

**UNIVERZA V MARIBORU
PRAVNA FAKULTETA**

TIM KOŠAK

DUŠEVNO ZDRAVJE IN ČLOVEKOVE PRAVICE

Diplomsko delo

Maribor, 2010

**UNIVERZA V MARIBORU
PRAVNA FAKULTETA**

DIPLOMSKO DELO

DUŠEVNO ZDRAVJE IN ČLOVEKOVE PRAVICE

**Študent: Tim Košak
Številka indeksa: 71153648
Študijski program: UNI PRAVO
Študijska smer: Civilno pravo
Mentor: dr. Suzana Kraljić
Komentor:
Lektor: Ria Košak**

Maribor, junij 2010

Zahvala:

*Pričujoče diplomsko delo je sad konca študijskega procesa...
...in ker je vsak konec hkrati tudi nov začetek,
z veseljem obračam nov list.*

Iskrena hvala dr. Suzani Kraljić za mentorstvo in pomoč pri nastajanju diplomskega dela.

Prav tako se zahvaljujem Rii Košak za lektoriranje diplomskega dela, hkrati pa tudi ostalim bližnjim za njihovo podporo in vzpodbudo.

Hvala!

POVZETEK

Problematika duševnih bolezni je stara toliko kot človek. Skozi zgodovino so se ljudje različno odzivali do tovrstne problematike, je pa žal jasno viden enak z nevednostjo in s strahom prežet pogled na duševne bolnike skozi različna obdobja zgodovine. Tak pogled je omogočal razčlovečenje bolnikov in kršenje vseh obstoječih človekovih pravic. Težko je podati enotno definicije duševnega zdravja, v vsakem primeru pa gre za težave duha, ki so pogosto vezane tudi na zunanje okoliščine in tudi na stanje telesa. Danes bolnike ščitijo različne organizacije, mednarodni in nadnacionalni predpisi, pri čemer ima v Evropi zelo pomembno vlogo Evropska konvencija o človekovih pravicah, pa tudi same države preko ustave in ostale zakonodaje. Slovenija še pred kratkim ni imela ustrezno urejene zakonodaje na tem področju. Po tem, ko je ustavno sodišče razveljavilo določbe Zakona o nepravdnem postopku, je Slovenija leta 2008 le dobila zakon, ki naj bi celovito in izčrpno določal pravice in dolžnosti na področju duševnega zdravja. Hkrati je prišlo tudi do spremembe kazenske zakonodaje, ki po mnenju mnogih ni ustrezno usklajena z zakonodajo na področju duševnega zdravja. Zakon o duševnem zdravju prinaša potrebno zakonsko podlago, za bolj učinkovito in pravilno zdravljenje bolnikov, s seboj pa prinaša tudi veliko površnosti, malomarnosti in pomanjkanja strokovne podlage. Kljub temu, da prinaša nujne in dobronamerne spremembe, ki jih pozdravljajo delavci, bolniki in svojci, je premalo inovativen, njegova vsebina pa zastarela, saj je zakonodajalec na sprejetje čakal kar 15 let. Ker zakon nalaga ravnanja, ki jih je praktično le težko ali nemogoče uresničiti, podvaja vloge in naslovnike spravlja v nerešljive situacije, obstaja s strani strokovne javnosti že zdaj veliko pobud za njegove spremembe.

Ključne besede: duševno zdravje, definicija in pojmovanje duševnega zdravja, zgodovina norosti, pravno varstvo nasploh in v Evropi, Evropska konvencija o človekovih pravicah, duševno zdravje v Sloveniji, usklajenost kazenske zakonodaje z zakonodajo na področju duševnega zdravja, Zakon o duševnem zdravju, postopek hospitalizacije brez privolitve bolnika.

ZUSAMMENFASSUNG

Die Problematik der geistlichen Krankheiten ist so alt wie der Mensch selbst. In der Geschichte haben Menschen verschieden auf solchartige Problematik reagiert, leider ist aber ein mit Unwissen und mit Furcht durchdrangener Blick auf geistliche Patienten ersichtlich. So ein Blick hat es ermöglicht, dass die Patienten Entmenslicht wurden und dass alle ihre Menschenrechte verletzt wurden. Es ist schwierig eine einheitliche Definition der geistlichen Gesundheit zu geben, in allen Fällen geht es aber um geistliche Schwierigkeiten, die oft mit äußeren Umständen und ungeeigneter Körperkondition verbunden sind. Heute werden die Patienten durch verschiedene Organisationen und durch internationale und übernationale Regulierungen geschützt. In Europa hat eine wichtige Rolle die Europäische Konvention der Menschenrechte, aber auch die Staaten selbst mit Hilfe von Verfassungen und anderen Gesetzen. Slowenien hatte bis vor kurzem noch keine angemessene Gesetzgebung auf dem Gebiet. Nachdem das Verfassungsgericht die Bestimmungen des Gesetzes der unstrittigen Verfahren derogiert hatte, bekam Slowenien im Jahre 2008 ein Gesetz, das umfassend die Rechte und Verpflichtungen auf dem Gebiet der geistlichen Gesundheit regeln sollte. Das Gesetz der geistlichen Gesundheit bringt die nötige rechtliche Grundlage für wirksame und richtige Behandlung der Patienten, nach Meinung vieler aber auch viel Leichtsinn, Fahrlässigkeit und Fehlen von Professionalität. Trotzdem, dass das neue Gesetz viele dringende und gutgemeinte Änderungen mit bringt, die von den Arbeitern und Patienten aber auch deren Verwandtschaft willkommen sind, ist es nicht innovativ genug und der Inhalt veraltet, weil der Gesetzgeber ganze 15 Jahre für seine Zulassung gebraucht hat. Weil das Gesetz oft Verhalten verlangt, die praktisch schwer oder nicht möglich zu durchführen sind, weil es die Rollen vervielfacht und die Empfänger zur unlösbaren Situationen zwingt, gibt es von seiten der Fachöffentlichkeit schon jetzt viele Initiativen um das Gesetz zu ändern.

Schlüsselworte: geistliche Gesundheit, Definition und Konzeption der geistlichen Gesundheit, die Geschichte des »Wahnsinns«, rechtlicher Schutz in allgemein und in Europa, Europäische Konvention der Menschenrechte, geistliche Gesundheit in Slowenien, das Gesetz der geistlichen Gesundheit, das Verfahren des obligatorischen Krankenhausaufenthalts.

KAZALO

1 UVOD	1
2 POJEM DUŠEVNEGA ZDRAVJA.....	4
2.1 Uvod	4
2.2. Definicija duševnega zdravja	5
3 ČLOVEKOVE PRAVICE	11
4 POJMOVANJE DUŠEVNIH BOLEZNI.....	13
5 DUŠEVNO ZDRAVJE SKOZI ZGODOVINO	15
6 DUŠEVNO ZDRAVJE SKOZI NEKATERA ZGODOVINSKA OBDOBJA	16
7 MEDNARODNI AKTI NA PODROČJU ČLOVEKOVIH PRAVIC IN NA PODROČJU DUŠEVNEGA ZDRAVJA	27
8 EVROPSKO SODIŠČE ZA ČLOVEKOVE PRAVICE, SODNA PRAKSA TER CPT....	33
8.1 Kršitve tretjega člena EKČP v duševni zdravstveni oskrbi in delo CPT	41
8.2 ESČP, CPT in 3. člen EKČP	45
9 VARSTVO DUŠEVNEGA ZDRAVJA V SLOVENIJI	59
10 SLOVENSKA ZAKONODAJA NA PODROČJU DUŠEVNEGA ZDRAVJA.....	60
11 KAZENSKOPRAVNI POLOŽAJ OSEB Z DUŠEVNIMI MOTNJAMI.....	66
12.1 Odločba Ustavnega sodišča o (ne)zakonitosti določb ZNP in ZZDej.....	76
12.2 Zakon o duševnem zdravju (ZDZdr).....	79
12.3 Postopek hospitalizacije brez privolitve bolnika po ZDZdr.....	81
12.4 Nekatere novosti ZDZdr in postopka hospitalizacije brez privolitve bolnika.....	87
13 SKLEP.....	92
14 LITERATURA IN VIRI	99

1 UVOD

Duševno zdravje v današnjem času postaja vse bolj pomembno, saj se je človekova zavest o celovitosti telesa in duha kot enakovredni komponenti v primerjavi z zgodovinskimi pogledi zelo spremenila. Že od nekdaj znan rek »Mens sana in corpore sana«, torej o zdravem duhu v zdravem telesu, je danes, ko se duhovni aspekt človeka še bolj poudarja, kar je tudi posledica modernega načina življenja, še bolj na mestu. Tak način življenja terja človeka, ki se v tempu in kaosu vsakdana znajde in zna obdržati svojo sredino. To pa pomeni, da mora obstajati zdravo telesno in duhovno ravnovesje.

Ker pa se še zdaleč niso vsi sposobni znajti v takšnih življenjskih okoliščinah, se pogosto in večkrat kot se na prvi pogled zdi, zgodi, da pride do rušenja ravnovesja, kar se lahko manifestira kot duševna motnja ali celo bolezen. Takšna stanja so lahko torej posledica zunanjih okoliščin, nekateri ljudje pa so že od rojstva hipersenzibilni in dojemajo več kot je normalni spekter, ki ga »zdrava« oseba dojema s čutili.

Diplomsko delo je razdeljeno na več poglavij. Začenja se z uvodnim delom, nadaljuje pa z definicijo in pojmovanjem duševnega zdravja. Za tem sledijo poglavja, ki vsebujejo zgodovinski pregled odnosa do duševnega (ne)zdravja skozi nekatera zgodovinska obdobja, nato pa poglavja, ki opredeljujejo pravno varstvo na tem področju na splošni in na evropski ravni ter poglavja v katerih je predstavljena navedena problematika v slovenskem prostoru. Tukaj je natančneje opredeljena problematika usklajevanja ZDZdr z kazensko zakonodajo, postopek hospitalizacije brez privolitve bolnika po slovenskem pravu pred in po ZDZdr, problematika neustavnih določb Zakona o nepravdnem postopku (ZNP), ter novosti, ki jih prinaša ZDZdr v postopek hospitalizacije brez privolitve bolnika. Sledi sklep, kjer so predstavljene ugotovitve, do katerih sem prišel s pisanjem diplomske naloge.

Cilj diplomske naloge je opredeliti pojem duševnega zdravja in človekovih pravic v zvezi s to tematiko, prikazati odnos do duševnega (ne)zdravja skozi zgodovino ter nekoliko osvetliti aktualni Zakon o duševnem zdravju in prikazati posledice veljavnosti le-tega. V diplomski nalogi skušam priti do odgovora, kako so ljudje skozi zgodovino gledali na duševno problematiko, kako so jo opredeljevali in zlasti, kako so upoštevali pravice bolnikov. Zanima me tudi, kako je občutljiva družbena skupina duševnih bolnikov pravno zaščitena danes, in sicer na globalni in evropski ravni, skušam pa odgovoriti tudi na vprašanje, kako v Sloveniji

izgleda, pa tudi, kako vpliva postopek hospitalizacije brez privolitve bolnika na zagotavljanje človekovih pravic. Zanima me tudi, kako je slovenska kazenska zakonodaja usklajena z zakonodajo na področju duševnega zdravja. Pri tem sem se opredelil do veljavne slovenske zakonodaje na tem področju.

Predvidene metode, ki sem se jih poslužil pri pisanju diplomskega dela so bile zgodovinska, analitična, primerjalna, statistična, metoda primerjave med teorijo in prakso in metoda uporabe strokovne literature.

Vzrokov in oblik duševnih težav je veliko, vse pa je potrebno obravnavati z veliko mero skrbnosti in občutka. Bolnikom je treba zagotoviti vsaj osnovne človekove pravice. V smeri doseganja tega cilja, ki je bil in je pogosto še danes v svetu zanemarjen, je treba vzpostaviti mehanizme, zlasti pravne, ki z usposobljenimi organi in pravno podlago delajo v prid bolnikom. Skozi zgodovino je razviden spremenljiv odnos družb glede duševnega zdravja. Pri tem je pomemben pokazatelj tudi trend razvoja človekovih pravic na tem področju. V nadaljevanju se bom dotaknil različnih pogledov na duševno (ne) zdravje skozi zgodovino in predstavil posledice teh.

Gre za tematiko, ki jo je moč obravnavati z različnih aspektov. Pri tem je potrebno tudi omeniti, da so takovrstne težave skupne vsem civilizacijam, pri čemer pa obstajajo različna gledanja. Vzhodnoazijske in afriške družbe na primer, imajo drugačen pogled na sintezo duha in materije in s tem tudi drugačen pogled na duševne motnje.

Človekove pravice, kot jih poznamo dandanes, so produkt dolgoletnih naporov in vlaganja energije različnih družbenih slojev skozi čas. Vsi prizadeti pa so imeli skupen cilj, spremeniti položaj, ki je bil nemalokrat neznosen, na boljše. To se je začelo dogajati in se dogaja preko različnih vrst mehanizmov, zlasti pa preko pravne ureditve, ki je danes najmočnejši, zato pa tudi najpomembnejši od njih. Ta se je razvil že v starih civilizacijah, npr. Grčiji, pri čemer se je pojem takratnih pravic, ki so bile na voljo le omejenemu krogu družbe, zelo razlikoval od današnjega. Širjenje obsega pravne zaščite na širše dele družbe je potekalo glede na različne karakteristike delov družbe in družbenih skupin različno hitro. Tako je potek razvoja človekovih pravic na področju duševnega zdravja, v primerjavi s splošnim trendom razvoja, potekal drugače in počasneje. V diplomu bom med drugim opisal kršenje osnovnih človekovih

pravic pod pretvezo opravičila duševnega nezdravja, ki se je izvajalo dolg čas in se, žal, še izvaja v svetu.

