

## PSICHIKOS SUTRIKIMŲ TURINČIŲ ASMENŲ PRIVERSTINIO HOSPITALIZAVIMO TEISINIO REGULIAVIMO YPATUMAI

Valdas Benkuskas

*Mykolo Romerio universiteto Teisės fakultetas*

**Raktažodžiai:** priverstinis hospitalizavimas, psichikos ligonis, psichikos sutrikimas, psichikos liga, psichikos sveikatos įstatymai.

### Santrauka

Straipsnyje analizuojama psichikos sutrikimų turinčių asmenų priverstinio hospitalizavimo teisinio reguliavimo ypatumai Lietuvos ir kitų valstybių kontekste. Pateikiama analizė remiasi Europos Žmogaus Teisių Teismo jurisprudencija, o ypač 1979 m. *Winterwerp v. Netherlands* byloje suformuotais teisėto priverstinio hospitalizavimo kriterijais.

Europos žmogaus teisių ir pagrindinių laisvių apsaugos konvencijos 5 straipsnyje yra įtvirtinta, kad niekam negali būti atimta laisvė, išskyrus kai (be kitų atvejų) sulaikomi „psichiškai nesveiki“ asmenys. *Winterwerp v. Netherlands* bylos sprendime pirmą kartą buvo suformuoti trys kriterijai, kuriais remiantis konstatuojama, kad asmuo pagal Konvencijos 5 straipsnio 1 dalies (e) punktą gali būti teisėtai priverstinai hospitalizuojamas.

Pirmasis kriterijus – objektyvių medicininių duomenų apie pablogėjusią asmens psichikos sveikatą nustatymas. Šis kriterijus reikalauja, kad būtų tinkamai įrodoma, jog asmuo yra „psichiškai nesveikas“ (turintis psichikos sutrikimą). Patvirtinus psichikos sutrikimo atvejį, atsiranda formali galimybė (esant visų sąlygų visumai) tokį asmenį priverstinai hospitalizuoti, suvaržyti jo laisvę bei asmens neliečiamybę, ir priešingai – nepatvirtinus psichikos sutrikimo fakto, asmuo formaliai nebūtų laikomas „psichiškai nesveiku“ bei negalėtų būti priverstinai hospitalizuojamas.

Antrasis kriterijus – psichikos sutrikimo sunkumas, kuris reiškia asmens psichikos būklės pablogėjimą tokiu laipsniu, kuris pateisintų priverstinio asmens izoliavimo būtinybę. EŽTT precedentų teisėje psichikos sutrikimo sunkumas yra tiesiogiai sietinas su asmens pavojingumu sau ir aplinkiniams poży-

miais. Teisės aktai paprastai nereglementuoja, kokiais požymiais remiantis turi būti įvertinamas asmens veiksmų pavojingumas. Pareiga įrodyti asmens psichikos būklės pablogėjimo sunkumą, t.y. jo pavojingumą, tenka gydytojams psichiatriams.

Trečiasis kriterijus garantuoja asmens teisės į laisvę atstatymą, kai tokios laisvės ribojimas tampa neproporcingas pablogėjusios asmens psichikos būklės sunkumui. Priverstinai hospitalizuotas asmens gydymo įstaigoje turi būti laikomas tol, kol jo psichikos sutrikimas ir jo sunkumas to neišvengiamai reikalauja. Šis reikalavimas nustato priverstinai hospitalizuoto asmens teisę į periodišką jo laisvės sulaiikymo teisėtumo patikrinimą.

### Įvadas

Priverstinis hospitalizavimas yra ypač svarbus praktinis sprendimas, lemiantis priverstinai hospitalizuojamo asmens teisių ribojimą. Todėl jo taikymo procese ypatinga reikšmė tenka teisiniui reguliavimui. Priverstinis hospitalizavimas skirtingose šalyse reguliuojamas gana įvairiai – specialiaisiais ar bendrojo pobūdžio teisės aktais, tačiau visus juos dažniausiai vienija siekis suderinti potencialiai priešingus dalykus, t.y. asmens teisę į laisvę bei to asmens ir aplinkinių teisę į saugumą situacijose, kai asmuo praranda adekvatus aplinkos vertinimo gebėjimus [30]. Vertinant teisės aktuose įtvirtintas priverstinio hospitalizavimo taikymo sąlygas, ypatingas aiškinimo vaidmuo tenka Europos Žmogaus Teisių Teismo (toliau – EŽTT) jurisprudencijai.

Europos žmogaus teisių ir pagrindinių laisvių apsaugos konvencijos (toliau – Konvencija) 5 straipsnyje yra įtvirtinta, kad niekam negali būti atimta laisvė, išskyrus kai (be kitų atvejų) sulaikomi „psichiškai nesveiki“ asmenys (juos priverstinai hospitalizuojant) [19]. 1979 m. bylos *Winterwerp v. Netherlands* (toliau – *Winterwerp* byla) sprendime EŽTT pirmą kartą suformavo tris kriterijus, kuriais remiantis konstatuojama, kad asmuo pagal Konvencijos 5 straipsnio 1 dalies (e) punktą gali būti teisėtai priverstinai hospitalizuojamas [15]. Konvencijos 5 straipsnio 1 dalies (e)

punkto tolimesnė aiškinimo, siekiant nustatyti aiškius reikalavimus teisėtiems asmens laisvės suvaržymams, raida remiasi būtent šioje EŽTT byloje suformuotais kriterijais.

Šiame straipsnyje ir yra nagrinėjami priverstinio hospitalizavimo teisinio reguliavimo ypatumai, atsižvelgiant į EŽTT *Winterwerp* byloje įtvirtintus ir vėlesnėse EŽTT bylose plėtotus kriterijus.

