt lēmumu par klienta fizisku ierobežošanu, cik ilgi klientu drīkst turēt fiksētā veidā, utt. Izstrādājot vadlīnijas, Labklājības ministrijai jākonsultējas ar ieinteresētajām pusēm, tajā skaitā ar Ga-

rīgās veselības valsts aģentūru, kurai jau ir zināma pieredze šajā jomā.

2. *Jāizpilda 2002. gadā veiktās sociālās aprūpes centru iemītnieku atbilstības novērtēšanas ieteikumi.* Atbilstoši Eiropas standartiem par institūcijām atzīstamas visas sociālās aprūpes iestādes ar 30 vietām.¹⁰² Latvija nav apzinājusi situāciju šāda tipa iestādēs. 2002. gadā Labklājības ministrija veica sociālās aprūpes centru iemītnieku atbilstības novērtējumu, kura mērķis bija noteikt to iemītnieku skaitu, kas ar nepieciešamo atbalstu varētu uzsākt patstāvīgu dzīvi sabiedrībā. Ministrija nav veikusi nekādus turpmākos nepieciešamos pasākumus pētījuma rezultātu sakarā.
3. *Sociālās aprūpes namiem jāpiedāvā piemērotas rehabilitācijas un darba terapijas programmas.*
4. *Jāizmeklē visi nāves gadījumi. Tas, ka visos nāves gadījumos ir jāveic autopsija un nopietna izmeklēšana, ir iestāžu politikas, nevis tikai ārkārtas gadījumu jautājums.*
5. *Jāveicina sadarbība ar NVO.* Labklājības ministrijai ir jāpaplašina sadarbība ar NVO un jāsniedz tām lielāks atbalsts. Jāapsver iespējas piedāvāt neliela apjoma dotācijas psihiatrijas un sociālo aprūpes pakalpojumu lietotāju pašpalīdzības un atbalsta grupām.
6. *Jāveicina starpministriju sadarbība, it īpaši ar Veselības ministriju.* Labklājības ministrijai aktīvi jāmazina atšķirīgā attieksme pret Veselības ministrijas pārziņā esošo institūciju pacientiem (galvenokārt

¹⁰² Sk. "Sabiedrības iekļaušanas" projekta ziņojuma ieteikumus. EP projekts "Eiropas sabiedrības pētījumu iniciatīva. Invalīdu alternatīvās ārstēšanas metodes. Rezultāti un ieteikumi".

psihoneiroloģisko slimnīcu pacientiem) un cilvēkiem, kas atrodas sociālās aprūpes centros.

Tieslietu ministrijai

1. *Jāapmāca tiesneši, prokurori un citi Tieslietu ministrijas darbinieki hospitalizācijas pret pacienta gribu jautājumos.*
2. *Jānodrošina Eiropas līmeņa juridiskie instrumenti hospitalizācijas pret pacienta gribu ārstēšanas gadījumos.* Nodrošināt tiesības uz objektīvu tiesas procesu un juridiskā pārstāvja pakalpojumiem pirms tiesas procesa vai sēdes sākuma. Nodrošināt, ka gadījumos, kad tiek atzīta personas rīcībnespēja, personām ir tiesības uz godīgu tiesas procesu, t. i., personai ir tiesības piedalīties tiesas sēdēs un tiesas lēmumu pārsūdzēt nākamā līmeņa tiesas instancēs.
3. *Jāierobežo sociālās aprūpes centru darbinieku ieceļšana aizgādņu statusā.* Labklājības ministrijas priekšlikums paredz, ka personām sociālās aprūpes centros, kurām nav neviena ģimenes locekļa, par aizgādni ieceļams sociālās aprūpes centra darbinieks. Taču tas šādos gadījumos rada potenciālu interešu konfliktu. Bāriņtiesām ir cieši jāseko līdzi gadījumiem, kad rodas interešu konflikts. Ministrijai vajadzētu veltīt resursus aizgādības sistēmas reformai, t. i., rīcībnespējas noteikšanai retākos gadījumos, profesionālu aizgādņu algošanai un daļējas rīcībnespējas ieviešanai.