Danes poznamo na področju duševnega zdravja v svetu in Evropi veliko pravnih podlag, ki omogočajo zagotovitev človekovih pravic. V Sloveniji je pomemben pravni garant seveda ustava, poleg tega pa zakon, ki daje ljudem z duševnimi težavami, po mnenju nekaterih strokovnjakov preobsežno in za ostale prizadete osebe zraven bolnika omejujočo, zaščito. Gre za Zakon o duševnem zdravju (ZDZdr).¹ZDZdr natančneje in celovito ureja problematiko duševnega zdravja, s seboj pa prinaša tudi novosti.²

S to problematiko se ukvarja tudi več državnih, še več pa nedržavnih organizacij, ki si prizadevajo za razvoj in kvaliteto pravic s tega področja, hkrati pa skrbijo tudi za osveščenost in pomoč v konkretnih življenjskih situacijah. Nekatere izmed njih bom v diplomskem delu tudi predstavil.

¹ Zakon o duševnem zdravju (ZDZdr), Ur.l RS, št. 77/2008, Ljubljana 23. julij, 2008.

² 1.člen ZDZdr: »Ta zakon določa sistem zdravstvene in socialno varstvene skrbi na področju duševnega zdravja, nosilce oziroma nosilke te dejavnosti ter pravice osebe med zdravljenjem v oddelku pod posebnim nadzorom psihiatrične bolnišnice, obravnavo v varovanem oddelku socialno varstvenega zavoda in v nadzorovani obravnavi.«

2 POJEM DUŠEVNEGA ZDRAVJA

2.1 Uvod

Pri pojmu duševnega zdravja je potrebno biti previden. Potrebno je razjasniti izhodišče, iz katerega izhajamo. Na svetu je ogromno različnih družb, ki svet dojemajo zelo različno. Tako ima to za posledico seveda tudi razlike v dojetanju človeka, njegove vloge in eksistence nasploh. Kot del tega je moč na dogajanje s človekom, tako na duhovni, materialni kot tudi na duševni ravni, gledati različno.

Dandanes so dobro razvidni različni vzorci dojetanja sveta, zlasti, ko se primerjajo t.i. razvite civilizacije z ostalim svetom. Gre za logično posledico različnih konceptov glede obstoja, vloge in umeščenosti ljudi v naravo in kozmos. Nekatere civilizacije gledajo na človeško telo drugače, kot si to predstavljamo mi oz. kot nam je bilo priučeno. Zahodna civilizacija le težko dojema človeka kot kaj več kot materialno manifestacijo atomov v fiziologijo. Drugje se gleda na celovitost človeka in duše in ostalih ravni njegovega obstoja z drugih zornih kotov. Zato si ljudje tudi drugače razlagajo duševnost in rešujejo težave z duševnimi stanji drugače, npr. kot s »tujim duhom, ki je inkorporiran v človekovem robotu, tudi umu«.³

V velikem številu primerov se je sicer izkazalo, da ljudje z drugačnim dojetanjem in gledanjem na duševne bolnike zelo dobro ravnajo z njimi in jim znajo tudi pomagati. Žal, pa se je izkazalo tudi, da je pogosto njihov odnos še slabši in da se kršijo vse obstoječe človekove pravice.

³ http://www.who.int/features/2005/mental_health/beginnings/en/index.html, 22.3.2010.

2.2. Definicija duševnega zdravja

Duševno zdravje je v današnjem času vedno bolj pomembno. Hkrati s tem se dogajajo tudi na pravnem področju premiki. Kaj pojem duševnega zdravja pravzaprav pomeni, je definirano v številnih aktih, pravnih, kot tudi nepravnih, domačih in tujih, izdanih s strani zakonodajalcev in s strani organizacij, ki se s to tematiko ukvarjajo. Za pravilno razumevanje problematike, je temeljnega pomena razmejitev med pojmi duševne bolezni, duševne motnje in motnje v duševnem razvoju.

Izraza **duševne motnje in duševne bolezni** se pogosto **enačita**. Tako je duševna motnja pogosto oznaka za bolezni, ki so jim skupne različne kombinacije bolezensko spremenjenega mišljenja, čustvovanja, zaznavanja, motenega obnašanja (vedenja), in prizadetosti spoznavanja ter spomina. Zaradi teh simptomov je bolnik prizadet, njegovo funkcioniranje je slabše, manj učinkovito rešuje vsakdanje težave. Duševne motnje so manifestacije bolezensko spremenjenih vedenjskih, psiholoških ali bioloških funkcij posameznika.⁴

ZDZdr definira duševno motnjo sledeče: »Duševna motnja je začasna ali trajna motnja v delovanju možganov, ki se kaže kot spremenjeno mišljenje, čustvovanje, zaznavanje, vedenje ter dojemanje sebe in okolja. Neprilagojenost moralnim, socialnim, političnim ali drugim vrednotam družbe se sama po sebi ne šteje za duševno motnjo«.⁵

Mednarodna klasifikacija bolezni (MKB) pojma duševne motnje ne opredeljuje, temveč govori o prepoznavnem kompleksu simptomov ali vedenjskih značilnosti, ki so individualno povezani in s socialnimi obremenitvami in vplivom na funkcioniranje. Ameriška klasifikacija DSM IV, ki jo najdemo v večini svetovne strokovne literature, navaja probleme v zvezi z definicijo duševne motnje. V DSM IV je vsaka duševna motnja konceptualizirana kot klinično pomembno vedenje ali psihološki sindrom ali vzorec, ki nastopi pri posamezniku in je povezan s sedanjim distresom ali nezmožnostjo ali s povečanim tveganjem za smrt, bolečino, nezmožnost ali izgubo svobode. Ne glede na vzrok, se kaže kot vedenjska, psihološka ali

⁴ <http://www.psihiater-leser.com/452/494.html>, 2.6.2010.

⁵ Zakon o duševnem zdravju, 2. člen, 3. točka, Ur.l. RS, št. 77/2008, Ljubljana 23. julij, 2008.

biološka disfunkcija pri posamezniku. Torej gre za popolnoma drugačno definicijo duševne motnje. Definicija, ki je uporabljena v ZDZdr, stigmatizira osebe z duševno motnjo.⁶

Duševna motnja se lahko uporablja tudi v drugem smislu, in sicer kot stanje, kadar zaradi različnih notranjih ali zunanjih vzrokov oseba drugače dojema svet in je čustveno nestabilna. Gre za stanje, ki ga doživi vsak človek v življenju in je ponavadi časovno omejeno. Lahko pa preraste v duševno bolezen. Tak primer je depresija, žalost, šok, jeza, ki nastane zaradi nezgod, smrti, nenadnih življenjskih sprememb, zlorab,...

Pri **duševni bolezni** gre za bolezen in jo lahko zdravimo. Duševna bolezen je torej motnja, ki vpliva na čustva in vedenje. Ljudje, ki so duševno bolni, potrebujejo zdravstveno nego ter medicinsko in psihično terapijo. Na splošno pri teh osebah ne gre za okvaro intelekta, kar pomeni, da lahko zaživijo neodvisno, ko je njihova duševna težava odpravljena oziroma pod nadzorom.⁷

Motnje v duševnem razvoju, trajajo vse življenje. Osebe z motnjami v duševnem razvoju imajo zaradi pomanjkljivo razvitega intelekta velike težave pri učenju in razumevanju. Njihove sposobnosti na področjih, kot so denimo sposobnost učenja, obvladovanje jezika, motorične in socialne zmožnosti, pa so lahko trajno poškodovane.⁸

V zvezi z razmejitvijo pojmov in definicijo duševne motnje, ki jo podaja ZDZdr, obstaja več gledanj in veliko primerov tudi že v slovenski sodni praksi. Tako je Vrhovno sodišče RS, dne 4.2.2010 v svoji odločitvi ugotovilo, da: »Očitek Revizije, da duševne manjrazvitosti ni mogoče umestiti pod pojem duševne motnje, ni utemeljen. Po definiciji ZDZdr je duševna motnja začasna ali trajna motnja v delovanju možganov, ki se kaže kot spremenjeno mišljenje, čustvovanje, zaznavanje, vedenje ter dojemanje sebe in okolja. Revizija izhaja z ozkega razumevanja izraza »spremenjeno« in izpostavlja, da je stanje pri nasprotnem udeležencu trajno in ga ni mogoče odpraviti oziroma ozdraviti. Taka razlaga nima opore v ZDZdr. Z

⁶ Blanka Korez – Plesničar, 18. posvetovanje medicina in pravo 2009, Zbornik izvlečkov, Zakon o duševnem zdravju z vidika psihiatra, Univerzitetni klinični center Maribor, 2009, str. 99.

⁷ <http://www.zveza-sozitej.si/razlike-med-dusevnimi-boleznimi-in-motnjami-v-dusevnem-razvoju.html>, 2.6.2010.

⁸ <http://www.zveza-sozitej.si/razlike-med-dusevnimi-boleznimi-in-motnjami-v-dusevnem-razvoju.html>, 2.6.2010.

opredelitvijo pojma v ZDZdr je sicer pojem duševne motnje postal pravni pojem, a je kljub temu v določeni meri vezan na razumevanje stroke. Vprašanje ali gre za motnjo v delovanju možganov, ki se kaže kot sprememba na področjih človekovega funkcioniranja, navedenih v definiciji, sodi namreč v domeno stroke. Že iz zakonskega besedila izhaja, da za opredelitev duševne motnje ni odločilno ali gre za začasno in ozdravljivo stanje ali za trajno in neozdravljivo stanje, marveč da gre za motnjo v delovanju možganov, ki se kaže na določen način. Revident ne vzpostavlja nobenega dvoma v pravilnost tistega dela izvedenskega mnenja, na podlagi katerega je sodišče zaključilo, da zmerna duševna manjrazvitost, ugotovljena pri nasprotnem udeležencu, ne bi sodila v zakonski pojem duševne motnje. Tudi v strokovnih učbenikih je duševna manjrazvitost – kot motnja inteligentnosti – posledica motnje v delovanju možganov. V prid opisani razlagi govori namen zakonodajalca, razviden iz pripravljanih gradiv. Obrazložitev predloga ZDZdr se sklicuje na več mednarodnih dokumentov, ki urejajo področje duševnega zdravja in položaj oseb z duševnimi motnjami. Nekateri od teh dokumentov vsebujejo definicijo duševne motnje, ki je podana s sklicevanjem na mednarodno sprejete zdravstvene standarde, po teh pa se med duševne motnje prišteva tudi duševna manjrazvitost.«⁹

Obstaja več definicij duševnega zdravja:

V Slovarju slovenskega knjižnega jezika pod pojmom duševno zdravje piše: *»stanje živega bitja, v katerem vsi življenjski procesi potekajo normalno, brez motenj«*¹⁰

Definicija duševnega zdravja, ki jo je moč najti na spletnem slovarju Wikipedija je naslednja: *»Duševno zdravje je pojem, ki opisuje stopnjo kognitivnega ali čustvenega počutja ali pa odsotnost duševne motnje. Iz perspektive pozitivne psihologije, lahko mentalno zdravje vključuje sposobnost individuuma, uživati življenje in najti ravnovesje med življenjskimi aktivnostmi in trdom za dosego psihološke odpornosti.«*¹¹

⁹ VS0012635 - Sklep II Ips 36/2010.

¹⁰ SSKJ; http://bos.zrc-sazu.si/cgi/a03.exe?name=sskj_testa&expression=ge%3Dzdravje&hs=1, 13.3.2010.

¹¹ **Mental health** is a term used to describe either a level of [cognitive](#) or [emotional well-being](#) or an absence of a [mental disorder](#). From perspectives of the discipline of [positive psychology](#) or [holism](#) mental health may include an individual's ability to enjoy life and procure a balance between life activities and efforts to achieve [psychological resilience](#) ; http://en.wikipedia.org/wiki/Mental_health, 23.3.2010.

V veljavni zakonodaji Republike Slovenije, v Zakonu o duševnem zdravju, je moč zaslediti naslednjo definicijo duševnega zdravja: »Duševno zdravje je stanje posameznika oziroma posameznice), ki se kaže v njegovem mišljenju, čustvovanju, zaznavanju, vedenju ter dojemanju sebe in okolja.«¹² Po mnenju mnogih, je ta definicija slaba, saj naj bi ZDZdr pri opredelitvi duševnega zdravja uporabljal besedne zveze, ki jih ne zasledimo v nobeni strokovni literaturi o duševnih motnjah ali boleznih. Med strokovno javnostjo obstaja nerazumevanje in kritika, saj je definicija postavljena samovoljno, brez potrebne strokovne podpore, to pa naj bi tudi bila značilnost novega zakona. Definicija tudi ni primerljiva z definicijami, podanimi s strani organizacij in institucij, ki se ukvarjajo s tovrstno problematiko, saj naj bi bila po mnenju nekaterih presplošna in premalo natančna, njena vsebina pa naj ne bi zajemala biti problematike.¹³

Definicija duševnega zdravja, ki je opredeljeno kot stanje posameznika, ki se kaže v njegovem mišljenju, čustvovanju, zaznavanju, vedenju ter dojemanju sebe in okolja, je povsem nova. Duševna motnja tako postane začasna ali trajna motnja v delovanju možganov, ki se kaže kot spremenjeno, čustvovanje, zaznavanje, vedenje ter dojemanje sebe in okolja. Tako opredelitev je zakonodajalec sicer skušal omiliti z določbo, da se neprilagojenost moralnim, socialnim, političnim ali drugim vrednotam družbe sama po sebi ne šteje za duševno motnjo. Tako prostodušne in interpretativno neskončno bogate definicije ne najdemo v nobenem sodobnem učbeniku psihiatrije, v nobeni aktualni mednarodno sprejeti klasifikaciji duševnih motenj. Taka definicija omogoča razglasitev za duševno bolnega vsakogar, ki »misli, čuti, zaznava, se vede in dojema svet« drugače kot večina ali drugače, kot se od njega pričakuje. Pri tem je pa pomembno omeniti, da smo že bili priča zgodbam o zlorabah psihiatrije v politične in številne druge namene.¹⁴

Kanadsko ministrstvo za zdravje in socialno skrbstvo, je leta 1988 navedlo definicijo, v kateri je duševno zdravje zmožnost posameznika, skupine in okolja za interakcije na načine, ki

¹² Zakon o duševnem zdravju, 2. člen, 4. točka, Ur .l. RS, št. 77/2008, Ljubljana 23. julij, 2008.