**Darbo tikslas** – atskleisti psichikos sutrikimų turinčių asmenų priverstinio hospitalizavimo teisinio reguliavimo ypatumus EŽTT jurisprudencijos kontekste.

### Tyrimo medžiaga ir metodai

Tyrimo medžiaga – norminiai teisės aktai, Europos Žmogaus Teisių Teismo jurisprudencija, nacionalinių teismų jurisprudencija, teisės doktrina. Naudojami istorinis, dokumentų analizės, lyginamasis, sintezės bei apibendrinimo metodai.

### Rezultatai

#### I kriterijus – objektyvūs medicininiai kriterijai.

Pirmasis *Winterwerp* byloje įtvirtintas kriterijus – objektyvių medicininių duomenų apie pablogėjusią asmens psichikos sveikatą nustatymas. Šis kriterijus reikalauja, kad būtų tinkamai įrodoma, jog asmuo yra „psichiškai nesveikas“. *Winterwerp* byloje EŽTT sąmoningai vengė konkrečiau apibrėžti, kas yra laikoma „psichiškai nesveiku“, nes sprendžiant, ar asmuo turėtų būti priverstinai hospitalizuojamas kaip „psichiškai nesveikas“, EŽTT pripažino nacionalinių institucijų tam tikrą veiksmų laisvę, kai jos turi įvertinti kiekvienu konkrečiu atveju pateikiamus įrodymus. Tačiau nacionaliniai įstatymai visais atvejais turi atitikti Konvenciją, įskaitant joje nurodytus arba implikuojamus bendruosius principus. Tačiau šioje byloje buvo pabrėžta tai, kad „psichiškai nesveiku“ negalima laikyti asmens, kurio elgesys ar pažiūros skiriasi nuo daugumos visuomenėje pripažįstamų normų. Jeigu asmuo būtų sulaikomas už tai, kad kitaip elgiasi ar yra kitos nuomonės, tai toks sulaikymas būtų savavališkas ir neteisėtas bei prieštarautų Konvencijai, nes tai pažeistų teisę į laisvę bei paneigtų jos supratimą demokratinėje visuomenėje.

Vėlesnėse EŽTT bylose, plėtojant objektyvių medicininių duomenų apie pablogėjusią asmens psichikos sveikatą nustatymo kriterijų, ne kartą buvo pasisakyta, kad priverstinai hospitalizuojamo asmens pablogėjusią psichikos būklę turi nustatyti ne bet kas, o asmenys, turintys medicininį išsilavinimą ir darbo psichiatrijoje patirtį [12].

Tam tikrą išimtį EŽTT įtvirtino byloje *Varbanov v. Bulgaria*, kur pareiškėjas buvo priverstinai hospitalizuotas be jokio medicininio įvertinimo, o tik baudžiamosios bylos tyrėjo sprendimu [14]. Teismas pripažino, kad (remiantis

Konvencijos 5 straipsniu) galima teisėtai suvaržyti asmens laisvę, patalpinant į psichiatrijos ligoninę be mediko išvados, tačiau tik tam, kad būtų galima skubiai ir nedelsiant gauti medicininę išvadą apie tokio asmens psichikos sveikatos būklę (plačiau apie medicininės išvados būtinumą žr. 3 straipsnio dalyje „III kriterijus – priverstinio hospitalizavimo tikslingumo peržiūrėjimas“).

Šioje byloje EŽTT taip pat konstatavo, kad medicininis vertinimas turi apimti esamą asmens psichikos būklę, o ne tik buvusią praeityje, t.y. susijusią su konkrečiais praeities faktais. Kitaip tariant, jeigu gydytojo psichiatro sprendimas yra pagrįstas medicininiais duomenimis, kurie nebūtinai gali atspindėti asmens psichikos būklę sprendimo metu, tai toks uždelsimas nuo klinikinės apžiūros atlikimo iki formalios medicininės ataskaitos parengimo gali prieštarauti principui, kuriuo iš esmės yra grindžiamas Konvencijos 5 straipsnis – pacientų apsaugojimas nuo savavališkumo, taikant bet kokią priemonę, kuri atima iš jų laisvę. Tą patį EŽTT pakartojo ir vėlesnėje *Musial v. Poland* byloje, kur nacionalinio teismo nutartis pratęsti priverstinį hospitalizavimą, paremtą 11 mėnesių senumo medicinos išvada, buvo pripažinta savavališka ir pažeidžianti Konvencijos 5 straipsnį [11].

Savo jurisprudencijoje EŽTT nuosekliai pabrėžia priverstinai hospitalizuojamų asmenų teisę į greitą sprendimų jų atžvilgiu priėmimą [5]. Pavyzdžiui, skubaus priverstinio hospitalizavimo atveju asmens psichikos būklės vertinimas ir išleidimas iš psichiatrijos ligoninės tik po 3 savaičių (byloje *Wassink v. Netherlands*) [16] arba 16 dienų laikymas ligoninėje, nenagrinėjant priverstinai hospitalizuoto asmens prašymo išleisti iš psichiatrijos ligoninės (byloje *Van Glabeke v. France*) [13] buvo pripažinti, kaip nepagrįstai vilkinantys terminai. Kita vertus, formuodamas nacionaliniams subjektams pareigą laikytis operatyvumo, EŽTT yra pabrėžęs, kad objektyvių medicinos duomenų nustatymo ir pateikimo uždelsimas dėl pareiškėjų aktyvių veiksmų vilkinant procedūras gali eliminuoti kompetentingų nacionalinių institucijų atsakomybę. Bylos *Boucheras v. France* [3] atveju, 3 mėnesių asmens priverstinis hospitalizavimas nebuvo pripažintas neteisėtu, atsižvelgiant į hospitalizuoto asmens elgesį medicininės apžiūros metu ir jam nuolat ginčijant ekspertų kompetentingumą ir nešališkumą.