Pašvaldībām

1. *Jāsāk plānot sociālās aprūpes centru personām ar garīga rakstura traucējumiem pārņemšana (lai varētu pārņemt valdības pildītās funkcijas).* Pašvaldībām jāsamazina sociālās aprūpes centru vietu skaits, aizstājot tās ar sabiedrībā balstītiem pakalpojumiem, veidojot ciešāku sadarbību veselības un labklājības jomā un papildus apmācot sociālos darbiniekus. Vidzemes sociālās integrācijas programma ir veiksmīgs piemērs veselības un sociālās aprūpes pakalpojumu koordinēšanā, ievērojot ikviena cilvēka ar garīgās veselības vai intelektuālās attīstības traucējumiem vajadzības.¹⁰³

Psihoneiroloģiskajām slimnīcām

1. *Jānodrošina tiesības uz informētu piekrišanu.* LCC veikto monitoringa vizīšu laikā tika konstatēts, ka tikai retos gadījumos pacientiem tiek sniegta nepieciešamā informācija, uz kuras pamata tiek dota brīvprātīga piekrišana izvēlētajai ārstēšanai. Slimnīcām jānodrošina, ka visiem pacientiem ir iespēja runāt ar psihiatru (nevis tikai ar medicīnas māsu), tikt uzklausītiem un ka uz pacientu jautājumiem par ārstēšanu tiek sniegtas atbildes, kā arī tiek ievērotas pacientu tiesības atteikties no ārstēšanas.
2. *Jāizstrādā individuālie rehabilitācijas plāni visiem pacientiem.*
3. *Jānodrošina atbalsts psihiatrijas pakalpojumu lietotāju iniciatīvām.* Dažās psihoneiroloģiskajās slimnīcās ir samērā augsts administrācijas atbalsts

¹⁰³ LCC mājas lapā ir pieejams pilns programmas teksts latviešu valodā <http://www.humanrights.org.lv/html/lv/jomas/garigi/28616.html>

psihiatrijas pakalpojumu lietotāju aktivitātēm. Aknīstes Psihoneiroloģiskā slimnīcā izveidotā Pacientu padome un tās sadarbība ar slimnīcas personālu ir viens no piemēriem, kuram ieteicams sekot.

4. *Jānodrošina informācijas pieejamība par pacienta tiesībām.* LCC ir novērojis, ka visizplatītākā sta-

cionēto pacientu sūdzība ir par informācijas trūkumu sakarā ar pacienta tiesībām un neziņu, kur vērsties, lai saņemtu palīdzību. Valsts līdz šim nav finansējusi informatīvā materiāla par garīgi slimo tiesībām publicēšanu, tādēļ slimnīcām būtu jānodrošina, ka pacientiem ir pieejami nevalstisko organizāciju izstrādātie un piedāvātie informatīvie bukleti.

“Mēs uzskatām, ka garīgās veselības aprūpes politikas galvenais mērķis ir veicināt cilvēku labklājību un normālu funkcionēšanu, koncentrējoties uz cilvēku stiprajām pusēm un resursiem, vairojot viņu dzīvesprieku un uzlabojot ārējos aizsargfaktoros.”¹⁰⁴

Tā skan Pasaules Veselības organizācijas rīkotajā veselības ministru konferencē par garīgo veselību 2005. gada janvārī izteiktā ES dalībvalstu veselības ministru apņemšanās. Veselības ministri atzinīgi novērtēja faktu, ka politika un prakse garīgās veselības jomā risina šādus uzdevumus:

- i. Garīgās labklājības uzlabošana;
- ii. Stigmas, diskriminācijas un sociālās atstumtības novēršana;
- iii. Garīgās veselības problēmu profilakse;
- iv. Cilvēku ar garīgās veselības traucējumiem aprūpe, nodrošinot plašu un efektīvu pakalpojumu klāstu un piedāvājot pakalpojumu lietotājiem un aprūpētājiem izvēli un līdzdalību;
- v. Cilvēku ar smagiem garīgās veselības traucējumiem atveseļošanās un iekļaušana sabiedrībā.¹⁰⁵