¹³ http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:zVsZngG2W1gJ:www.varuhrs.si/fileadmin/user_upload/word_in_PDF/govori_sporocila_izjave/Medicina_in_pravo_2009__ZCT.doc+definicija+du%C5%A1evne_ga+zdravja+v+zdzdr&cd=1&hl=sl&ct=clnk&gl=si, 2.6.2010.

¹⁴ <http://vestnik.szd.si/st08-10/719-722.pdf>, 9.6.2010.

promovirajo subjektivno blagostanje, optimalen razvoj in uporabo duševnih zmožnosti, doseganje in ohranitev pogojev za temeljno enakost vseh.¹⁵

Duševno zdravje je definirala tudi Svetovna zdravstvena organizacija (World health organisation – WHO). Ob tem je pomembno navesti tudi predgovor, ki je podan pred definicijo:

»Duševno zdravje je bilo definirano s strani mnogih učenjakov iz različnih kultur. Koncepti duševnega zdravja med drugim obsegajo subjektivno počutje, zaznavanje samoučinkovitosti, avtonomije, pristojnosti, integralne odvisnosti in samoaktualizacije intelektualnega in čustvenega potenciala. Z medkulturnega aspekta, je nemogoče podati natančno in celovito definicijo mentalnega zdravja. Obstaja pa strinjanje o tem, da je definicija duševnega zdravja dosti širša, kot le pomanjkanje duševnih motenj.«¹⁶

WHO je podala definicijo duševnega zdravja, ki se glasi takole: *»Duševno zdravje je stanje dobrega počutja, v katerem individualna oseba realizira njegove/ njene sposobnosti, obvladuje stres, ki se pojavi v normalnem življenju, lahko dela produktivno in ki lahko prispeva k skupnosti, v kateri se nahaja.«*¹⁷ Obstajajo še druge definicije, ki se razlikujejo od navedenih, in sicer takšne, ki na to problematiko gledajo popolnoma drugače.

Po ugovoru biološke psihiatrije, gre pri velikem številu ljudi, z znaki duševnih motenj za individuum, ki niso bolni, temveč njihovi pogledi le ne sovpadajo z aktualnimi svetovnimi prepričanji in nazori ali ne priznavajo splošno veljavnega pogleda na realnost, ki je trenutno sprejeta od širšega kroga družbe. Po mnenju priznanega psihiatra Glasserja, gre nujno ločiti med pojmom duševnega zdravja in duševne bolezni. Pravi, da dokler bo prevladovala zahodnjaška koncepcija pogleda na človeka in njegovo duševno zdravje, ne bo mogoče

¹⁵ Blanka Korez – Plesničar, 18. posvetovanje medicina in pravo 2009, Zbornik izvlečkov, Zakon o duševnem zdravju z vidika psihiatra, Univerzitetni klinični center Maribor, 2009, str. 99.

¹⁶ "Mental health has been defined variously by scholars from different cultures. Concepts of mental health include subjective well-being, perceived self-efficacy, autonomy, competence, intergenerational dependence, and self-actualization of one's intellectual and emotional potential, among others. From a cross-cultural perspective, it is nearly impossible to define mental health comprehensively. It is, however, generally agreed that mental health is broader than a lack of mental disorders."; http://www.experiencefestival.com/mental_health_-_world_health_organization_definition_of_mental_health, 13.3.2010.

¹⁷ The [World Health Organization](http://www.who.int) defines mental health as "a state of well-being in which the individual realizes his or her own abilities, can cope with the normal stresses of life, can work productively and fruitfully, and is able to make a contribution to his or her community"; http://www.experiencefestival.com/mental_health_-_world_health_organization_definition_of_mental_health, 13.3.2010.

pravilno pomagati ljudem in nuditi tistih ukrepov, ki jih takšne osebe potrebujejo.¹⁸ V nasprotju z zahodnim, vzhodnjaški pogled na človeka in njegovo zdravje poudarja vlogo in povezanost človeka v naravo in tudi nujne in vedno prisotne interakcije, tudi na ravni nezavednega. Zato, ker zahodni koncept gledanja na stvarnost pogosto pomeni zgolj pragmatično in materialno gledanje, se pogosto zdravijo oz. odpravljajo le posledice vzrokov, ki pa so drugje, zlasti v drugih aspektih človeškega bitja, ki niso vedno materialne narave. Takšno razumevanje in dožemanje je prisotno tudi zato, ker zahodni človek rabi za vse kar se dogaja formalni dokaz, v okviru znanosti, ki pa konceptualno določa obstoj možnega in nemožnega. S tem že v naprej izključuje možnost nečesa, kar bi pa lahko prineslo ogromno prednosti, tudi na področju duševnosti, in bi se lahko oblikovale nove metode in tretmani, ki ne bi temeljili le na jemanju tablet.

Čeprav obstaja več aspektov glede te tematike, v mojem delu izhajam iz predpostavke, ki temelji na zahodnih definicijah duševnega zdravja, podane s strani Svetovne zdravstvene organizacije, slovenskega zakonodajalca in ostalih.

Tako se pridružujem sodobni definiciji duševnega zdravja, podani s strani Svetovne federacije za duševno zdravje (WFMH), ki se opira na definicijo WHO in ki je v zahodnem svetu tudi najbolj priznana. Tako pojem duševnega zdravja ne pomeni nekega absolutnega, dokončnega ali idealnega stanja, temveč najboljše možno stanje v okoliščinah, ki jih je moč spremeniti. Gre za položaj posameznika in sicer za odnos med njegovimi zmožnostmi in vsakokratnim socialnim okoljem, v katerem mora človek čim bolj uresničiti svoje duševne zmožnosti in motive.¹⁹

Ne glede na to, za katero gledanje se je zakonodajalec že odločil ali pa za katero smo se mi intimno odločili, v vsakem primeru je potrebno ljudem v posebnih psiholoških stanjih zagotoviti vsaj osnovne človekove pravice.

¹⁸ Opposing viewpoints to biological psychiatry theories include those of anti-psychiatry advocates, who contend psychiatric patients do not necessarily have a mental illness, but in fact are individuals who do not ascribe to the conventional belief system, or consensus reality, shared by most other people in their culture. Dr. Glasser defines mental health as an entity completely separate from mental illness, explaining that as long as the Western medical model prevails, the mental health profession will be unable to affordably deliver the services many people need.
http://www.experiencefestival.com/mental_health__world_health_organization_definition_of_mental_health, 13.3.2010.

¹⁹ Viktorija Frangež – Žigon, Mentalno zdravje, Univerza v Mariboru, Visoka zdravstvena šola, Maribor 1997, str.4.

3 ČLOVEKOVE PRAVICE

Temeljne človekove pravice predstavljajo ideal človeštva skozi stoletja, za katerega so si ljudje prizadevali in se bojevali, saj so bile težnje po spoštovanju vrednot kot so svoboda, enakopravnost, dostojanstvo človeka in pravičnost, prisotne med ljudmi v vseh časih in kulturah.²⁰

Človekove pravice so pravice nas vseh, ne glede na spol, starost, raso, versko prepričanje, zdravstveno stanje ali katerokoli drugo osebno lastnost.²¹ Temeljijo na dostojanstvu, poštenosti, enakosti, spoštovanju in neodvisnosti vsakega posameznika. Najpomembnejši dokumenti in pravni garant, ki nam zagotavljajo te pravice so Splošna deklaracija človekovih pravic, Evropska konvencija o človekovih pravicah,²² Evropska konvencija o preprečevanju mučenja in nečloveškega ali ponižujočega ravnanja ali kaznovanja,²³ Mednarodni pakt o ekonomskih, socialnih in kulturnih pravicah,²⁴ druge mednarodne konvencije in deklaracije ter pri nas Ustava Republike Slovenije²⁵ in ostala zakonodaja.

Vse človekove pravice izvirajo iz pravice do človekovega dostojanstva. Poudarja se priznanje prirojenega človeškega dostojanstva vseh članov človeške družbe in njihovih enakih in neodtujljivih pravic kot temelj svobode, pravičnosti in miru na svetu.

Po EKČP med temeljne človekove pravice štejejo²⁶:

- pravica do življenja;
- prepoved mučenja;

²⁰ http://www.obzornikzdravstvenenege.si/Celoten_clanek.aspx?ID=078de839-8740-4886-b3c5-150a31cd6803, 26.3.2010.

²¹ Splošna deklaracija o človekovih pravicah, resolucija št. 217 A (III), 10.12.1948.

²² Uradni list RS (13.6.1994) MP, št. 7-41/1994 (RS 33/1994).

²³ Uradni list RS (14. 1. 1994) MP, št. 1-1/1994 (RS 2/1994).

²⁴ Uradni list RS 85/2004, 2. 8. 2004-MP, št. 23-94/2004.

²⁵ Ur.l. RS, št. 33I/1991-I, 42/1997, 66/2000, 24/2003, 69/2004, 68/2006.

²⁶ Evropska konvencija o človekovih pravicah.

- prepoved suženjstva in prisilnega dela;
- prepoved diskriminacije;
- pravica do svobode in varnosti;
- pravica do poštenega sojenja;
- pravica do pravne in poslovne sposobnosti;
- domneva nedolžnosti;
- pravica do sklenitve zakonske zveze;
- pravica svobodnega gibanja;
- svoboda mišljenja, vesti in vere;
- svoboda govora;
- prepoved samovoljnega pridržanja, zaprtja in izgnanstva;
- itd.

Skrb družbe za človekove pravice se najbolje vidi po tem, kako spoštuje pravice marginalnih skupin prebivalstva. Osebe z duševnimi motnjami se dostikrat znajdejo na družbenem robu, zato bi morala biti skrb zanje pomembna naloga vsake družbe.

4 POJMOVANJE DUŠEVNIH BOLEZNI

Večji del zgodovine so na duševno bolezen gledali kot na posledico naravnih sil in na duševne bolnike kot žrtve demonov. Posledica tega gledanja je bila, da so ljudi z duševnimi boleznimi stoletja označevali in zlorabljali. V institucijah jih niso zdravili, temveč so jih nadzorovali in kaznovali. Šele v kasnejših dobah človeške zgodovine, je prišlo do drugačnega razumevanja duševnega zdravja, s tem pa tudi do reševanja tovrstnih težav z upoštevanjem človekovih pravic.

Glavni mejniki družbenega pojmovanja duševnega (ne)zdravja²⁷:

Predmoderni čas	Moderni čas	Postmoderni čas
Koncept norosti.	Koncept duševne bolezni.	Koncept duševnega zdravja.
Nadnaravne sile usmerjajo posameznika.	Kartezijanski dualizem in mehanicistični empirizem.	Integralni, holistični koncept duševnega zdravja (biološki psihološki-sociološki-kulturni in duhovni).
Religiozne in mitološke tradicije.	Rojstvo standardov, norm in klinike.	Skupnostne službe.
Izganjanje hudičev in čarovnic – izključevanje.	Medikalizacija norosti, iskanje deficitov in pomanjkljivosti – izključevanje.	Konstruktivna perspektiva; krepitev moči, virov in spretnosti.
	Psihopatologizacija vsakdanjega življenja.	Promocija duševnega zdravja, onkraj diagnoz.

Izraz »norost« se ne uporablja v psihiatriji temveč pogovorno in ga povezujemo s predsodki in neznanjem. Gre za pojem, ki se je zgodovinsko uporabljal, se pa uporablja še danes. Kljub

²⁷ Oreški Suzana. : Družbeno pojmovanje duševnega zdravja: primer dveh slovenskih medijev, Ljubljana: Fakulteta za družbene vede, 2008, str. 8 – 25.

temu, da je včasih veljal kot splošno priznan termin, iz katerega so sledile tudi izpeljanke, npr. norišnica, ima danes negativno konotacijo. Med nove pristope k reševanju problematike duševnega zdravja spada tudi sprememba terminologije. Ker pa opisujem zgodovinski pogled na tovrstno problematiko, termin občasno tudi sam uporabljam.

Norost ima dolgo zgodovino. V njej so se v različnih kulturah in družbah pojavljali posamezniki, ki so bili trajno blazni oziroma so s svojim vedenjem odstopali od takratnih družbeno sprejetih norm. Zgodovina norosti in zgodovina duševne bolezni sta zgodovini normativnih diskurzov, torej postavljanja družbenih pravil oziroma norm v povezavi z družbeno zaželenim, sprejemljivim in primernim vedenjem ter ravnanjem posameznikov v določenih situacijah. To je tudi zgodovina kaznovanja in nadzorovanja posameznikov in skupin prebivalstva, ki so odstopali od splošno sprejetih norm.

Čeprav pred nastopom moderne zgodovine civilizacije še niso poznale človekovih pravic v obliki kot jih poznamo danes, pa je že bil razvit pravni mehanizem za zaščito določenih družbenih skupin. Zaščita se je glede na čas in njegov trend postavljala širše ali ožje. Ob tem pa je moč zaznati, da se na področju duševnih bolezni te pravice, ki so bile sicer zagotovljene ostalim družbenim skupinam, niso upoštevale v enakem obsegu, ko je šlo za duševne bolnike. Še več, bolniki so prestajali nečloveške muke in trpljenja, bili zlorabljeni, nad njimi se je bilo dovoljeno znašati, služili so kot poskusni zajčki v zdravstvu, industriji in vojski in nasploh bili kaznovani za početje, ki je bilo drugačno od običajnega.

5 DUŠEVNO ZDRAVJE SKOZI ZGODOVINO

Človek se je skozi zgodovino, zlasti pa tudi dandanes, rad štel za pametno in racionalno bitje, ki na podlagi svojih izkustev in čustev pride do logičnih zaključkov, ki so vedno bili v okvirju duha časa, v skladu z njegovo »vsevednostjo«. Čeprav se je gledanje na duševne težave skozi zgodovinska obdobja spreminjalo, je v končnem scenariju pogosto prišlo do teptanja človekovega dostojanstva in kršitev vseh osebnostnih in ostalih pravic.