Taigi, EŽTT savo jurisprudencijoje įtvirtino ir išplėtojo priverstinio hospitalizavimo vieną iš privalomų sąlygų – pagal tam tikras formaliai įtvirtintas taisykles įvertinti ir konstatuoti asmens pablogėjusią psichikos būklę. Kitaip tariant, EŽTT suformavo pareigą nacionaliniams teisėkūros subjektams nustatyti tokį teisinį reguliavimą, kuris užtikrintų sąžiningą ir tinkamą asmens psichikos būsenos pablogėjimo konstatavimą.

Šiame kontekste taip pat paminėtini Jungtinių Tautų Organizacijos (toliau – JTO) Asamblėjos 1991 m. patvirtinti Asmenų, sergančių psichikos liga, apsaugos ir psichikos sveikatos priežiūros tobulinimo principai, kurie nors ir nėra teisiškai įpareigojantys, tačiau tarptautiniu lygmeniu formuoja standartus psichikos sveikatos priežiūros teisėkūrai [20]. Šio dokumento 16 principas nustato priverstinio hospitalizavimo taikymą, pagal kurį tik psichikos liga (angl. mental illness) sergantis asmuo, esant tarp tikrų sąlygų visumai, gali būti priverstinai hospitalizuojamas. Taigi ir šiame tarptautiniame teisės šaltinyje yra įtvirtinama psichikos ligos sąlyga taikant priverstinį hospitalizavimą, o jo tarptautinį paplitimą patvirtina tai, kad tokios valstybės kaip Australija, Vengrija, Meksika, Portugalija šių principų nuostatas yra inkorporavusios į savo teisinės sistemas [31].

Remiantis aukščiau aptartu Konvencijos reglamentavimu ir EŽTT jurisprudencija, priverstinio hospitalizavimo institutas yra konstruojamas ir Lietuvos teisės sistemoje. Priverstinis hospitalizavimas psichikos sveikatos priežiūroje yra reglamentuojamas specialiaame Psichikos sveikatos priežiūros įstatyme. Šio įstatymo 27 straipsnyje nustatyta, kad asmuo, sergąs sunkia psichikos liga ir atsisakąs hospitalizavimo, gali būti hospitalizuojamas prievarta tik jeigu yra reali grėsmė, kad jis savo veiksmais gali padaryti esminę žalą savo sveikatai ar gyvybei arba aplinkinių sveikatai ir gyvybei [25]. Beveik identiška nuostata įtvirtinta ir Lietuvos Respublikos civilinio kodekso (toliau – Civilinis kodeksas) 2.26 straipsnyje, kuriame nustatyta, kad jeigu asmuo serga sunkia psichikos liga ir yra reali grėsmė, kad jis savo veiksmais gali padaryti esminės žalos savo ar aplinkinių sveikatai ar gyvybei bei turtui, jis gali būti priverstinai hospitalizuojamas [23].

Pagal šiuos teisės aktus vienas iš būtinų kriterijų priverstiniam asmens hospitalizavimui yra sirgimas psichikos liga, kuris šiuo atveju ir turėtų būti prilyginamas *Winterwerp* byloje įtvirtintam objektyvių medicininių duomenų apie pablogėjusią asmens psichikos sveikatą nustatymo kriterijui. Psichikos sveikatos priežiūros įstatymo 1 str. 1 d. nurodyta, kad „psichikos liga – tai gydytojo diagnozuotas, psichiatro patvirtintas susirgimas, pagal galiojančią ligų klasifikaciją priskiriamas psichikos ligoms. Psichikos liga negali būti diagnozuojama remiantis politiniais, religiniais, rasiniais motyvais.“ Kaip matyti iš pateikto apibrėžimo, psichikos liga laikytinas ne bet koks susirgimas, o tik esantis atitinkamoje klasifikacijoje [2].

Lietuvos sveikatos priežiūros sistemoje nuo 2011 m. vartojama dešimtojo pataisyto ir papildyto leidimo, Australijos modifikacijos Tarptautinė statistinė ligų ir sveikatos sutrikimų klasifikacija „Sisteminis ligų sąrašas“ (toliau – TLK-10-AM). Šios klasifikacijos 5 skyrius yra skirtas

psichikos sveikatai, o oficialius skyriaus pavadinimas yra „Psichikos ir elgesio sutrikimai“. Taigi oficialioje ligų klasifikacijoje terminas psichikos liga nėra vartojamas, o visi susirgimai apibendrintai įvardijami kaip psichikos ir elgesio sutrikimai, nors šios sąvokos apibrėžimas ir nėra pateikiamas. Kadangi Psichikos sveikatos priežiūros įstatyme vartojamo termino psichikos liga definicija nepateikia klasifikacinių požymių ir tik nukreipia į TLK-10-AM, joje visi asmens psichikos sveikatos pokyčiai įvardijami kaip psichikos ir elgesio sutrikimai, todėl darytina išvada, kad šiuose teisės aktuose vartojami terminai atitinkamai psichikos liga bei psichikos ir elgesio sutrikimai teisinio reikšmingumo prasme yra vienodi. Kitaip tariant, gydytojas psichiatras, įvertinęs asmens psichikos sveikatos būklę bei naudodamasis TLK-10-AM, nustato konkretų asmens psichikos ar elgesio sutrikimą, kuris Psichikos sveikatos priežiūros įstatymo prasme būtų suprantamas ir įvardijamas kaip psichikos liga [2].