Baltijas valstu politika un prakse pilnībā neaptver minētās prioritātes. Zemāk atrodamās rekomendācijas valstu valdībām, institūcijām (psihoneiroloģiskajām slimnīcām un sociālās aprūpes centriem) un donororganizācijām sniedz padomus par to, kā veicama valsts cilvēkresursu un finanšu līdzekļu plānošana, lai labāk izpildītu 2005. gada konferencē par garīgo veselību izvirzītās prioritātes. Neskatoties uz to,

ka valstu valdības ir atbildīgas par aprūpi, kuru to teritorijā piedāvā iestādes, ieteikumi skar arī šo iestāžu vadību, jo daudzas no ierosinātajām izmaiņām ir jāveic konkrētu institūciju līmenī. Šo rekomendāciju ievērošana novērsīs institucionalizāciju, kas nav nepieciešama, un veicinās daudzu institucionalizēto klientu deinstitucionalizāciju.

Rekomendācijas valstu valdībām

1. Nodrošināt atbalstu sabiedrībā balstītu pakalpojumu sniegšanai cilvēkiem ar garīgiem traucējumiem un izstrādāt laika grafiku pārejai no institucionalizētas aprūpes uz sabiedrībā balstītu aprūpi. Sabiedrībā balstīti pakalpojumi ir ārkārtīgi nepieciešami – daudzi garīgās veselības aprūpes iestāžu pacienti varētu dzīvot sabiedrībā, ja tiem tiktu nodrošināts nepieciešamais atbalsts. Tādējādi politikas, likumdošanas un finansēšanas mehānismiem kā galvenā prioritāte ir jāvirza sabiedrībā balstītās aprūpes pakalpojumu izveide cilvēkiem ar garīgās veselības un intelektuālās attīstības traucējumiem. ES struktūrfondu (Eiropas Sociālā fonda) finansējums var tikt izmantots, lai veidotu un piedāvātu šādus pakalpojumus, it īpaši mobilās multidisciplinārās psihiatriskās palīdzības komandas, dienas centrus cilvēkiem ar garīgās veselības un intelektuālās attīstības traucējumiem, grupu mājas, atbalstītā darba programmas un atbalstu pakalpojumu lietotāju interešu aizstāvības programmām un pašpalīdzības grupām.

¹⁰⁴ PVO Eiropas valstu veselības ministru konferences par garīgo veselību ziņojums. 2005. gada janvāris, 1. pants, EUR/04/5047810/6

¹⁰⁵ Turpat.

2. Veikt konkrētus pasākumus deinstitucionalizēšanas plānu izstrādei un realizācijai. Resursu novirzīšana sabiedrībā balstītiem pakalpojumiem paredz dienas centru un citu pakalpojumu izveidi, lai veicinātu institūciju iemītnieku atgriešanos sabiedrībā. Dienas centru izveide arī atbalstītu to psihiatrijas pakalpojumu lietotāju, kuri iekļauti rindās uz sociālās aprūpes centriem, patstāvīgas dzīves turpināšanu. Lai gan sākotnējā posmā būs nepieciešamas apjomīgas finanšu investīcijas, tās ilgtermiņā samazināsies, līdzīgi kā ar laiku samazinās valsts dotācijas lielajām institūcijām. Starp galvenajiem veicamajiem pasākumiem jāmin:

- a. Kopīgs darbs pie starpnozaru sabiedrībā balstītas pakalpojumu sistēmas izveides, nodrošinot pakalpojumus tiem klientiem, kuri šobrīd atrodas institūcijās. Pakalpojumi ir jāveic ar esošo nevalstisko organizāciju un ģimeņu līdzdalību, nodrošinot sabiedrības atbalstu arī tiem indivīdiem, kuriem nav ģimenes vai arī ģimenē ir nelabvēlīgi apstākļi. Ņemot vērā, ka garīgās veselības aprūpes reforma un pakalpojumu nodrošinājums ir vairāku ministriju atbildībā, pastāv draudi, ka lēmumu pieņemšanas pieņēmumu nevēlēsies neviena no ministrijām, uzņemoties pietiekama finansējuma nodrošināšanu programmu realizācijai un to, lai sabiedrībā balstītie pakalpojumi tiktu izveidoti visām iedzīvotāju grupām, kam tas ir nepieciešams. Atbildīgajām ministrijām jāsadarbojas visaptveroša plāna izstrādē, precīzi nosakot atbildības par sabiedrībā balstītu pakalpojumu izveidi.
- b. Pastāvošo neformālo aprūpes sniedzēju atbalstīšana. Atbalsts palīdzētu aprūpētājiem attīstīt viņu prasmes, mazinot laika un finanšu trūkuma nastu. Mājas aprūpe, piemēram, ēdiena

gatavošana, psihiatra vai psihiatrijas māsas apmeklējumi, arodizglītība vai izglītības papildināšana personai ar garīgiem traucējumiem jānodrošina neatkarīgi no tā, vai šai personai ir ģimenes loceklis, kas var uzņemties galvenā aprūpētāja pienākumu, vai nav. Valstij ir arī formāli jāatzīst ģimeņu veiktās aprūpes ekonomiskā vērtība. Tas varētu izpausties gan kā 'viegls atbalsts' aprūpes sniedzējiem – informācija, konsultācijas un atbalsta grupas –, gan kā 'stingrs atbalsts', piemēram, sociālie pabalsti, lai kompensētu negūtos ienākumus (jo ir jāaprūpē tuvinieks), atalgojums par aprūpes darba veikšanu un aprūpētāju aizsardzība no sociālo tiesību zaudēšanas attiecībā uz nodarbinātību.

3. Izveidot neatkarīgas cilvēktiesību uzraudzības sistēmu. Garīgās veselības aprūpes iestāžu uzraudzība jāveic regulāri. Valdībām jānodrošina finansējums neatkarīgām institūcijām, kurās būtu pārstāvēti gan atbildīgo ministriju pārstāvji, gan cilvēktiesību jomā darbojošos nevalstisko organizāciju, gan psihiatrijas pakalpojumu lietotāju organizāciju pārstāvji, kuri regulāri uzraudzītu slimnīcas un sociālās aprūpes centrus un nākotnē uzņemtos kontroli arī pār sabiedrībā balstītu pakalpojumu sistēmu. Šīm neatkarīgajām institūcijām jābūt nodrošinātai regulārai, nekavētai pieejai institūciju personālam un klientiem. Uzraudzības veikšanai ir jāizmanto jau esošie monitoringa instrumenti, kas pamatojas uz PVO un citu organizāciju noteiktajiem starptautiskajiem standartiem. Uzraudzības mērķis ir identificēt cilvēktiesību pārkāpumus, kā arī noteikt uzlabojumus rehabilitācijas un integrācijas sabiedrībā jomās.
4. Nodrošināt Eiropas standartiem atbilstošu juridisko aizsardzību pacientiem, kas tiek ievietoti