To zelo dobro ponazarja klasicistično prepričanje o naravi pojava norosti, kot ga navaja avtor Foucault v svoji knjigi:

*»Norost naj bi s svojo živalsko divjostjo
človeka varovala pred bolezenskimi
nevarnostmi, zagotavljala naj bi mu
neranljivost, zato so bili norci v klasicističnih
ustanovah goli ali skoraj goli, privezani z
verigami na stebre, priklenjeni na zidove in
postelje, če so jih šteli za zelo nevarne, pa
tudi zaprti v kletke.«²⁸*

Pojav duševnih motenj in bolezni je star toliko kot človek sam. Že od nekdaj so se ljudje srečevali s težavami, ki jih danes poznamo kot depresije, samomorilnost, shizofrenija, paranoja itd. Skozi čas so se različno spopadali s temi pojavi. Mogoče je zaslediti dve obdobji na časovni premici, ki si diametralno nasprotujeta. To je obdobje pred in obdobje po prvi polovici 18.stoletja. Gre namreč za prelomnico, ki loči konceptualno različne poglede na duševno (ne)zdravje. Različni pogledi so posledica splošnega človekovega napredka, zlasti na področju medicine, biologije in kemije, pa tudi tehnologije nasploh. Vsi dosežki pa ne bi bili uporabljeni v dobrobit duševnim bolnikom, če se hkrati ne bi spreminjal tudi odnos do sočloveka in zasledovanje človeške enakosti na temelju prirojenega dostojanstva.

²⁸ Michel Foucault, Zgodovina norosti v času klasicizma, Ljubljana, 1998, str.190.

6 DUŠEVNO ZDRAVJE SKOZI NEKATERA ZGODOVINSKA OBDOBJA

V obdobju demoniziranja, bogov in diabolizma, ki pomeni obdobje zgodnjih religioznih in mitoloških tradicij, ko so ljudje verjeli, da je življenje posameznika prepuščeno višjim silam, na katere nihče ne more vplivati, so posameznike s telesnimi in duševnimi drugačnostmi odstranjevali iz družbe ali pa so jih na različne načine kaznovali. Verjeli so, da je bil posameznik prepuščen na nemilost dobrim ali zlim silam. Tako razumevanje človeka in njegovega vedenja sega v čas pred rojstvom filozofije in medicine kot znanosti. Takrat je na splošno prevladovalo prepričanje, da ima lahko kakršna koli bolezen nadnaravne vzroke.²⁹

Gre za mejnik ali bolje uvod v pojmovanje norosti. Posameznikova norost je opisana kot kazen ali usoda. V tem obdobju so vse posameznike s telesnimi in duševnimi drugačnostmi odstranjevali iz družbe ali pa so jih na različne načine kaznovali. Verjeli so, da je posameznik kaznovan ali nagrajen, bodisi, ker ni živel ali je živel v skladu s sprejetimi normami. Divje izgrede, drastična nihanja v razpoloženju, motnje v govoru in vedenju so generalizirano povezovali s kaznovanjem nadnaravnih sil. Primer iz tega obdobja so, na primer, epske pripovedke iz zgodnje grške miselnosti³⁰, v katerih nasilje, pohlep, krvoločnost in kanibalizem povezujejo z norostjo, blaznostjo.³¹

V tem obdobju so ljudje na duševne bolezni reagirali s strahom, še bolj pa s prezirom in agresijo, saj so se, misleč, da se lotevajo zle entitete, telesno in na druge načine znašali nad bolnikom. Prišlo je do kršenja vseh mogočih osebnostnih in ostalih pravic. Če pomislimo da je v razviti antični Grčiji volilno pravico imel le nek odstotek prebivalstva, ali pa da je v starem Rimu pravno sposobnost imel le določen tip družbenih članov, ni težko, v smislu

²⁹ Oreški Suzana, Družbeno pojmovanje duševnega zdravja: primer dveh slovenskih medijev, Ljubljana: Fakulteta za družbene vede, 2008, str. 8 – 25.

³⁰ V Homerjevi Iliadi so protagonisti prepuščeni nadnaravnim silam, so lutke v njihovih rokah, na katere nimajo vpliva. Te sile so bogovi, ki jih kaznujejo, uničujejo in se jim maščujejo. Notranji svet protagonistov je prežet z agonijami, dilemami in vprašanji. Kam jih bo nesla pot se jim občasno odkrije v njihovih sanjah, orakljih, slutnjah ali prerokbah. Trpljenje človeka prihaja od zunanjih sil, na katere človek nima vpliva. Tudi zgodba Herkula, ki je bil zunajzakonski sin grškega boga Zeusa, je povezana z norostjo. Zgodba pripoveduje, da je Herkul s svojo drznostjo in samozavestjo tako jezil bogove na Olimpu, da ga je Zeusova žena Hera kaznovala in nanj poslala norost. Tako je povzročila, da je ubil svojo ženo in otroke.

³¹ [http://www.fsd.unilj.si/mma_bin.php/\\$fId/2009091412224599/\\$fName/DRUZBENI+KONSTRUKTI+DUSEVNEGA+ZDRAVJA.pdf](http://www.fsd.unilj.si/mma_bin.php/$fId/2009091412224599/$fName/DRUZBENI+KONSTRUKTI+DUSEVNEGA+ZDRAVJA.pdf), 24.3.2010.

argumenta afortiori, prognozirati odsotnost pravic duševnih bolnikov. Ti so bili pretepani, zaklenjeni v temnice, priklenjeni na stene, javno ponižani in nemalokrat tudi usmrčeni. Na kršenje pravic je pogosto vplival strah, ki se je pokazal kot agresija. Če pa strah ni opravil z bolnikom, pa je nevednost vplivala na samovoljno ravnanje, na podlagi najnovejših dognanj tistega časa.³²

Tak je tudi primer Hipokrata, ki je 400 let pred našim štetjem menil, da se histerija, ki ima koren v besedi *hysteria* in pomeni maternico, pojavlja pri spolno nepotešenih ženskah, vdovah. Menil je, da se tem nesrečnicam maternica odtrga in blodi po telesu ter včasih prav zatava do grla (občutek cmoka v grlu je po njegovem eden od simptomov histerije). Zablodela maternica naj bi po njegovem povzročala raznovrstne tegobe – glavobol, strah in ohromitev. Navedeni znaki in vzroki norosti, tako nadnaravni kot medicinski, so vztrajali vsaj še dve tisočletji. V srednjem veku so »histerične ženske« preganjali, ker so menili, da so sklenile pakt s hudičem. Takšno je bilo tudi kasneje osrednje mišljenje krščanske miselnosti. Bolnikom so odvzeli vse pravice in jih izpostavljali hudim bolečinam in javnosti in jih prisiljevali v »bljuvanje zlih duhov«. V teh časih so povezovali bolezni s prisotnostjo zlih entitet, kar je omogočalo še lažje upravičenje grozodejstev, ki so jih bolniki trpeli, saj so bili nesrečneži krivi tudi krivoverstva in sodelovanjem s hudičem.³³

V renesansi se uveljavi izraz ladja norcev- ker so nore preganjali iz mest in so jih velikokrat naložili na ladje, da so jih odpeljale neznano kam. Čeprav so bili načeloma proti tujim norcem, so izganjali tudi svoje, ki se nato niso smeli vrniti. Duševni bolniki so bili potisnjeni daleč na obrobje družbe oz. izključeni iz nje. Obstajala so tudi druga obredna izganjanja - npr. javno bičanje, ki mu je sledila zasledovalna tekma, kjer so jih z udarci palic pregnali iz mesta. Tukaj je šlo za jasne kršitve človekovih pravic, saj so bolnike izganjali, jih pošiljali v smrt ter jih javno poniževali in mučili. Renesansa pa je značilna tudi zato, ker so takrat t.i. »**dvorski norčki**« pridobili več pravic kot njihovi nesrečni predhodniki. V tem kratkem času je norost

³² Oreški Suzana, Družbeno pojmovanje duševnega zdravja: primer dveh slovenskih medijev, Ljubljana: Fakulteta za družbene vede, 2008, str. 8 – 25.

³³ Oreški Suzana, Družbeno pojmovanje duševnega zdravja: primer dveh slovenskih medijev, Ljubljana: Fakulteta za družbene vede, 2008, str. 8 – 25.

pridobila celo pozitivno konotacijo, s priljubljenostjo pa so takšni norčki dobivali tudi nekatere pravice. Seveda to ni veljalo za vse vaške in druge norčke.³⁴

Po odbobju renesanse je sledilo obdobje, ki ga je možno najboljšje opredeliti kot čas velikega zapiranja in animalnosti. Ljudje so bili enačeni z živalmi in tako tudi obravnavani.

To ima svoj izvor tudi v ekonomskih in ostalih okoliščinah, ki so nastale v 17. st. Iz tega obdobja so znane »prisilne delavnice«³⁵ s katerimi so želeli prisiliti vse brezdelneže, da so delali. Za to obdobje je značilna rast ustanov splošnega tipa, kot so ubožnice in špitali, v katere so zapirali postopače, razuzdane, brezdomce, ostarele, invalide in sirote, ki so bili vsem na oči. Med naštetimi si bili tudi duševni bolniki, ki so pogosto končali kot berači in so bili gledani kot postopači ali ničdelneži. Veliko zapiranje je bil odgovor na ekonomsko krizo in kot sredstvo za pridobitev nove delovne sile. Pojavile so se ustanove zaprtega in polzaprtega tipa, v katerih so bili duševni bolniki prisiljeni delati. V Evropi so npr. v nemško govorečih deželah ustanavljali poboljševalnice, kjer je bila zbrana vsa »sodrga« s ceste, kjer se je izvajalo sistematično prisiljevanje k delu, mučenje, omejevanje gibanja in nasploh kršenje vseh možnih človekovih pravic.³⁶

V klasicističnem obdobju so bolnike skrivali tudi v azilih, hkrati pa so norost večkrat javno predstavljali (nedeljski ogledi norcev, cirkusi). Klasicistično obdobje je s svojimi dejanji norost spravilo pod kontrolo razuma, norost se ni več skrivala v človeku samem, temveč na drugi strani kletke. Norci niso bili obravnavani kot ljudje, temveč v odnosu do živali (to delitev in strah pred živalskostjo je prispeval srednji vek). Ta prisotnost živalskosti v njih naj bi norce varovala pred svetom, po mnenju klasicističnega obdobja so norci lahko neomejeno prenašali bolečine itn. **Zaradi odnosa norec – žival to ni spadalo v področje medicine. Z**

³⁴ [http://www.fsd.uni-lj.si/mma_bin.php/\\$fId/2009091412224599/\\$fName/DRUZBENI+KONSTRUKTI+DUSEVNEGA+ZDRAVJA.pdf](http://www.fsd.uni-lj.si/mma_bin.php/$fId/2009091412224599/$fName/DRUZBENI+KONSTRUKTI+DUSEVNEGA+ZDRAVJA.pdf), 24.3.2010.

³⁵ Ang. workhouses, houses of correction.

³⁶ [http://www.fsd.uni-lj.si/mma_bin.php/\\$fId/2009091412224599/\\$fName/DRUZBENI+KONSTRUKTI+DUSEVNEGA+ZDRAVJA.pdf](http://www.fsd.uni-lj.si/mma_bin.php/$fId/2009091412224599/$fName/DRUZBENI+KONSTRUKTI+DUSEVNEGA+ZDRAVJA.pdf), 24.3.2010.

živalskostjo se je norost umestila na področje nepredvidljive svobode, kar pa ni bilo dopustno.³⁷

Takšno dojemanje duševnih bolezni je odprlo vrata vsem vrstam zlorabe človeškega telesa in duha, kar se je izvajalo pred očmi javnosti, bilo je legitimirano in legalno. Bolniki so bili zaslužjeni, enačeni z živaljo, bili so izkoriščeni kot delovna sila, bili so spolno zlorabljeni in prisiljeni nastopati pred množicami. Človekovo dostojanstvo je bilo javno teptano, ker je bilo tudi odobreno s strani cerkve in drugih institucij, ki je tekmovala s posvetnimi oblastmi, in je upoštevala trend, ki se je razvil med ljudmi.

Sicer so se tudi v tem obdobju razvile metode zdravljenja, ki se je tudi izvajalo. Ob predpostavki, da duševni bolniki lahko neomejeno prenašajo bolečine so nad nesrečniki izvajali, kot tudi v obdobjih prej, prostovoljno ali neprostovoljno različne poskuse³⁸ za omejitev bolezenskih simptomov in za priklic ozdravitve. Kljub temu, da je bilo v teh poskusih moč zaznati željo po pomoči pa obravnavanje bolnikov ni bilo nič boljše od ravnanja z zaporniki, ki takrat niso uživali veliko pravic.³⁹

Razsvetljenska miselnost je postavila pojma človekove osebnosti in človekovega dostojanstva kot vrednoto samo po sebi. Dostojanstvo človeku pritiče po sebi. Vrednostno pojmovanje človekove osebnosti, njene individualnosti in svobode je znak zahodnoevropske kulture. S takim pojmovanjem osebnosti je tesno povezano tudi pojmovanje človekovih pravic in svoboščin. Obstaja pa tudi protislovje te civilizacije, saj je »s splošnim deklariranjem o človekovih pravicah bila primorana nadzirati uporabo teh pravic. Primorana je bila ustanavljati niz institucij, ki so »poskrbele« za vse kategorije ljudi, ki jim je treba te pravice priznati le delno in nad katerimi je potrebno uvesti nadzor, da jim bo družba omogočila

³⁷ Foucault : Zgodovina norosti v času klasicizma;
http://www.google.si/search?hl=sl&q=foucault+zgodovina+norosti&btnG=Iskanje&meta=&aq=f&aqi=&aql=&oq=&gs_rfai=, 24.3.2010.

³⁸ na primer: vodne kure (potapljanja), spuščanje krvi, uporaba odvajal, praškov, mil in kisline.

³⁹ Oreški Suzana, Družbeno pojmovanje duševnega zdravja: primer dveh slovenskih medijev, Ljubljana: Fakulteta za družbene vede, 2008, str. 8 – 25.