Remiantis sisteminė Psichikos sveikatos priežiūros įstatymo 23, 27 ir 28 straipsnių analize, gydytojas psichiatras, įtardamas asmenį sergant psichikos liga bei esant realiai grėsmei dėl tokio asmens ir/arba aplinkinių gyvybės ir sveikatos, atlieka asmens pirminį psichikos būklės patikrinimą ir įvertinimą. Tokio patikrinimo tvarką reglamentuoja Pirminio asmens psichikos būklės patikrinimo tvarka, kurioje nurodyta, kad pirminis asmens psichikos būklės įvertinimas atliekamas, siekiant įvertinti asmens psichikos sveikatos būklę [24]. Šio patikrinimo metu turėtų būti suformuojama išvada dėl asmens galimo (ne)sirgimo psichikos liga. Iš to būtų galima daryti išvadą, kad pagal Lietuvoje įtvirtintą teisinį reguliavimą tik formaliai asmeniui nustačius psichikos ligą, toks asmuo gali būti priverstinai hospitalizuojamas, t.y. patvirtinus sirgimo atvejį, atsirastų formali galimybė (esant visų sąlygų visumai) tokį asmenį priverstinai hospitalizuoti, suvaržyti jo laisvę bei asmens neliečiamybę, ir priešingai – nepatvirtinus sirgimo fakto, asmuo formaliai nebūtų laikomas psichikos ligoniu bei negalėtų būti priverstinai hospitalizuojamas.

**II kriterijus – psichikos sutrikimo sunkumas.** Pagal *Winterwerp* bylos precedentą, tam, kad asmuo galėtų būti teisėtai priverstinai hospitalizuojamas, be psichikos būklės pablogėjimo kriterijaus (teisės doktrinoje apibūdinamo kaip medicininio kriterijaus), būtina nustatyti ir dar vieną būtiną kriterijų – asmens psichikos būklės pablogėjimo (psichikos sutrikimo) sunkumą. Šiuo atveju psichikos būklės pablogėjimas turi būti tokios rūšies arba laipsnio, kuris pateisintų priverstinio asmens izoliavimo būtinybę [15]. Teisės doktrinoje šis kriterijus yra įvardijamas teisiniu kriterijumi [18].

Nors *Winterwerp* byloje ir nebuvo plačiau pasisakyta,

koku būdu turėtų būti nustatomas sunkumo laipsnis, tačiau vėlesnėje EŽTT precedentų teisėje psichikos sutrikimo sunkumas buvo tiesiogiai susietas su asmens pavojingumu sau ir aplinkiniams požymiais [8]. Atkreiptinas dėmesys, kad Psichikos sveikatos priežiūros įstatymo 27 straipsnyje ir Civilinio kodekso 2.26 straipsnio 4 d., kurie reglamentuoja priverstinės hospitalizavimo taikymo sąlygas, taip pat yra vartojamas *sunkios psichikos ligos* terminas. Ligos sunkumo nustatymo medicininiai kriterijai teisės aktuose nėra detalizuojami. Tačiau remiantis EŽTT jurisprudencija, teigtina, kad minėto įstatymo ir Civilinio kodekso atveju ligos sunkumo vertinimas apsiriboja teisinių kriterijų nustatymu, t.y. yra sietinas ne tiek su psichikos sutrikimo ar ligos sunkumo laipsniu, bet kiek su pavojingumu sau ar aplinkiniams išraiška, kurios lygis turi būti nekeliantis abejonių, akivaizdžiai grėsmingas ar gydytojo psichiatro identifikuotas [2].

EŽTT savo praktikoje taip pat yra tikrinusi, ar valstybės, atimdamos asmens laisvę, griežtai laikėsi įstatymų reikalavimo dėl asmens sunkios psichikos būklės nustatymo. Byloje *Gajcsi v Hungary* pareiškėjo psichikos sutrikimas buvo konstatuotas remiantis medicininiais įrodymais, laisvės atėmimo klausimas taip pat buvo periodiškai peržiūrimas, tačiau, EŽTT nuomone, Vengrijos teismas, sprenddamas priverstinio hospitalizavimo taikymo klausimą, aplaidžiai ir paviršutiniškai vertino asmens pavojingumo sau ir aplinkiniams (sunkumo) lygį, nors toks kriterijus buvo įtvirtintas Vengrijos sveikatos priežiūros įstatyme kaip būtina sąlyga priverstiniam hospitalizavimui. Šioje byloje EŽTT konstatavo, kad asmens priverstinis hospitalizavimas buvo neteisėtas, nes Vengrijos teismas asmens pavojingumo (būtiną) lygį konstatavo neatlikęs jokios išsamios analizės, kaip to reikalavo įstatymas, o pasirėmė tik ekspertų įrašu medicininėse išvadose [7]. Būtent šio kriterijaus vertinimo ir pagrindimo motyvų trūkumas, EŽTT nuomone, sudarė Konvencijos pažeidimą.