- un ārstēti psihiatriskajās iestādēs. Nodrošināt tiesības uz objektīvu tiesas procesu un jurista pakalpojumiem pirms tiesas procesa vai sēdes sākumā. Apmācīt tiesnešus, slimnīcu personālu un psihiatrus šādu tiesību ievērošanas jautājumos.
5. Atbalstīt psihiatrijas pakalpojumu lietotāju organizāciju izveidi. Valstu ministrijām ir jāorganizē regulāras konsultācijas par politikas attīstību, tās ieviešanu un novērtēšanu. Gadījumos, kad psihiatrijas pakalpojumu lietotāju grupas nepastāv vai tām nav nepieciešamās kompetences, valstu valdībām jāveicina šādu pakalpojumu lietotāju grupu izveide un apmācības. Ir jāpievērš īpaša vērība tam, lai jebkurā invalīdu organizācijā varētu darboties arī invalīdi ar garīgās veselības problēmām un intelektuālās attīstības traucējumiem, nevis tikai invalīdi ar kustību traucējumiem. Ir jārada līdzdalības mehānismi un jāveicina iespējami plašāka piedalīšanās tajos. Politikas plānotājiem jānodrošina, ka tiek veiktas konsultācijas ne tikai ar dažiem indivīdiem, kas regulāri pārstāv cilvēkus ar garīgiem traucējumiem, bet jārād iespēja iesaistīt iespējami lielu skaitu institūciju iemītnieku un sabiedrībā balstītās aprūpes pakalpojumu lietotāju, lai viņi spētu izteikt savas vajadzības un vēlmes.
 6. Realizēt nacionālās antistigmas kampaņas. Veselības ministrijām un citām atbildīgajām ministrijām ir jāorganizē sabiedrības informēšanas pasākumi, izmantojot masu saziņas līdzekļus un cita veida informēšanas aktivitātes, kas vājinātu stigmatu medicīnā un sociālā darba profesionāļu vidū, kā arī sabiedrībā kopumā.
 7. Izveidot starpministriju darba grupas, kas izstrādātu atbalstu kompetenta, garīgi slimo tiesību aizstāvības jautājumos orientēties spējīga darbspēka nodrošināšanai. Augstākās medicīniskās izglītības psihiatrijā studiju programmas un sociālo darbinieku apmācību programmas jāpapildina ar PVO politikas nostādnēm un citiem starptautiskajiem cilvēktiesību standartiem attiecībā uz cilvēkiem ar garīgiem traucējumiem. Jānodrošina profesijā strādājošajiem iespējas saņemt tālākizglītību attiecīgajās jomās. Slimnīcu, sociālās aprūpes centru un sabiedrībā balstīto pakalpojumu jaunākajam personālam jāmaņa uz tiesībām balstīta pieeja attiecībā uz cilvēkiem ar invaliditāti. Darba grupām arī jāpievērš uzmanība primārās veselības aprūpes ārstu darbam un apmācībai, jo viņi bieži vien ir tie, kas diagnosticē garīgās veselības vai intelektuālās attīstības traucējumus. Primārās veselības aprūpes ārstiem jābūt pietiekami apmācītiem, un viņu rīcībā jābūt efektīviem mehānismiem pacientu novirzīšanai uz specializēto medicīnisko vai nemedicīnisko aprūpi.
 8. Piešķirt finansējumu veiksmīgo pilotprojektu replicēšanai visā valstī. Valstīs ir virkne piemēru ar veiksmīgi realizētiem pilotprojektiem vai atsevišķu iestāžu centieniem nodrošināt klientu līdzdalību un integrāciju sabiedrībā. Valstu valdībām jāpārdara šie labās prakses piemēri par likumu, nevis izņēmumu. Nepieciešams piešķirt cilvēkresursus un finanšu līdzekļus veiksmīgu slimnīcās vai sabiedrībā realizēto pilotprojektu dokumentēšanai, popularizēšanai un ieviešanai citviet.
 9. Nodrošināt cilvēku ar garīgiem traucējumiem tiesisko interešu ievērošanu. Tiesisko interešu ievērošana palīdzēs indivīdiem efektīvāk aizstāvēt savas tiesības. Izveidot juridiskās palīdzības sistēmu, kuras ietvaros cilvēki ar garīgiem traucējumiem varētu saņemt bezmaksas juridiskās konsultācijas, nodrošināt, ka arī institūcijās esošie iemītnieki, neieguldot lielus finanšu līdzekļus, gūtu

labumu no šīs aizsardzības. Valstu valdībām jāizstrādā slimnīcām un sociālās aprūpes centriem paredzētas vadlīnijas, kas regulētu atbildību par pacientu un klientu informēšanu tiesisko interešu ievērošanas jautājumos.