»človeka vredno življenje«. Tu sta kriminaliziranje in psihiatriziranje postala glavna podlaga za opredelitev vsega tistega, čemur te temeljne pravice v popolnosti vendarle ne gredo«. ⁴⁰

Rojstvo psihiatrije in z njo medikalizacija norosti se začne v 18. in se nadaljuje v 19. stoletju s **Pinelovo in Tukovo osvobodilno gesto**, ko norce ločita od kaznjencev, postopačev in drugih brezdelnežev. Pristojnost za duševne bolnike se prenese z azilov na zdravnike. Z ločitvijo duševnih bolnikov od brezdelnežev in kriminalcev, se je spremenila tudi zaščita in skrb za take ljudi v smislu priznavanja pravic in svoboščin. ⁴¹

Razmah znanosti in medicine na začetku 20. stoletja je tudi na področje zdravljenja duševnih bolnikov prinesel velike spremembe. Psihiatri so se trudili pridobiti ugled ostale medicine in dokazati učinkovitost zdravljenja, v začetku z dokaj nenavadnimi postopki, od odstranjevanja raznih organov, do inzulinskih šokov, elektrošokov, možganskih operacij, pa vse do bolj prijaznih metod, kot so sprememba klime, vodne terapije, glasbene terapije pa tudi opiat. ⁴²

V začetku 20. stoletja je prišlo tudi do pomembnega razvoja genetike in genske teorije, na teh odkritjih pa je temeljila evgenika. Ta je s seboj prinesla grozovite posledice, ki so se pokazale v prihodnosti. Z evgeniko je namreč prišlo tudi do idej o t.i. »čisti rasi«.

Alexis Carrel, Nobelov nagrajenec za medicino, je v svoji knjigi *Man, the Unknown* (1935) predlagal ustanovitev institucij za evtanazijo, v katerih bi se »humano« in »ekonomično« s primernim plinom znebili kriminalcev in duševnih bolnikov. S tem je odprl zavest o tem, da je mogoče človeško življenje in vse pravice, ki jih človeško bitje uživa in mu gredo po sami naravi, zanemariti in kršiti, kar pa naj bi se legitimiralo s praktičnimi cilji, kot so ekonomičnost in izognitev reševanja problematike kriminala ter duševnih bolezni na tak način. Tak vzorec obnašanja in ves odnos do duševnih bolezni močno spominja na odnos, ki

⁴⁰ [http://www.fsd.uni-lj.si/mma_bin.php/\\$fId/2009091412224599/\\$fName/DRUZBENI+KONSTRUKTI+DUSEVNEGA+ZDRAVJA.pdf](http://www.fsd.uni-lj.si/mma_bin.php/$fId/2009091412224599/$fName/DRUZBENI+KONSTRUKTI+DUSEVNEGA+ZDRAVJA.pdf), 24.3.2010.

⁴¹ [http://www.fsd.uni-lj.si/mma_bin.php/\\$fId/2009091412224599/\\$fName/DRUZBENI+KONSTRUKTI+DUSEVNEGA+ZDRAVJA.pdf](http://www.fsd.uni-lj.si/mma_bin.php/$fId/2009091412224599/$fName/DRUZBENI+KONSTRUKTI+DUSEVNEGA+ZDRAVJA.pdf), 24.3.2010.

⁴² [http://www.fsd.uni-lj.si/mma_bin.php/\\$fId/2009091412224599/\\$fName/DRUZBENI+KONSTRUKTI+DUSEVNEGA+ZDRAVJA.pdf](http://www.fsd.uni-lj.si/mma_bin.php/$fId/2009091412224599/$fName/DRUZBENI+KONSTRUKTI+DUSEVNEGA+ZDRAVJA.pdf), 24.3.2010.

so ga ljudje imeli pred in v srednjem veku. Tudi takrat se je družba želela izogniti tovrstni problematiki tako, da je norce enostavno prisilno poslala na ladje, kjer so morali prisilno delati in so pluli po svetu, le redki pa so se vrnili.⁴³

Torej je tudi v »modernej dobi človeštva«, kjer je človek napredoval v tehnološko civilizacijo, s pomočjo industrijske revolucije in ostalimi dosežki, ravnal podobno, pogosto pa še hujše kot v zgodovini. Ideja o čistih genih je nebrzdano rušila koncept človekovih pravic, ki se je mukoma in skozi dolga obdobja razvijal, zato da bi enačil vse ljudi in jim zagotovil enake možnosti preživetja, na podlagi naravne pravice človekovega dostojanstva.

Kršitve so se dogajale na vseh ravneh. Zakonodajalci je tako na družinskem, kot pri delovnem pravu, dednem pravu in ostalih področjih delala razlike med norci in ostalo družbo. Norci zaradi svojih duševnih težav niso smeli imeti družin, odrekala se jim je tudi pravica do sklenitve zakonske zveze. Izdani so bili celo zakoni o sterilizaciji duševnih bolnikov, z namenom preprečevanja razširitve bolnih genov med populacijo. S tem so bili prisiljeni v zdravstvene posege, kršene so jim bile pravice do telesne in duševne integritete, svobode in ostale pravice, hkrati pa take osebe niso imele pravic do sodnega postopka, saj jih tako nihče ni jemal resno. Sicer je bilo takrat, pa tudi že prej veliko modelov, ki so nudili bolnikom oporo v smislu zaščitnih oseb. Eden najstarejših je bil veljaven v Islamskem pravu, pred tisoč leti, ko je bil bolniku postavljen skrbnik za njegovo premoženje. Kljub temu pa se je odnos do bolnikov le malo spremenil. Tako tudi v moderni dobi sistem zaščite duševnim bolnikom ni deloval in je služil bolj kot formalnost.

Znane so tudi zgodbe, v katerih zasledimo, da so duševne bolnike uporabljali kot poskusne osebe pri izdelavi hrane, kemičnih sredstev, zdravil in seveda novih dosežkov v načinu bojevanja, v vojni industriji. Sicer je te stvari počelo veliko družb skozi zgodovino, pri tem pa vseeno najbolj izstopa čas nacizma, kjer je v moderni dobi človeka prišlo do rednih in sistematično speljanih kršitev vseh človekovih pravic.

Hitlerjeva Nemčija, ki je gradila svojo ideologijo na podlagi Nietzschejeve filozofije, je za dosego svojih ciljev uporabila tudi **teorijo čiste rase**, ki jo je povzela po Carrelu. Množično

⁴³ Vinko Flaker: Glasilo slovenskega združenja za duševno zdravje, Šent, Št. 02 April - Maj letnik XIV, str.6.

so se sprejemali zakoni, ki so sistematično klestili človekove pravice. Duševni bolniki so s pozitivno – pravnega vidika izgubili vsakršno človečnost in so bili prepuščeni samovoljnemu načrtu Tretjega Reicha. Že leta 1933 je Nemčija sprejela zakon za zaustavitev dednih bolezni, med katere so umestili vse oblike človeškega obnašanja, ki bi režimu lahko služili kot opravičilo za storjene grozote.⁴⁴

Duševni bolniki pa tudi ostali, ki so spadali v to skupino, niso imeli pravice do sodnega postopka, in so v skladu z načelom hitrosti in ekonomičnosti hitro postali žrtve nasilja. Med dedne bolezni so umestili tudi shizofrenijo, epilepsijo in imbecilnost, kar je bila podlaga za prisilne sterilizacije. Do leta 1939 naj bi jih opravili 360.000. To pa je bil šele začetek. Za bolnike je situacija postala še hujša, ko je Nemčija, po vzoru ideje o »ustanovah za humano evtanazijo« z natančnim programom⁴⁵ za množično usmrtitev, sprejela zakonodajo, ki je omogočila samo med leti 1939 in 1941 smrt vsaj 200.000 psihično in telesno prizadetih prebivalcev takratne Nemčije. Bolnike so uporabili tudi kot zastoj delovno silo, kar je pomenilo ponovno miselnost kot v času industrializacije, ko so bili norci prisiljeni k soustvarjanju državne blaginje, služili pa so tudi za preizkus bojnih plinov in peči za sežiganje pobitih ljudi. Preden so se Nemci spravili nad žide, so krematorije namreč preizkušali na duševnih bolnikih in duševno prizadetih ljudeh. Prvi ljudje v krematorijah so bili torej norci. Hkrati je državna oblast izvajala sistematično pranje možganov družbe, zlasti v šolah in drugih izobraževalnih ustanovah, kjer so opozarjali na nepotrebnost, manjvrednost in potrebo po očiščenju vsega, kar ni bilo arijsko in »gensko čisto«.⁴⁶ Vse to je potekalo v skladu s takratno zakonodajo in celo medicino, ki je bila zlorabljena in je služila kot institucionalno orodje za doseganje ciljev oblasti. Vse pa je potekalo v okviru izločevanja »genetskega materiala z okvaro«, ki lahko škoduje, če se razmnožuje.⁴⁷

Po drugi svetovni vojni je prišlo do hitrejšega razvoja človekovih pravic. Pojavila so se radikalna in antipsihiatrična gibanja, in sicer v petdesetih in šestdesetih letih prejšnjega

⁴⁴ Vinko Flaker: Glasilo slovenskega združenja za duševno zdravje, Šent, Št. 02 April - Maj letnik XIV, str.6.

⁴⁵ »Aktion T4«.

⁴⁶ Šolska naloga iz nacističnega matematičnega učbenika: Izgradnja norišnice stane 6 milijonov RM. Ob tem je potrebno upoštevati stroške negovanja in ostale stroške, ki se porajajo zaradi 167000 duševno zaostalih, 8300 gluhih in 20600 telesno zaostalih ljudi. Tako se vprašanje glasi: Koliko gensko zdravih, arijskih družin, bi lahko pri povprečno 60 RM mesečne najemnine imelo dom?

⁴⁷ Vinko Flaker: Glasilo slovenskega združenja za duševno zdravje, Šent, Št. 02 April - Maj letnik XIV, str.6.

stoletja in so vplivala na proces dezinstitucionalizacije, ki nastane kot odgovor na neupoštevanje in kršenje človekovih pravic in svoboščin znotraj institucij, kot kritika monopola medicinskega pristopa pri obravnavi ljudi s težavami v duševnem zdravju in kot radikalen odgovor na monopolistične državne ukrepe pri skrbi za prizadete skupine prebivalstva. S kritičnim odnosom do represivnih tradicionalnih obravnav duševne stiske, do razmer v bolnišnicah in nehumanih metod dela, kot so bile psihokirurgija, elektrošoki in predoziranja s psihofarmaki, so uporabniška gibanja imela vrsto posrednih učinkov, ki so se kazali v konkretni skrbi za ljudi s težavami v duševnem zdravju. Številni psihiatri⁴⁸ se tudi niso več identificirali s svojo tradicionalno vlogo in so s svojim antipsihiatričnim delovanjem prispevali k odpiranju psihiatrije navzven. Tako so omogočili, da je norost lahko izstopila iz geta.⁴⁹

Da se kaj takšnega kot nacistične zlorabe ne bi ponovilo in da bi zaščitili vse prizadete, so narodi želeli vzpostaviti mehanizme, ki bi resnično, trajno in sistematično zagotovili človeku vse pravice, ki mu po naravi gredo. Pri tem je imela zelo pomembno vlogo OZN⁵⁰ Po ustanovni listini OZN je Splošna Deklaracija človekovih pravic najpomembnejši dokument, ki ga je OZN sprejela od nastanka do danes. Na podlagi tega dokumenta so predvsem po 2. svetovni vojni nastale številne mednarodne konvencije, namenjene varovanju in zaščiti človekovih pravic, kot so Mednarodni pakt o državljanskih in političnih pravicah, Mednarodni pakt o ekonomskih, socialnih in kulturnih pravicah, Konvencija o otrokovih pravicah, Konvencija proti mučenju in drugim krutim, nečloveškim ali poniževalnim kaznim ali ravnanju in Konvencija o odpravi vseh oblik diskriminacije žensk. Svet Evrope je na podlagi SDČP sprejel Evropsko konvencijo o varstvu človekovih pravic in temeljnih svoboščin.⁵¹

Človekove pravice se nanašajo na več področij. Nekatere imajo značaj naravnih pravic. Te pravice pripadajo vsakemu posamezniku kot osebnosti zgolj zato, ker je človek, ker pripada

⁴⁸ David Cooper, južnoafriški psihiater, ki je l. 1967 vpeljal termin antipsihatrija in dvomil o metodah ortodoksne psihiatrije; Ronald David Laing, škotski psihiater, ki je deloval v istem obdobju kot Cooper in z njim delil podobne antipsihiatrične teze; Thomas Stephen Szasz, madžarski psihiater in akademik, ki je kot osrednja figura tega gibanja leta 1976 izdal knjigo Mit o duševni bolezni.

⁴⁹ [http://www.fsd.uni-lj.si/mma_bin.php/\\$fId/2009091412224599/\\$fName/DRUZBENI+KONSTRUKTI+DUSEVNEGA+ZDRAVJA.pdf](http://www.fsd.uni-lj.si/mma_bin.php/$fId/2009091412224599/$fName/DRUZBENI+KONSTRUKTI+DUSEVNEGA+ZDRAVJA.pdf), 29.3.2010.

⁵⁰ OZN, United nations.

⁵¹ http://www.obzornikzdravstvenenega.si/Celoten_clanek.aspx?ID=078de839-8740-4886-b3c5-150a31cd6803, 17.5.2010.

V svetu, zlasti pa v Evropi, ki ima edina učinkoviti sistem varstva človekovih pravic, saj posamezniku nudi materialno pravico⁵³ (tožba proti državi) za zaščito svojih pravic, so se razvijale organizacije in pravni standardi in norme, ki so se v obliki deklaracij,⁵⁴ konvencij in nacionalnih zakonodaj uveljavile do danes. Z razvojem človekovih pravic, ki so veljavne za vse ljudi, se je sčasoma oblikovala tudi težnja po zakonodaji, ki bi natančneje opredelila zaščito, pravice in dolžnosti posebnih družbenih skupin, kot so duševni bolniki. Zaradi vedno glasnejšega opozarjanja, da je potrebno za duševne bolnike boljše poskrbeti in v skladu z večjo zavestjo o tovrstnih težavah, so se razvijale skupine, gibanja in organizacije, ki so širile informacije in z nasveti in druge načine pomagale ljudem v težavnih psiholoških stanjih, pa tudi njihovim svojcem. Te skupine in organizacije, so v skladu z njihovim namenom obstoja, neposredno preko sodelovanja z državami ali pa posredno, preko drugačnih mehanizmov, so vplivale ne samo na osveščenost, ampak tudi na kreiranje prava na tem področju. Zlasti sta na tem področju za razvoj pomembni WHO in WFMH.