Nacionalinių teismų praktikoje, Lietuvos Aukščiausiasis Teismas (toliau – LAT) byloje *D.P. v Kauno psichiatrijos ligoninė, Kauno medicinos universiteto klinikos, Kauno miesto savivaldybė* priverstinį hospitalizavimą neteisėtu pripažino vien dėl to, kad nebuvo nustatytas realus pavojus asmens gyvybei, nors hospitalizuotas asmuo ir buvo išsakęs savižudybinių minčių. LAT nuomone, vien tik tokių minčių išsakymo faktas savaime neduoda pagrindo padaryti pagrįstą išvadą apie tam tikros grėsmės realumą, tuo tarpu Psichikos sveikatos priežiūros įstatymo 27 straipsnis įsakmiai numato, kad priverstinis asmens hospitalizavimas yra leidžiamas ir pateisinamas tik esant realiai grėsmei [23]. Šioje byloje LAT konstatavo, kad teismo psichiatrijos-psichologijos ekspertizės išvadose asmens nuotaika

įvertinta tik kaip vidutinio depresijos lygio, dėl ko galima pagrįstai abejojti pavojingumo savo gyvybei realumu. Byloje surinktų įrodymų visetas nedavė pagrindo ją nagrinėjusiems teismams konstatuoti aplinkybę, jog buvo reali grėsmė, kad asmuo savo veiksmais gali padaryti esminę žalą savo gyvybei, sveikatai. LAT suformavo grėsmės gyvybei ar sveikatai realumo kriterijų, kuris kiekvienu atveju turi būti atsakingai įvertinamas ir pagrindžiamas.

Pažymėtina, kad nors daugelio valstybių, pavyzdžiui, Belgijos, Austrijos, Lenkijos [29], taip pat Anglijos ir Velso [26] teisės aktai šandien įtvirtina pavojingumo (sunkumo) kriterijų, kaip būtiną elementą priverstiniam hospitalizavimui, tačiau ir juose nėra reglamentuojama, kokiais požymiais remiantis turi būti įvertinamas asmens veiksmų pavojingumas. Praktinėje veikloje skirtingi medicinos ekspertai gali labai nevienodai traktuoti asmens elgesio pavojingumą, todėl šis teisinis neapibrėžtumas gali sąlygoti nepagrįstą asmens teisių ribojimą. Visgi pabrėžtina, kad pareiga įrodyti asmens psichikos būklės pablogėjimo sunkumą, t.y. jo pavojingumą, tenka gydytojams psichiatrams. Šiuo atveju medikams profesionalams būtina įrodyti neabejotiną asmens pavojingumą sau pačiam ir (arba) aplinkiniams.

Taigi EŽTT jurisprudencijos tradicijos pagrindu daugelio šalių teisės aktuose psichikos sutrikimo sunkumo kriterijus yra būtina sąlyga priverstiniam asmens hospitalizavimui. Nors kai kurie autoriai kritikuoja šį kriterijų, kaip skatinantį visuomenės supratimą, kad psichikos ligomis sergantys žmonės yra pavojingi dėl neprognozuojamo elgesio arba, kitaip tariant, skatinantį stigmatizaciją, tačiau asmens teisių apsaugos prasme, toks kriterijus pirmiausia konstruojamas siekiant išvengti piktnaudžiavimo [27].

**III kriterijus – priverstinio hospitalizavimo tikslin-gumo peržiūrėjimas.** Trečiasis kriterijus nustato pareigą įtvirtinti tokį teisinį reguliavimą, kuris užtikrintų priverstinai hospitalizuoto asmens teisės į laisvę atstatymą, kai tokios laisvės ribojimas tampa neproporcingas pablogėjusio asmens psichikos būklės sunkumui. Priverstinai hospitalizuotas asmuo gydymo įstaigoje turi būti laikomas tol, kol jo psichikos sutrikimas ir jo sunkumas to neišvengiamai reikalauja [1]. Taigi šis reikalavimas nustato priverstinai hospitalizuoto asmens teisę į periodišką jo laisvės sulaukymo teisėtumo patikrinimą.

Pažymėtina, kad šio kriterijaus praktinis realizavimas dažniausiai susideda iš dviejų stadijų. Pirmoje stadijoje, įvertinus asmens būseną ir turimą informaciją, jis hospitalizuojamas tam tikram pradiniam laikotarpiui. Sprendimą hospitalizuoti priima vienas arba du gydytojai psichiatrai. Dažniausiai tokio laikotarpio trukmė yra iki 24 valandų (Bulgarija, Čekija, Ispanija, Vokietija), iki 48 valandų (Ita-

lija, Lenkija, Lietuva) arba iki 72 valandų (Anglija, Velsas) [21]. Tačiau praktikoje dažni atvejai, kai dėl neadekvataus ar pavojingo elgesio, siekiant apsaugoti asmens ar aplinkinių asmenų gyvybę ar sveikatą, asmenys yra sulaikomi ir hospitalizuojami neturint mediko išvados (tokius sulaikymo veiksmus dažniausiai atlieka policija ar kitos viešąją tvarką užtikrinančios institucijos). Teisinių tokių situacijų vertinimą galima rasti EŽTT praktikoje ir jau aukščiau minėtoje *Varbanov v. Bulgaria* byloje, kur teismas asmens laisvės suvaržymą būtinojo reikalingumo atveju, patalpinant į psichiatrijos ligoninę be mediko išvados, pripažino teisėtu, tačiau tuo pačiu įtvirtino reikalavimą nedelsiant gauti medicininę išvadą apie tokio asmens psichikos sveikatos būklę [14]. Bet koks ilgesnis uždelsimas būtų konstatuojamas kaip Konvencijos 5 straipsnio pažeidimas.

Tokio skubaus sulaikymo teisėtą pavyzdį galima rasti ir Lietuvos teisiniame reglamentavime - Pirminio asmens psichikos būklės patikrinimo tvarkos 8 straipsnyje įtvirtinta, kad policijos pareigūnai, jei jie įtaria sunkius asmens psichikos būklės sutrikimus, turi teisę pristatyti asmenį į psichiatrijos įstaigą [24]. Taigi, skubaus sulaikymo atvejais būtina nedelsiant atlikti asmens psichikos būklės įvertinimą bei juo remiantis spręsti dėl pradinio priverstinio hospitalizavimo taikymo.