10. Piešķirt cilvēkresursus un finansējumu zinātniskajiem un analītiskajiem pētījumiem. Minētajiem pētījumiem ir jāsniedz objektīva analīze par attieksmes, administratīvajiem un finansiālajiem šķēršļiem, kas neļauj īstenot deinstitucionalizāciju un attīstīt sabiedrībā balstītu aprūpes pakalpojumu sistēmu. Tādējādi garīgās veselības politika tiktu veidota, pamatojoties uz zināšanu un pakalpojumu sniegšanas argumentētu izvērtējumu, nevis uz institucionalizāciju atbalstošo iestāžu ieteikumiem vai politiķu aprindās izplatītajiem aizspriedumiem un stereotipiem.
11. Pašreizējo nepilnību zinātniskā analīze palīdzēs noteikt kritērijus jaunveidojamo, sabiedrībā balstīto aprūpes pakalpojumu novērtēšanai. Vērtēšanā var izmantot tādus kritērijus kā kvalitāte, pakalpojumu efektivitāte, dzīves kvalitāte, cilvēktiesību aizsardzība un mazināta sociālā atstumtība un stigma.
12. Stiprināt aizgādības likumdošanā paredzēto aizsardzību. Nacionālā un starptautiskā likumdošana nosaka, ka cilvēkiem ar garīgiem traucējumiem ir tādas pašas tiesības kā citiem pilsoņiem. Līdz ar to aizgādība nepieciešama attiecībā uz tām darbībām, par kurām tiesa ir konstatējusi, ka personai trūkst rīcības spēju. Valdībām jāizveido sistēma, kuras ietvaros tiesas varētu noteikt

daļējo aizgādību, vērtējot katru gadījumu individuāli.

Tādējādi personas varētu īstenot savas tiesības proporcionāli savu spēju apjomam.

Šādas izmaiņas ļaus:

- a. maksimāli izvairīties no pilnīgas aizgādības noteikšanas;
- b. piešķirt aizgādību atbilstoši individuālajiem apstākļiem un nepieciešamībai;
- c. atzīt aizgādību kā pēdējo risinājumu, jo tas būtiski ierobežo invalīda tiesības un stāvokli;
- d. izveidot alternatīvas aizgādībai, kā tas izdarīts Zviedrijā, Kanādā un Amerikas Savienotajās Valstīs. Zviedrijas likumdošana ļauj iecelt garīgi slimo pilnvarotos vai uzticības personas, kuriem ir mazāk tiesību nekā aizgādņiem. Kanādā ir izveidots mehānisms, kurš ļauj savlaicīgi prognozēt un paredzēt dažādus sarežģījumus, neļaujot situācijai nonākt līdz aizgādībai (atbalstītā lēmumu pieņemšana), bet ASV tiesai ir iespēja aizgādņim piešķirt pilnvaras tikai attiecībā uz konkrētām konstatētām vajadzībām.

13. Visām valstīm ir jāratificē Eiropas Padomes Konvencija par cilvēktiesību un cieņas aizsardzību bioloģijā un medicīnā. Konvencijas mērķis ir "aizsargāt katra cilvēka cieņu un identitāti un ikvienam bez kādas diskriminācijas garantēt cieņu pret viņa integritāti un citas tiesības un pamata brīvības sakarā ar bioloģijas un medicīnas lietošanu."¹⁰⁶ Latvija pagaidām nav ratificējusi

¹⁰⁶ Konvencija par cilvēktiesību un cieņas aizsardzību bioloģijā un medicīnā, 1. pants. <http://conventions.coe.int/treaty/en/treaties/html/164.htm>

konvenciju, bet Krievija to nav nedz parakstījusi, nedz ratificējusi. Konvencijas ratifikācija nozīmē, ka dalībvalstu valdībām jānodrošina valsts likumdošanas atbilstība konvencijas prasībām par veselības aprūpes pakalpojumu pieejamību, pacientu informētu piekrišanu, cilvēku ar garīgiem traucējumiem ārstēšanu pret viņu gribu un tiesībām saņemt informāciju.