⁵² http://www.obzornikzdravstvenenega.si/Celoten_clanek.aspx?ID=078de839-8740-4886-b3c5-150a31cd6803, 17.5.2010.

⁵⁴ Deklaracija o duševnem zdravju za Evropo (Helsinška deklaracija, Evropska ministrska konferenca WHO, januar 2005), Akcijski načrt o DZ za Evropo Zelena knjiga "Izboljšanje duševnega zdravja prebivalstva, pot k strategiji na področju DZ za Evropo" (18.10.2005),

globalnih zdravstvenih zadev, za oblikovanje zdravstvenega raziskovalnega dela, postavljanja standardov in norm, vodenje in izražanje zdravstvene politike, zagotavljanje tehnične podpore državam ter spremljanje in ocenjevanje zdravstvenih trendov. Torej ima WHO pomembno vlogo pri podajanju ocen in priporočil, pri oblikovanju smernic in drugih aktov, ki vplivajo na oblikovanje nadnacionalnih in nacionalnih zakonodaj, na področju, ki ga vsebinsko pokriva. Sami štejejo v svojo pristojnost postavljanje zdravstvenih standardov in norm pa tudi spodbujanje, spremljanje in pomoč pri njihovi implementaciji.⁵⁵

Druga pomembna organizacija, ki je edina specializirana za področje duševnega zdravja, je nevladna WFMH, ki je nastala leta 1948 in v katero je včlanjeno že več kot 100 držav, med njimi tudi Slovenija. Je povezana z OZN, pa tudi z WHO, s katero tudi sodeluje.⁵⁶ Skrbi za osveščanje in podporo, raziskovanje, zagotavljanje sredstev, zaščito pa tudi pomoč ljudem v stiski, z mednarodnimi in nacionalnimi sodelovanji, tako z vladnimi kot nevladnimi organizacijami.

Razvoj teh in ostalih organizacij je v skladu z razvojem človekovih pravic na tem področju, in sovpada z na novo prebujeno zavestjo, ki se je razvila po 2. sv. vojni, da je potrebno poskrbeti za vsakogar, ne glede na njegove lastnosti, status ali okoliščine. Pravni akti, ki so na tem področju pomembni, izhajajo iz omenjenih in drugih organizacij, pa tudi s strani nacionalnih zakonodajalcev.

»Začetki promocije duševnega zdravja segajo v leto 1908, ko je Clifford Beers v ZDA napisal javno kritiko o položaju pacientov v psihiatričnih ustanovah. Tudi sam je bil namreč bivši uporabnik teh ustanov. Napisal je knjigo **»Um, ki se je našel«**⁵⁷, in začel ustanavljati skupine za samopomoč po vsej državi, pridobil je veliko simpatizerjev in ustanovil Nacionalni komite za mentalno higieno. Njegovo gibanje je imelo internacionalne razsežnosti – v Veliki Britaniji so na primer leta 1922 ustanovili podobno telo, ki je imelo namen izobraževati javnost o duševnem zdravju. Desetletje pozneje je bil v Parizu prvi evropski kongres o mentalni higieni. V petdesetih letih je bila ustanovljena WFMH in to z namenom ozaveščanja

⁵⁵ <http://www.who.int/about/en/>, 26.3.2010.

⁵⁶ <http://www.wfmh.org/00about.htm>, 26.3.2010.

⁵⁷ A mind that found himself.

javnosti o pomenu duševnega stresa in dobrega duševnega počutja ter vsesplošne promocije duševnega zdravja. Konec osemdesetih let je federacija izdala še Deklaracijo 2000 in Deklaracijo o človekovih pravicah in duševnem zdravju». ⁵⁸

»Prišlo je do porasta zakonodaj in obvezujočih mednarodnih dokumentov, deklaracij s področja zaščite človekovih pravic in svoboščin v najširšem smislu ter porastu mnogih civilnih združenj in iniciativ, ki opozarjajo na kršenja pravic in svoboščin ter pritiskajo na države. Značilno za te oblike novodobnih civilnih iniciativ je tudi združevanje in povezovanje, ne samo na lokalni, temveč tudi globalni ravni. Na tem mestu velja tudi omeniti politiko, ki upošteva **princip horizontalnega pristopa**, kar vsaj za področje duševnega zdravja pomeni, da v mehanizme odločanja o duševnem zdravju čedalje bolj vključuje principe od »spodaj navzgor« in od »zgoraj navzdol«. Konkretno to pomeni sodelovanje vseh ključnih akterjev iz države, trga in civilne družbe, ki lahko družno vplivajo na nacionalno, regionalno, globalno, javno, zasebno ter civilno sfero. Seveda pa je tu največja umetnost konsenz, ki pomeni prepoznavanje skupnih izhodišč, s poudarkom na partnerstvu, ne pa na iskanju razlik.« ⁵⁹

⁵⁸ Oreški Suzana: Družbeno pojmovanje duševnega zdravja: primer dveh slovenskih medijev. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede, 2008, str. 8 – 25.

⁵⁹ Suzana: Družbeno pojmovanje duševnega zdravja: primer dveh slovenskih medijev. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede, 2008, str. 8 – 25.

7 MEDNARODNI AKTI NA PODROČJU ČLOVEKOVIH PRAVIC IN NA PODROČJU DUŠEVNEGA ZDRAVJA

Med najpomembnejše štejejo:

- Splošna deklaracija človekovih pravic,
- Evropska konvencija o varstvu človekovih pravic in temeljnih svoboščin,
- Mednarodni pakt o ekonomskih, kulturnih in socialnih pravicah,
- Evropski pakt za duševno zdravje in dobro počutje,
- Deklaracija o človekovih pravicah in duševnem zdravju
- Oviedska konvencija

Med zavezujoče pravne vire (hard law) spadajo EKČP, MPEKSP in Oviedska konvencija, v nasprotju z ostalimi, ki pa so pravno nezavezujoče (soft law). Medtem, ko SDČP, EKČP, MPEKSP ter Oviedska konvencija opredeljujejo človekove pravice in svoboščine ter vprašanja etike na splošni ravni, gre pri Evropskem paktu za duševno zdravje in dobro počutje in Deklaraciji o človekovih pravicah in duševnem zdravju za akta, ki vsebinsko natančneje urejata področje duševnega zdravja, saj sta bila izdana s tem namenom.

Evropski pakt za duševno zdravje in dobro počutje ima pet prednostnih nalog:

- preprečevanje depresije in samomorov,
- duševno zdravje mladih in v šoli,
- duševno zdravje na delovnem mestu,
- duševno zdravje pri starejših,
- boj proti stigmatizaciji in družbeni izključenosti.⁶⁰

Politike EU pomagajo pri varovanju in spodbujanju duševnega zdravja pa tudi pri boju proti diskriminaciji, ki je še vedno prisotna v veliki meri. Ozaveščajo o povezanih vprašanjih ter omogočajo vseevropsko sodelovanje in izmenjavo dobrih praks med vladam in drugimi

⁶⁰ http://ec.europa.eu/health-eu/health_problems/mental_health/index_sl.htm, 2.4.2010.

skupinami, tj. povezanost politik, prakse in raziskav. Za ukrepe na tem področju so pristojne predvsem države članice, vedno več pobud je tudi s strani nevladnih organizacij.

Deklaracija o človekovih pravicah in duševnem zdravju (Declaration of human rights and mental health)⁶¹ je pravni dokument, ki ga je leta 1989 izdala WFMH in sicer ob štiridesetletnici njenega obstoja. Gre za dokument, katerega vsebina ne samo potrjuje določila SDČP iz leta 1948, temveč tudi ožje določa pravice in obveznosti na področju problematike duševnega zdravja. Služi kot skupni standard vseh ljudi, narodov in članov človeške družine.⁶²

Sestavljena je iz preambule in osmih členov. Prvi člen določa, da je duševno zdravje odgovornost tako državnih oblasti, meddržavnega sodelovanja kot tudi nedržavnih organizacij. Programi za duševno zdravje naj omogočijo razvoj odgovornosti posameznika in družine za individualno in globalno duševno zdravje in zagotovitev dobrega življenjskega standarda.⁶³

Drugi člen določa, da je naloga vsakega sistema za zagotovitev in ohranitev duševnega zdravja, preprečitev mentalne ali čustvene stiske; da je potrebno izobraziti kadre, ki se s to problematiko ukvarjajo, pa tudi javnost; da preventivni ukrepi zahtevajo aktivnosti, tudi zunaj mej zdravstvenega sistema in sicer s svetovanjem družinam, predrojstveno in porojstveno oskrbo in nadaljujočo se oskrbo, skozi cel življenjski cikel z ustrezno splošno zdravstveno nego, z možnostjo izobraževanja, zaposlovanja in zadostno socialno varnostjo. Prednost mora biti dana raziskovanju in preprečevanju duševnih bolezni in motenj.⁶⁴

Tretji člen določa, da preprečevanje duševnih bolezni in motenj in skrb za tiste, ki so z njimi prizadeti, zahteva veliko mero mednarodnega sodelovanja, pa tudi sodelovanja na ravni države tudi z nedržavnimi organizacijami, z znanostjo in sistemi socialnega skrbstva in

⁶¹ Imenovana tudi Declaration of Luxor, 17.1.1989.

⁶² Povzeto po preambuli deklaracije o človekovih pravicah in duševnem zdravju.

⁶³ Deklaracija o človekovih pravicah in duševnem zdravju, členi 1 do 8.

⁶⁴ Deklaracija o človekovih pravicah in duševnem zdravju, členi 1 do 8.

izobraževanja. Takšno sodelovanje naj bi vsebovalo prisotnost profesionalnih in prostovoljnih združenj, skupin za samopomoč in posameznikov.⁶⁵

Četrty člen določa, da morajo biti temeljne pravice tistih oseb, ki so bile diagnosticirane, obravnavane ali definirane kot mentalno, čustveno bolne ali motene, ali pa so v stiski, enake kot pravice vseh ostalih državljanov. To vključuje prepoved do prisile, pravico do dostojanstva, človeško in strokovno obravnavanje z dostopom do zdravniške, psihološke in socialne pomoči in storitev, prepoved diskriminacije ob upoštevanju enakega dostopa do terapije in neenake omejitve na temelju političnih, socialno – ekonomskih, kulturnih, rasnih, etničnih in verskih okoliščin ter zaradi spola, starosti ali spolne usmerjenosti.⁶⁶

Vključuje tudi pravico do zaščite zasebne lastnine, prepoved telesne in duševne zlorabe, pravico do zaščite pred zanemarjenjem in zapuščenostjo in pravico vsake osebe, da izve njeno klinično zdravstveno stanje. Pravica do zdravljenja mora vključevati ambulantno in psihosocialno zdravljenje po potrebi, z zaščitnimi ukrepi priznanih zdravniških, etičnih in pravnih dognanj, za neprostoovoljno zdravljene paciente pa mora obstajati pravica nepristranskega zastopanja, pregleda in pritožbe.

Peti člen določa, da morajo biti vse duševno bolne osebe zdravljene enako profesionalno in pod enakimi etičnimi standardi, kot vse ostale osebe. Zdravljenje mora biti opravljeno v okviru najboljšega interesa in koristi pacienta, ne pa družine, njegovega okolja, znanstvenikov ali države. Zdravljenje oseb, ki zaradi bolezni niso več sposobne skrbeti same zase, mora vključevati tudi psihološko rehabilitacijo za ponovno pridobitev teh sposobnosti, pri čemer se morajo upoštevati njihovi pogoji za bivanje, zaposlovanje, zaslužek, mobilnost in informiranost, vključevati pa mora tudi nadaljujočo oskrbo po odpustu bolnika iz bolnišnice.⁶⁷

Šesti člen določa, da ranljive skupine družbe, za katere obstaja nevarnost duševnih bolezni ali motenj, potrebujejo specialne preventivne ukrepe, terapevtsko pozornost in posebno skrb za

⁶⁵ Deklaracija o človekovih pravicah in duševnem zdravju, členi 1 do 8.

⁶⁶ Deklaracija o človekovih pravicah in duševnem zdravju, členi 1 do 8.

⁶⁷ Deklaracija o človekovih pravicah in duševnem zdravju, členi 1 do 8.

njihovo zdravje in človekove pravice. V te skupine spadajo žrtve naravnih katastrof, nasilja vključno z vojnami in kolektivnih zlorab, vključno s tistimi, ki so vodene s strani države. Sem spadajo tisti, ki se nahajajo v posebnem položaju glede njihove rezidence (migranti in pribežniki), starosti (mladoletniki, otroci in stari), zdravja in ker so pripadniki manjšine (etnične, spolne, rasne, socialno – ekonomske). Življenjske okoliščine kot razpad družine in nezaposlenost tudi predstavljajo morebitne rizike za nastop težav v duševnosti.⁶⁸

Sedmi člen določa, da je sodelovanje ključno pri zagotavljanju in ohranjanju človekovih in zakonskih pravic tistih, ki so ali so bili mentalno ali čustveno bolni ali pa so bili v rizičnem stanju da zbolijo. Vse javne oblasti morajo priznati svojo obvezo, da se odzovejo na glavne socialne težave, povezane z duševnim zdravjem in posledicami katastrofalnih pogojev, ki jih pogosto povzročijo. Javna odgovornost za duševno zdravje mora vsebovati določbe o specializiranih storitvah na področju duševnega zdravja, če je mogoče v kontekstu primarnih zmogljivosti zdravstvenega varstva in o izobraževanju v zvezi z duševnim zdravjem ter o poteh, kako se s težavami spopasti.⁶⁹

Zadnji, osmi člen določa, da nič, kar je zapisano v tej deklaraciji, ne sme biti interpretirano, kot da velja samo za eno državo, skupino ali osebo in ne sme biti interpretirano kot pravica, aktivnost ali sodelovanje, ki bi lahko vodilo v uničenje katerekoli zapisane pravice ali svoboščine.⁷⁰

Tako deklaracija služi kot eden pomembnih temeljev za presojanje in urejanje pravic s področja duševnega zdravja na globalni ravni. Vsebinsko je kratka in jedrnata, v svojem bistvu natančneje opredeljuje tematiko pojava težavnih duševnih stanj in situacij ob tem pa se opira na splošno deklaracijo človekovih pravic, ki ji služi kot temelj, na katerem gradi določila, ki so relevantna za specifične družbene skupine.