Jei priverstinis hospitalizavimas būtinas ilgesniam nei pradiniam laikotarpiui, dėl jo skyrimo dažniausiai sprendžia teismai. Šios stadijos laikotarpis gali trukti iki 1 savaitės (Italijoje), iki 2 savaičių (Lenkijoje), iki 6 savaičių (Vokietijoje), iki 3 mėnesių (Bulgarijoje, Čekijoje, Slovakijoje, Švedijoje) ar net iki 6 mėnesių (Anglijoje, Graikijoje, Ispanijoje). Po šių laikotarpių pabaigos gali būti svarstoma dėl jų papildomo pratęsimo [29].

Lietuvos Psichikos sveikatos priežiūros įstatymo 28 straipsnis numato, kad priverstinai hospitalizuotas asmuo psichiatrijos įstaigoje gydomas ne ilgiau kaip dvi paras be teismo leidimo [25]. Jeigu per šį laikotarpį teismas leidimo neduoda, priverstinis hospitalizavimas turi būti nutraukiamas. Per šį pradinį dviejų parų laikotarpį (pirminę priverstinio hospitalizavimo stadiją) psichiatrijos įstaigos administracija privalo kreiptis į teismą, kuris apsvaustęs psichiatrų rekomendacijas, turi teisę priimti sprendimą dėl asmens priverstinio hospitalizavimo nustatymo ne ilgesniam kaip 1 mėnesio laikotarpiui. Jeigu asmens priverstinį hospitalizavimą ir gydymą reikia pratęsti, psichiatrijos įstaigos administracija dėl šio pratęsimo vėl privalo kreiptis į teismą, kuris pagal medicininę išvadą gali priverstinį hospitalizavimą nutraukti arba pratęsti jau 6 mėnesių laikotarpiui. Vėliau kiekvieną kartą teismas šį terminą gali pratęsti naujam 6 mėnesių laikotarpiui.

EŽTT jurisprudencijoje trečiojo kriterijaus aiškinimas

yra taip pat išsamus. Byloje *Herczegfalvy v. Austria* buvo nagrinėti trys priverstinio hospitalizavimo tikslingumo vertinimo intervalai: pirmasis – 15 mėnesių, antrasis – 2 metų ir trečiasis – 9 mėnesių [5]. Teismas nusprendė, kad pirmieji du intervalai negali būti laikomi pagrįstais, tačiau neturėjo pastabų dėl trečiojo devynių mėnesių intervalo. EŽTT konstatavo, kad psichikos sutrikimų turintis ir priverstinai hospitalizuotas asmuo turi teisę ginčyti hospitalizavimo trukmę pagrįstu intervalu, t.y. turi teisę į medicinos išvadų atnaujinimą. Šis reikalavimas taikomas tais atvejais, kai įstatymuose nėra numatytos automatinės sveikatos patikrinimo procedūros. Kitoje byloje *E v. Norway* EŽTT nustatė, kad 55 dienų laikotarpis nuo pareiškimo dėl išleidimo iš psichiatrijos ligoninės peržiūros pateikimo iki teismo sprendimo priėmimo buvo nepagrįstai ilgas ir pažeidžiantis Konvencijos 5 straipsnio reikalavimus [4].

Ypač svarbus precedentas buvo suformuotas byloje *Johnson v. United Kingdom*, kur asmuo, sirgęs psichoze, teismo nutartimi buvo paguldytas į psichiatrijos ligoninę [6]. Po 3 metų speciali komisija, atlikdama metinį patikrinimą, medicinos duomenų pagrindu nustatė, kad nors asmens psichikos sveikatos būklė ir yra pagerėjusi, tačiau jis dar nėra visiškai pasirengęs savarankiškai gyventi bendruomenėje, todėl nurodė šį asmenį perkelti iš psichiatrijos ligoninės į specialų bendrabutį. Laisvų vietų bendrabučiuose nebuvimas ir paties asmens prieštaravimas dėl perkėlimo į tokį bendrabutį lėmė, kad psichiatrijos ligoninėje jis buvo priverstinai laikytas dar vienerius metus. Pareiškėjas ginčijo tiek jo laikymą psichiatrijos ligoninėje, tiek ir sprendimą taikyti privalomą buvimą specialiame bendrabutyje, nors medikų išvada dėl sveikatos būklės pagerėjimo buvo teigiama. Visgi, EŽTT konstatavo, kad asmuo po psichiatrų komisijos išvados teisėtai nebuvo iš karto išleistas iš ligoninės, nes visiško pasveikimo nustatymas moksle nėra pakankamai aiškus, o pernelyg ankstyvas paleidimas ir stebėjimo nebuvimas kai kuriais atvejais gali būti rizikingas. Tačiau, jei nacionaliniai teisės aktai numato specialaus laikymo (pavyzdžiui, bendrabutyje ar pensionate) sąlyga, tai institucijų pareiga yra ją užtikrinti. Todėl šiuo atveju vėlavimas ir kartu atitinkamų procedūrinių garantijų nebuvimas sudarė Konvencijos 5 straipsnio pažeidimą.