14. Valstu valdībām jāparaksta un jāratificē Eiropas Sociālā harta jaunajā redakcijā un tās 10. Papildprotokols, kas paredz kolektīvo sūdzību sistēmu. Eiropas Sociālās hartas 11. pants noteic, ka "ikvienai personai ir tiesības izmantot jebkurus pasākumus, kas ļauj tai uzturēt iespējami augstāku veselības līmeni". 13. pants noteic, ka "ikvienai personai, kurai trūkst attiecīgu līdzekļu, ir tiesības uz sociālo un medicīnisko palīdzību"¹⁰⁷. Kolektīvo sūdzību iesniegšanas kārtība paredz, ka indivīdiem un nevalstiskajām organizācijām ir tiesības iesniegt sūdzību Komitejai, kas pēc sūdzības pamatotības noteikšanas uzklausa pušu argumentus un pieņem lēmumu. Pamatojoties uz Komisijas lēmumu, Eiropas Padome pieņem turpmāko rezolūciju. Aprakstītais mehānisms nodrošinās cilvēktiesību aizsardzības un psihiatrijas pakalpojumu lietotāju organizāciju aktīvu līdzdalību.

Psihoneiroloģiskajām slimnīcām un sociālās aprūpes centriem

1. Izstrādāt skaidrus norādījumus (un uzraudzīt to ievērošanu) par nacionālās likumdošanas ievie-

šanu attiecībā uz pacientu tiesībām, necilvēcīgas vai pazemojošas apiešanās aizliegumu, tiesībām uz informētu piekrišanu. Bieži vien, neskatoties uz likumdošanas atbilstību cilvēktiesību standartiem, tās ievērošana mēdz būt nepilnīga. Iestāžu personāla zināšanas par valsts politiku garīgās veselības aprūpes jomā ir nepilnīgas vai arī laika, izpratnes trūkuma un aizspriedumu dēļ šī valsts politika bieži vien tiek ignorēta. Izstrādāto norādījumu izplatīšanu vajadzētu apvienot ar apmācību, kā arī ar skaidrām norādēm par sagaidāmo sodu, ja norādījumi netiks pildīti.

2. Izstrādāt rehabilitācijas un ergoterapijas programmas, kā arī individuālus rehabilitācijas plānus katram pacientam/iemītniekam. Psihoneiroloģisko slimnīcu un sociālās aprūpes centru personālam ir jāvelta laiks un pūles ne tikai tiešajiem aprūpes pienākumiem, bet arī rehabilitācijai. Programmās jāietver plašs pakalpojumu klāsts, kas būtu atbilstošs dažādām personas spējām. Pamatojoties uz katra indivīda vajadzībām un spējām, katram pacientam ir jāizstrādā individuālais rehabilitācijas plāns.

Donororganizācijām

1. Finansējums ir jāvērs uz valsts pārvaldes institūcijām cilvēkresursu un finansiālo resursu kapacitātes stiprināšanai, tādējādi sekmējot iepriekš minēto uzdevumu izpildi.
2. Nepieciešams informēt sabiedrību par pieejamajiem līdzfinansēšanas mehānismiem, kuros

¹⁰⁷ Eiropas Sociālā harta, Eiropas Padome.

<http://conventions.coe.int/treaty/en/treaties/html/163.htm> (Pēdējo reizi sk. 2004. gada 15. aprīlī).

pieļaujama nevalstisko organizāciju līdzdalība. Bieži vien sabiedriskās organizācijas un pašvaldības, kas sniedz pakalpojumus, nemaz nav informētas par dažādām līdzfinansējuma saņemšanas iespējām. ES ir jāinformē par savām

finansēšanas iespējām un jāveicina potenciālo finansējuma saņēmēju – psihiatrijas pakalpojumu lietotāju organizāciju – spēja pieteikties uz līdzekļiem.

Sagatavota iespiešanai SIA "Nordik". Reģ. apl. Nr. 2-0792.
Adrese – Daugavgrīvas ielā 36-9, Rīgā, LV-1048, tālr. 7602672.
Iespiesta un brošēta Jelgavas tipogrāfijā.