⁶⁸ Deklaracija o človekovih pravicah in duševnem zdravju, členi 1 do 8.

⁶⁹ Deklaracija o človekovih pravicah in duševnem zdravju, členi 1 do 8.

⁷⁰ Deklaracija o človekovih pravicah in duševnem zdravju, členi 1 do 8.

S smernicami in drugimi akti, na razvoj pravnih norm na tem področju vpliva tudi EU. Vpliva preko evropskih institucij, zlasti preko ESČP⁷¹, ki s svojo funkcijo pomeni zadnje in pomembno zagotovilo za dosego zaščite človekovih pravic. Sodišče uveljavlja Evropsko konvencijo o človekovih pravicah. Njegova naloga je zagotoviti, da države spoštujejo pravice in jamstva, določene v EKČP. Zato proučuje pritožbe, ki so jih vložili posamezniki, včasih pa tudi države. Kadar EKČP ugotovi, da je država članica kršila eno ali več teh pravic in jamstev, izreče sodbo. Sodbe so zavezujoče in prizadete države morajo ravnati v skladu z njimi. Njegova vloga je torej tudi v zagotavljanju pravic in kreiranja prava preko odločitev, ki jih v svojem delu izdaja. Tako je sodna praksa EKČP pomembna pri oblikovanju smernic in pravnih norm, tudi na področju problematike duševnega zdravja.⁷²

V Sloveniji danes velja tudi Oviedska konvencija. Ta pomembni dokument je mejnik v zgodovini medicinske etike in postavlja v Evropi nove etične standarde z veljavo zakona. Oviedska konvencija je največji možni skupni imenovalec norm, ki veljajo v evropskih državah. Za države predstavlja obvezni minimum varstva človekovih pravic. Vsaka država pa lahko na svojem ozemlju uveljavi tudi strožje varstvo.

Odnos med zdravnikom in bolnikom se je v zadnjih desetletjih zelo spremenil. Nekoč je bil nekoliko pokroviteljski. Danes je, skladno z novimi pogledi na človekove pravice in dostojanstvo človeškega bitja, v ta odnos vstopila avtonomija bolnika in njegova pravica do odločanja o samem sebi, tudi ko gre za vprašanja zdravja, bolezni ali celo umiranja. Določbe o privolitvi posameznika v medicinski poseg so med osrednjimi v Oviedski konvenciji. Nekdo je celo predlagal, da bi zamenjali izraze in bi bolnika, ki prihaja k zdravniku, opisali kot človeka z zdravstveno težavo na posvetu z izvedencem, ki ima znanje in izkušnje na tem

⁷¹ ESČP je bilo ustanovljeno leta 1959 na podlagi EKČP. Število sodnikov je enako številu držav članic SE. Trenutno torej sodišče sestavlja 47 sodnikov. Naloga ESČP je v prvi vrsti zagotavljati, da države spoštujejo in zagotovijo spoštovanje človekovih pravic in temeljnih svoboščin iz EKČP svojim državljanom, kot tudi vsakomur znotraj njihove jurisdikcije, ne glede na spol, raso, državljanstvo, etnični izvor ali drugo okoliščino. V ta namen ESČP obravnava pritožbe posameznikov, kot tudi meddržavne pritožbe. Kadar sodišče ugotovi, da je država pogodbenica kršila eno ali več pravic iz EKČP, se izreče s sodbo. Ta je zavezujoča.

⁷²http://www.mzz.gov.si/si/coe/o_svetu_evrope/organi_in_institucije_sveta_evrope/evropsko_sodisce_za_clovekove_pravice/, 1.4.2010.

področju. Takšna fraza bi odsevala pravi partnerski odnos in bi zmanjšala vtis bolnikove podrejenosti.⁷³

⁷³ Dušica Pleterski-Rigler, Jože Trontelj, 138. SKUPŠČINA SLOVENSKEGA ZDRAVNIŠKEGA DRUŠTVA - ZDRAVNIK IN ETIKA, KO BOLNIK NE SODELUJE ALI NE MORE SODELOVATI, <http://vestnik.sz.d.si/st9/477-480.pdf>, 15.5.2010.

8 EVROPSKO SODIŠČE ZA ČLOVEKOVE PRAVICE, SODNA PRAKSA TER CPT

Evropska konvencija o človekovih pravicah, ki je najpomembnejši pravni garant za zagotovitev in zaščito človekovih pravic, vsebuje nekaj členov, ki danes na področju duševnega zdravja in postopkov v zvezi z njimi, pridejo še bolj do izraza. Čeprav se tudi na tleh, kjer je konvencija veljavna, dogajajo številne kršitve, ki se nanašajo na druge člene, so v okviru te tematike pomembni zlasti štirje. To so drugi, tretji, peti in osmi člen konvencije, ki jih kot ostale člene štiti Evropsko sodišče za človekove pravice.

2. člen Evropske konvencije o varstvu človekovih pravic in temeljnih svoboščin

Varovano je življenje vseh posameznikov. Nikomur se ne sme namerno odvzeto življenje, razen v primeru izvršitve kazni, ki jo je določilo ESČP na podlagi izrečene obsodbe za zločin, ki se tako kaznuje po zakonu.

Odvzem življenja ni razumljen v nasprotju s tem členom v primeru, če je posledica uporabe sile, ki je bila absolutno nujna:

- v obrambi katerikoli osebe pred nezakonitim nasiljem,
- z namenom zakonite aretacije ali da bi se preprečil pobeg zakonito pridržane osebe,
- v zakonito izvedeni akciji z namenom preprečiti izgrede ali vstaje.

Drugi člen zahteva, da država zagotovi izdelavo bolnišničnih pravilnikov, ki ščitijo paciente v bolnicah, prav tako pa tudi sistem pravne raziskave zdravstvenih napak. Kljub temu, da dolžnost države ni financirati izjemno dragih ali neobičajnih postopkov, je pa zato jasna zahteva po zagotavljanju osnovnih življenjskih predpogojev, npr. kurjavo pozimi, ustrezno hrano in zdravljenje običajnih vnetij.⁷⁴

ESČP še vedno razvija specifično obliko preiskav smrtnih primerov, ki naj bi jih izvedla država – obliko mehanizma, obseg javne sledljivosti mehanizma preiskave in stopnjo soudeležnosti sorodnikov. ESČP razume, da zahtevajo določene kategorije primerov višjo stopnjo strogosti in odprtosti kot ostale, še posebno primeri, v katerih so bili soudeleženi dejavniki države in kjer so se smrtni primeri zgodili pod okriljem skrbniških ustanov, kot so

⁷⁴http://www.google.si/search?hl=sl&source=hp&q=u%C4%8Dni+material+za+odvetnike+in+NVO&meta=&aq=f&aqi=&aql=&oq=&gs_rfai=, 1.4.2010.

zapori in mentalne institucije. Zaradi tega še ni možno izdelati enoznačnih vodil o dolžnostih preiskave smrtnih primerov, ki bi se jih dalo aplicirati na vse primere. Jasno pa je, da nudi ta specifični aspekt pristojnosti ESČP edinstveno osnovo, s katere je možno naslavljati enega najbolj perečih problemov v duševni zdravstveni oskrbi, namreč visoko mortaliteto v psihiatričnih bolnicah in domovih za socialno oskrbo, umrljivost, ki bi se ji dalo izogniti in ki jo države pogosto ne priznavajo in ne raziskujejo.⁷⁵

V nekaterih evropskih državah je stopnja umrljivosti v ustanovah za duševno zdravje neprimerno visoka. Ko je na primer CPT⁷⁶ leta 1995 obiskala psihiatrično bolnico Poiana Mare v Romuniji, so pregledali register smrti in ugotovili, da so v obdobju osmih mesecev 25 od 61 smrti izrecno pripisali izjemni proteinski in kalorični podhranjenosti. Celotna stopnja umrljivosti je presegala 20% na leto. Visoka stopnja umrljivosti je najverjetneje problem tudi v ostalih vzhodnoevropskih državah in Rusiji. V teh državah, tako kot v mnogih drugih, sistem preiskovanja smrti še zdaleč ne dosega standardov, ki jih zahteva ESČP v drugem členu.⁷⁷

ESČP meni, da zahtevajo primeri, ko oseba umre med bivanjem v državni instituciji, npr. zaporu ali mentalni ustanovi, še posebno visoko stopnjo odprtosti in preiskovalne temeljitosti. Tako je odločilo tudi v primeru Edwards proti UK.⁷⁸

⁷⁵http://www.google.si/search?hl=sl&source=hp&q=u%C4%8Dni+material+za+odvetnike+in+NVO&meta=&aq=f&aqi=&aql=&oq=&gs_rfai=, 1.4.2010.

⁷⁶CPT - The European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (Evropski komite za preprečevanje mučenja in nehumane ali ponižujoče obravnave ali kaznovanja). Ta pregleduje ravnanje z osebami, ki jim je bila odvzeta prostost in če je to nujno, zaščiti osebe pred in pred nehumanim ali ponižujočim ravnanjem ali kaznovanjem. CPT spada pod okrilje Organizacije združenih narodov (OZN).

⁷⁷http://www.google.si/search?hl=sl&source=hp&q=u%C4%8Dni+material+za+odvetnike+in+NVO&meta=&aq=f&aqi=&aql=&oq=&gs_rfai=, 1.4.2010.

⁷⁸Številka primera: 4647/99, 14. marec 2002; Ubit je bil sostanovalec, s katerim si je oseba delila celico, zato je bila ustanovljena preiskovalna skupina, ki naj bi raziskala okoliščine umora in izdelala predloge rešitev.

Mučenje in 3. člen Evropske konvencije o varstvu človekovih pravic in temeljnih svoboščin

Mučenje predstavlja enega najstarejših načinov kršitve človekovih pravic. Njegovo uporabo lahko zasledimo že v najstarejših časih in domala v vseh družbah. Ljudi so mučili iz različnih razlogov, med drugim tudi zaradi zabave in z namenom pridobivanja informacij ali priznanj. Danes je mučenje absolutno prepovedano, kar izhaja tudi iz različnih mednarodnopravnih dokumentov pa tudi nacionalnih ureditev. Izhajajoč iz navedenega, ima prepoved mučenja danes absolutni značaj in je postala del običajnega prava. To pomeni, da prepoved mučenja ne trpi nikakršnih omejitev, restrikcij ali derogacije, niti v času izrednega ali vojnega stanja. S prepovedjo mučenja se v svoji praksi srečujejo razni nacionalni in mednarodni forumi, tako kazenski (Mednarodno kazensko sodišče v Haagu, Mednarodno kazensko sodišče za nekdanjo Jugoslavijo, Mednarodno kazensko sodišče za Ruando), kakor tudi za varstvo človekovih pravic (ESČP). ESČP je na podlagi dolgoletne prakse in številnih primerov izoblikovalo pomembna stališča glede prepovedi, obsega in vsebine mučenja, okrutnega, nečloveškega in ponižujočega ravnanja, kar je bilo podlaga za oblikovanje in sprejetje tudi drugih zavezujočih dokumentov.⁷⁹

Prepoved mučenja ima danes torej značaj pravila *ius cogens*. To je bilo potrjeno v različnih primerih, ki so poudarili absolutno naravo zaveze, ki izhaja iz 3. člena EKČP. Na podlagi 3. člena EKČP, je mučenje prepovedano celo v otežujočih okoliščinah kot so npr. boj proti organiziranemu kriminalu in terorizmu. S tem je dan absolutni učinek prepovedi mučenja ali nečloveškega ravnanja ali ponižujočega ravnanja in kaznovanja, celo če je podan dogodek, ki narekuje javno nujnost zaradi ogrožanja celotne nacije. Absolutni značaj prepovedi mučenja iz 3. člena EKČP je bil poudarjen tudi v primeru Chahal proti Združenemu kraljestvu⁸⁰, v katerem ESČP zapisalo, da je tudi v času, ko se države soočajo z zaščito pred terorističnim nasiljem, absolutno prepovedano mučenje ali ponižujoče ali nečloveško ravnanje ali kaznovanje, ne glede na krivdo žrtve. Imetnik pravice je torej vsaka oseba, v vsakem trenutku ter na vsakem kraju. Država, kot zavezanka pa je dolžna, da ne stori ničesar, kar bi lahko

⁷⁹ Kraljić Suzana, Diskriminacija in pravice človeka v slovenskih zaporih, Mednarodnopravne norme o prepovedi mučenja, ISCOMET, Maribor 2008, str. 11- 25.

⁸⁰ Chahal proti Združenemu kraljestvu, (70/1995/576/662), 15. november 1996.

pomenilo kršitev te pravice in njenega absolutnega značaja. Država mora storiti vse, da se najbolje zaščiti način, razlaga in uporaba kogentnosti te pravne norme.⁸¹

Mučenje je opredeljeno v 1. odst. 1. člena Konvencije Združenih narodov proti mučenju in drugim oblikam okrutnega in nečloveškega ali ponižujočega ravnanja ali kaznovanja⁸² (KPM): »Za namene te konvencije pomeni izraz mučenje vsako dejanje, s katerim se namerno povzroča huda telesna bolečina ali trpljenje z namenom, da bi se od nje ali od druge osebe dobilo obvestilo ali priznanje ali da bi se to osebo kaznovalo za dejanje, ki ga je storila ali je osumljena, da ga je storila, ali da bi se ta osebo ali drugo osebo zastrašilo ali kaznovalo ali iz katerega drugega razloga, ki temelji na diskriminaciji katerekoli vrste, kadar to bolečino ali trpljenje povzroča ali spodbuja ali se z njim strinja uradna oseba ali druga oseba, ki ravna po uradni dolžnosti. Ta pojem ne zajema bolečin ali trpljenja, ki je neločljivo ali slučajno povezano z izvrševanjem zakonite sankcije.«⁸³

Mučenje predstavlja najtežjo obliko zlorabe telesne in duševne integritete posameznika. Pri kaznovanju se pri dejanju mučenja uporablja načelo univerzalne pristojnosti, kar pomeni, da se storilcu mučenja lahko sodi, ne glede na to, kje je bilo dejanje storjeno in glede na njegovo državljanstvo ali državljanstvo storilca. KPM zavezuje države, da storijo vse, da zavarujejo svojo pristojnost v primerih, ko se je mučenje storilo na njenem ozemlju in ko je storilec ali žrtev njen državljan.