Panašus trečiojo kriterijaus aiškinimas yra įtvirtintas ir ankstesnėje EŽTT byloje *Luberti v. Italy*, kur EŽTT konstatavo, kad psichikos vystimosi ypatumai, taip pat faktas, kad asmenys, kenčiantys nuo tam tikro psichinio sutrikimo laisvėje, gali sukelti pavojų ne tik sau, bet ir visuomenei, reiškia, kad turi būti atsižvelgta į nacionalinių institucijų atliekamą medicininę būklės įvertinimą sąsajoje su antruoju ir trečiuoju kriterijais, t.y. su pavojingumu ir būtinybės tęsti hospitalizavimą egzistavimu [10]. Net ir esant

požymių, kad sulaukytasis jau nebekenčia nuo psichikos ligos, tai savaime dar nereiškia, kad asmuo turi būti iš karto ir besąlygiškai išleidžiamas į laisvę.

Guldant asmenis į psichiatrijos ligoninę ilgesniam negu pradiniam laikotarpiui yra nusistovėjusi praktika priimti teismo sprendimą dėl priverstinio hospitalizavimo ar jo pratęsimo pačiam asmeniui nedalyvaujant teismo procese. Daugeliu atveju psichiatrai, rengdami teikimą gydyti priverstinai, patys įtraukia komentarą, kad asmuo nepajėgus dalyvauti teismo posėdyje [28]. EŽTT savo jurisprudencijoje ne kartą yra konstatavęs Konvencijos pažeidimo faktą šiuo pagrindu.

Byloje *Shtukaturov v. Russia*, kurioje buvo konstatuota net keturių Konvencijos straipsnių pažeidimai, EŽTT, be kita ko, nagrinėjo asmens teisės pateikti skundą dėl priverstinio hospitalizavimo (asmens laisvės suvaržymo) pagrįstumo nebuvimą [9]. Teismas pažymėjo, kad priverstinio hospitalizavimo atveju, kai yra suvaržoma asmens laisvė, turi būti sudaromos procesinės galimybės ginčyti tokį sprendimą sulaukytajam asmeniui. Pažymėtina, kad ši teisė neišnyksta po pirminės teismo sankcijos asmenį priverstinai hospitalizuoti, t.y. asmeniui garantuojama procesinė teisė kreiptis dėl jo priverstinio hospitalizavimo panaikinimo ir vėliau, o teismų pareiga yra tokį prašymą išnagrinėti per įmanomai trumpiausią terminą. Taip pat šioje byloje buvo pažymėta, kad ši procesinė teisė turi būti garantuota tiesiogiai hospitalizuotam asmeniui, o teisės suteikimas tik tokio asmens artimam giminei ar globėjui yra nepakankamas Konvencijos 5 straipsnio reikalavimų atžvilgiu.

Taigi, EŽTT savo jurisprudencijoje, nuosekliai plėtodamas asmens procesines teises į teisingą teismą, įtvirtino asmens teises asmeniškai dalyvauti teisme, sprendžiant priverstinio hospitalizavimo klausimą, precedentą. Tokia teisė gali būti apribota, bet negali būti paneigta.

Lietuvos teisinėje sistemoje įtvirtintas modelis dėl priverstinio hospitalizavimo tikslingumo peržiūrėjimo savo turiniu atitinka EŽTT keliamus reikalavimus. Šio kriterijaus įgyvendinimas pirmiausia sietinas su laiko tarpu, po kurio priverstinai hospitalizuoto asmens psichikos būklė privalo būti įvertinta ar dar kartą patikrinta. Pabrėžtina, kad nustatyti priverstinio hospitalizavimo laikotarpiai nėra absoliutūs, t.y. psichiatrijos įstaigos administracija turi teisę nutraukti asmens priverstinį hospitalizavimą ir anksčiau teismo sankcionuoto termino pabaigos. Tačiau praktikoje tokia teisė psichiatrijos įstaigos naudojasi rečiau nei objektyvios aplinkybės joms leistų, dėl ko potencialiai gali kilti ir teisminiai ginčai.

## Išvados

1. Asmens priverstinis hospitalizavimas yra jo teisės į

laisvę apribojimas, kurį valstybė gali taikyti tik išimtiniais atvejais, esant būtinų sąlygų visetui: psichikos ar elgesio sutrikimui; realiai sunkiai (pavojingai) būklei; aktualiam būtinumui taikyti asmens izoliaciją ir gydymą. Realus psichikos ar elgesio sutrikimas turi būti įrodytas kompetentingų valstybės pareigūnų, remiantis objektyvia medicinos ekspertize, ir toks sutrikimas turi būti tokio pobūdžio ar masto, kad pateisintų asmens internavimą.

2. Lietuvos teisės aktuose įtvirtintos priverstinio hospitalizavimo teisinio reguliavimo taisyklės ir bendrieji principai atitinka Konvencijos reikalavimus, plėtojamus EŽTT jurisprudencijoje. Problematiškas gali kilti vertinant II kriterijų – asmens psichikos būklės sunkumą – kadangi teisiškai nėra reglamentuojama, kokiais pagrindais ir kriterijais reikia vertinti asmens veiksmų pavojingumą gyvybei, sveikatai ir turtui. Toks teisinis neapibrėžtumas gali sąlygoti nepagrįstą asmens laisvės suvaržymą.

## Literatūra

1. Bartlett P. The necessity must be convincingly shown to exist: standards for compulsory treatment for mental disorder under the Mental Health Act 1983. *Medical law review*. 2011; December, 19(4).
2. Benkuskas V. Psichikos sveikatos priežiūros terminų vartojimo teisiniame reglamentavime probleminiai aspektai. *Sveikatos politika ir valdymas*, Vilnius, 2012.
3. Byla No. 14438/88, *Boucheras v. France* [1991]
4. Byla No. 11701/85, *E v. Norway* [1990]
5. Byla No. 105833/83, *Herzegfalvy v. Austria* [1992]
6. Byla No. 119/1196/738/937, *Johnson v. United Kingdom* [1997]
7. Byla No. 34503/03, *Galcsi v. Hungary* [2006]
8. Byla No. 2587/94, *Kawka v. Poland* [2001]
9. Byla No. 44009/05, *Shtukaturov v. Russia* [2010]
10. Byla No. 9019/80, *Luberti v. Italy* [1984]
11. Byla No. 24557/94, *Musial v. Poland* [1999]
12. Byla No. 17581/90, *Van der Leer v. Holland* [1990]
13. Byla No. 38287/02, *Van Glabeke v. France* [2006]
14. Byla No. 31365/96, *Varbanov v. Bulgaria* [1996]
15. Byla No. 6301/79, *Winterwerp v. Netherlands* [1979]
16. Byla No. 12535/86, *Wassink v. Netherlands* [1990]
17. Byla No. 11701/85, *E v. Norway* [1990]
18. Driukas A., Valančius V. *Civilinis procesas: teorija ir praktika*. 2009, IV tomas, Vilnius.
19. Europos žmogaus teisių ir pagrindinių laisvių apsaugos konvencija. *Valstybės žinios*, 1995; 40-987.
20. Jungtinių Tautų Organizacijos Asamblėjos 1991 m. patvirtinti Asmenų, sergančių psichikos liga, apsaugos ir psichikos sveikatos priežiūros tobulinimo principai. *Jungtinių Tautų Organizacijos tinklapis [interaktyvus]*. [žiūrėta 2013 07 03] <http://www.un.org/documents/ga/res/46/a46r119.htm>

21. Kaller TW, Torres-Gonzales F. Differences of legal regulations concerning involuntary psychiatric hospitalization in twelve European countries: implications for clinical practice. *International journal of forensic mental health*. 2007; 6(2).
22. LAT CBS 2006 m. kovo 20 d. nutartis c.b. Nr. 3K-3-200/2006, kat. 24.4; 26.7; 44.2.4.2
23. Lietuvos Respublikos civilinis kodeksas. Valstybės žinios, 2000; 74-2262.
24. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 1996 m. kovo 7 d. įsakymas Nr. 133 „Dėl pirminio asmens psichikos būklės patikrinimo tvarkos patvirtinimo“. Valstybės žinios, 1996; 28-695.
25. Lietuvos Respublikos psichikos sveikatos priežiūros įstatymas. Valstybės žinios, 1995; 53-1290.
26. Mental health act 1983. [interaktyvus]. [žiūrėta 2013 06 15] <<http://www.legislation.gov.uk/ukpga/1983/20/section/4>>
27. Phelan JC, Link BG. The growing belief that people with mental illnesses are violent: the role of the dangerousness criterion for civil commitment. *Soc. Psychiatry Psychiatric epidemiologic*. 1999; December, 33.
28. Radavičius L.E. Teisės psichiatrija: istorija ir dabartis, Vilnius, 2004.
29. Raškauskas V. Priverstinio hospitalizavimo psichiatrijoje paplitimas ir klinikiniai ypatumai. Daktaro disertacija. 2010.
30. Salize HJ, Dressing H. Coercion, involuntary treatment and quality of mental health care: is there any link? *Curr Opin Psychiatry*. 2005; 18(5).
31. WHO resource book on mental health. Human rights and legislation. World Health Organization. 2005.

**PECULIARITIES OF LEGAL REGULATION OF  
INVOLUNTARY HOSPITALIZATION OF PEOPLE WITH  
MENTAL DISORDERS**

**V. Benkunskas**

Key words: involuntary hospitalization, mental patient, mental disorder, mental illness, mental health law.

**Summary**

The article analyzes peculiarities of legal regulation of involuntary hospitalization of people with mental disorders in the context of Lithuania and other states. The analysis is based

on jurisprudence of the European Court of Human Rights and, especially, the criteria of legal involuntary hospitalization framed in the case *Winterwerp v. Netherlands* in 1979.

Article 5 of the Convention for the Protection of Human Rights and Fundamental Freedoms anchors that no one can be deprived of freedom, unless (among other cases) in case when “mentally ill” persons are detained. The judgement in the case *Winterwerp v. Netherlands* was the first to frame the three criteria, based on which it is stated that a person can be legally hospitalized by force under the Section (e) Part 1 Article 5 of the Convention.

The first criterion is identification of the objective medical information on the impairment of mental health of a person. The criterion requires duly averment of that the person is “mentally ill” (has a mental disorder). If the event of mental disorder is confirmed, there is a formal possibility (in case of the aggregate of all preconditions) to hospitalize such person by force thus restricting his/her freedom and personal immunity and if, on the contrary, the fact of mental disorder is not confirmed, the person cannot formally be considered “mentally ill” or be hospitalized by force.

The second criterion is gravity of a mental disorder, which means exacerbation of mental health of a person to the extent justifying the necessity to isolate the person by force. The precedent law of the ECHR directly relates gravity of a mental disorder to signs of hazard at self and others. Legal acts usually do not regulate the signs, based on which one could assess hazard of actions of a person. The duty to prove gravity of exacerbation of mental condition of a person, i.e. hazard of his/her actions, falls on psychiatrists.

The third criterion guarantees restoration of the personal right for freedom in case restriction of such freedom becomes disproportionate to gravity of exacerbation of mental health of the person. A person hospitalized by force can be kept in a medical institution by force as long as his/her mental disorder and gravity of the mental disorder necessarily requires doing so. The requirement establishes the right for the person hospitalized by force to undergo periodical revisions of legality of such restriction of his/her freedom.

Correspondence to: [valdas.benkunskas@gmail.com](mailto:valdas.benkunskas@gmail.com)

Gauta 2013-11-26