Mučenje je prepovedano tudi v 3. členu EKČP, katerega kršitev je bila spoznana tudi v številnih primerih pred ESČP. Pri tem je potrebno poudariti, da besedila EKČP, ne moremo šteti za statičnega. Prav nasprotno, gre za »živo« besedilo (living text), ki ga je treba razlagati v smislu razumevanja tekoče evropske družbe v trenutku, ko je povzročena kršitev, in ne kar je bil namen načrtovalcev EKČP. To pomeni, da ni nikakršnih stalnih standardov, ki opisujejo obseg aktivnosti ESČP. ESČP lahko namreč v vsakem trenutku poda novo razumevanje kateregakoli ključnega pomena 3. člena. Čeprav je bilo v pripravljanih delih predlagano, da

⁸¹ Kraljić Suzana, Diskriminacija in pravice človeka v slovenskih zaporih, Mednarodnopravne norme o prepovedi mučenja, ISCOMET, Maribor 2008, str. 11- 25.

⁸² U. L. RS – MP, št. 7/1993.

⁸³ KPM, 1. odstavek 1. člena, U. l. RS – MP, št. 7/1993.

se besedilo 3. člen EKČP običajno razbije na tri komponente: mučenje, nečloveško in ponižujoče ravnanje, ki ima vsako svoje značilne karakteristike.

Tretji člen EKČP pravi: »Nihče ne sme biti žrtev mučenja, nehumanega, ponižujočega ravnanja ali kaznovanja.« Razmejitev med mučenjem, nečloveškim in ponižujočim ravnanjem je včasih težko podati. Izoblikovalo se je stališče, da morajo vsa mučenja predstavljati nečloveško in ponižujoče ravnanje in da so vsa nečloveška ravnanja ponižujoča.

Da lahko govorimo o mučenju, morajo biti izpolnjene predpostavke **aktivnosti/pasivnosti**, kjer gre za to, da gre pri mučenju tako za rezultat dejanja, kot tudi za namerno opustitev z enako resnimi posledicami (npr. odvzemanje hrane zapornikom), da je dosežen **določen prag** povzročenih bolečin in trpljenja oz. intenziteta trpljenja posameznika, ki izhaja iz neadekvantnega ravnanja izvršilno policijskih organov. Kriterij praga resnosti je eden od dveh temeljnih kriterijev, ki služi za razmejitev med mučenjem, nečloveškim in ponižujočim ravnanjem. Vsako slabo obravnavanje ni hkrati tudi nečloveško ravnanje ali ponižujoče ravnanje ali mučenje. Slabo obravnavanje državnih organov mora prestopiti določen prag resnosti, da bi lahko pripeljalo do enega od teh treh pragov prepovedanih ravnanj proti človeku, kar bi nato pomenilo kršitev pravic človeka, da je zaščiten pred takšnim ravnanjem, ki je predvideno v 3. členu EKČP. V t.i. »grškem primeru«, ⁸⁴ je Komisija ugotovila, da je mučenje predstavlja vedno nečloveško in ponižujoče ravnanje ter da nečloveško ravnanje zajema vedno tudi ponižujoče ravnanje. V praksi so se izoblikovala določena stališča, ki lahko služijo kot opora za presojanje, ali gre v konkretnem primeru za mučenje ali ne. Tako je npr. za fizično trpinčenje označeno kot mučenje, če je bil najden dokaz o uporabi posebni tehnik, uporabe specialnih instrumentov ali posebni oblik priprav žrtve. Sicer pa je stopnja praga relativna in je odvisna od objektivnih in subjektivnih okoliščin vsakega primera posebej. Vendar pa je možno zaznati trend, ki se giblje v smeri znižanja praga, od katerega se neko dejanje šteje za mučenje. V primeru Selmouni proti Franciji ⁸⁵ je ESČP menilo, da se lahko določena ravnanja, ki so bila prej označena kot nečloveška in ponižujoča, kvalificirajo danes drugače. ESČP je menilo, da se vse višji standardi na področju varstva človekovih pravic in

⁸⁴ Greek case, Comm. Rep, 5. november 1969.

⁸⁵ Selmouni proti Franciji, številka primera: 25803/94, (1999).

temeljnih svoboščin terjajo, da se zavzame strožje stališče glede ugotavljanja kršitev temeljnih vrednot vsake demokratične družbe.⁸⁶

Nadaljnja predpostavka za mučenje je **namernost**, kar pomeni, da mora biti dejanje, ki povzroča resno trpljenje in bolečine, storjeno namenoma. Tukaj je pomembna sodba ESČP in sicer v primeru *Aksoy proti Turčiji*⁸⁷, kjer je bilo ugotovljeno, da je bil Aksoy namenoma slečen in obešen za roke, ki jih je imel zvezane za hrbtom (t.i. »palestinsko« obešanje). Razen tega, pa je bilo to storjeno z namenom, da se pridobi določeno znanje ali informacija. Za opredelitev nekega ravnanja kot mučenje mora biti podan tudi **namen**. To pomeni, da morajo biti bolečine in trpljenje povzročene z namenom in ciljem, da se od nje ali od druge osebe pridobi informacija ali priznanje ali da bi se to osebo kaznovalo za dejanje, ki ga je storila ali je osumljena, da ga je storila, ali da bi se to osebo ali drugo osebo zastrašilo ali kaznovalo ali iz katerega drugega razloga, ki temelji na diskriminaciji katerekoli vrste. Mučenje, ki je predmet omenjenih mednarodnih dokumentov (EKČP in KPM), se nanaša samo na mučenje, ki ga povzroča ali spodbuja ali se z njim strinja **uradna oseba ali druga oseba**, ki ravna po uradni dolžnosti. Iz te definicije izhaja, da mučenje krije samo dejanja, ki so izvedena od uradnih oseb. To so npr. policija ali druge agencije, ki jih ustanovi država. Mučenje pa je lahko storjeno tudi s strani zasebnih oseb, ki ravnaajo na podlagi pobude ali s soglasjem uradnih oseb. Izhajajoč iz EKČP in njenega 3. člena se za opredelitev standarda obravnave, ki za državo pomeni kršitev 3. člena EKČP, uporablja evropski standard ter vse okoliščine, ki lahko v konkretnem primeru pridejo v poštev. ESČP je kot takšne okoliščine opredelilo: narava in namen obravnave, trajanje obravnave, duševni in fizični učinki in v določenih primerih tudi spol, starost in zdravstveno stanje žrtve. Pri tem ni možno postaviti absolutnega standarda, ampak se dovoljuje diskrecija. Pri ugotavljanju, ali gre pri nekem ravnanju za mučenje, je pomembno omeniti tudi, da kadar je bolečina ali trpljenje povzročeno z zakonitimi sankcijami, to ne spada v definicijo mučenja, lahko pa vodi do okrutnega ali ponižujočega ravnanja ali kaznovanja. Trpljenje neugodnosti, ki so torej sestavni del izvrševanja zakonitih in sprejetih kazenskih sankcij, niso zajete s prepovedjo mučenja.⁸⁸

⁸⁶ Kraljić Suzana, *Diskriminacija in pravice človeka v slovenskih zaporih*, Mednarodnopravne norme o prepovedi mučenja, ISCOMET, Maribor 2008, str. 11- 25.

⁸⁷ *Aksoy proti Turčiji*, številka primera: 21987/93, (1996).

⁸⁸ Kraljić Suzana, *Diskriminacija in pravice človeka v slovenskih zaporih*, Mednarodnopravne norme o prepovedi mučenja, ISCOMET, Maribor 2008, str. 11- 25.

Od mučenja je potrebno ločiti **nečloveško ravnanje**, kjer gre za aktivnosti, s katerimi se namerno povzroča težko fizično ali psihično trpljenje, ki pa je v danih okoliščinah neopravičljivo. Iz navedenega izhaja, da je za vse tri oblike značilno, da gre za ravnanje določenih državnih organov, ki pomeni nečloveški postopek proti posamezniku. Razlikovanje vseh oblik je podano samo na podlagi ocene o intenziteti trpljenja, ki se povzroča posamezniku, ki je žrtev slabega ravnanja s strani države. Pri ugotavljanju resnosti nečloveškega ravnanja, je potrebno oceniti in upoštevati tako stanje države kakor tudi stanje družbe in posameznika. Le tako, lahko namreč pride do čim bolj popolnega stopnjevanja kršitve 3. člena EKČP ter do čim bolj popolnega varstva ter v skrajnem primeru tudi do osnovne pravice človeka, da se ščiti njegova osebnost in osebna integriteta, torej dostojanstvo človeka, kot neodtujljiva lastnost osebnosti človeka. Pri pojmu **ponižujočega ravnanja** pa je bistveno, da je stopnja bolečine manjše intenzivnosti kot pri mučenju. Večji poudarek je namreč dan psihičnemu trpljenju, saj se bolj posega v osebno integriteto in dostojanstvo človeka kot ene od največjih vrednot demokratične družbe, kakor pa fizično trpljenje. Institucionalizirano fizično nasilje je v praksi ESČP, opredeljeno kot ponižujoče ravnanje. V primeru Tomasi proti Franciji⁸⁹ je bil tožnik v času, ko je bil v policijskem priporu obrncan in pretepen od policijskega oficirja, ki je bil zadolžen za njegovo zaslišanje. Ker je bil posameznik postavljen v slabši položaj, ker mu je bila odvzeta prostost, je takšno ravnanje s strani države, ki je bila nadrejena, pomenilo nečloveško in ponižujoče ravnanje. Tukaj se je Francija pred ESČP branila z argumentom, da je bil Tomasi osumljen sodelovanja v terorističnem napadu in da je bil mlad in zdrav. Sodišče je odgovorilo, da je iz medicinske dokumentacije razvidno, da je Tomasi dobil veliko udarcev in da so bili ti intenzivni. To pa sta tudi dovolj resna elementa, da je mogoče tako ravnanje šteti za nečloveško in ponižujoče. Ponižujoče ravnanje je podano tudi, ko je podana žalitev osebnosti človeka pred tako pred okolico, kot tudi pred njim samim (npr. javni posmeh, postavitve pred sramotilni steber, striženje, osmoditev, nošenje samoobtožujočih plakatov in napisov,...). Ponižujoča narava postopka ali kazni se presoja po kulturnih merilih dane sredine, vendar ne more iti do popolne relativizacije. To je bilo podano v primeru Tyrer proti Združenemu kraljestvu⁹⁰, kjer je ESČP odločilo, da izrečena in izvršena kazen treh udarcev s šibo po nagi zadnjici, ne pomeni niti

⁸⁹ Tomasi proti Franciji, primer številka:12850/87, (1992).

⁹⁰ Tyrer proti Združenemu kraljestvu, številka primera:5856/72, (1978).

mučenja niti nečloveškega ravnanja, je pa ponižujoče ravnanje, ker je v človeško bitje podvrženo nasilju drugega človeškega bitja ter se obravnava kot predmet v rokah oblasti.⁹¹

Kljub temu, da je danes prepoved mučenja integrirana v številne mednarodnopravno zavezujoče dokumente, je še vedno možno zaznati njegovo prisotnost v mnogih državah, tudi tistih, ki so pristopile h konvenciji, ki prepoveduje mučenje. Mednarodna skupnost se močno zaveda prepovedi mučenja, saj je ta norma pridobila absolutni značaj in je danes del mednarodnega *ius cogens*. Pomembno vlogo ima danes ESČP, ki s svojo prakso ustvarja smernice glede obsega in vsebine norm o prepovedi mučenja. Pri tem je potrebno opozoriti, da pri tem ne gre le za enotno dejanje, ampak za kvadrologijo, kjer je potrebno ločiti med mučenjem, krutim in nečloveškim in ponižujočim ravnanjem. Med vsemi je podana različna stopnja praga resnosti ravnanj, ki jo je v posameznem primeru težko podati. ESČP pri svojem delu izhaja iz EKČP, ki pa je, kot že navedeno, »živo« besedilo, kar ESČP omogoča, da lahko v vsakem primeru posebej presoja ali so podane predpostavke za določeno dejanje iz omenjene kvadrologije.⁹²

⁹¹ Kraljić Suzana, Diskriminacija in pravice človeka v slovenskih zaporih, Mednarodnopravne norme o prepovedi mučenja, ISCOMET, Maribor 2008, str. 11- 25.

⁹² Kraljić Suzana, Diskriminacija in pravice človeka v slovenskih zaporih, Mednarodnopravne norme o prepovedi mučenja, ISCOMET, Maribor 2008, str. 11- 25.

8.1 Kršitve tretjega člena EKČP v duševni zdravstveni oskrbi in delo CPT

Določila 3. člena, so okvirno zajeta in pripomorejo k zaščiti bolnikov tudi preko načel o zaščiti oseb z duševnimi motnjami in za izboljšanje duševne zdravstvene oskrbe. Smernice določa OZN, pod okrilje katere spada tudi CPT.⁹³

Neprimerna prehrana

V nekaterih regijah se morajo osebe v velikih ustanovah in bolnicah hraniti s kašasto hrano, ki je pripravljena brez upoštevanja prehranjevalnih potreb. Včasih ni vilic ali nožev – samo žlice. V nekaterih ustanovah vodi podhranjenost v zmanjšanje življenjske dobe in zgodnjo smrt.⁹⁴

Fizična omejevanja

Splošno sprejeto je, da morajo biti včasih osebe z akutnimi duševnimi motnjami, ki vodijo v agresivno in nasilno obnašanje, fizično pridržane. CPT še posebej pozorno nadzoruje fizično prisilo zaradi možnosti zlorabe in trpinčenja. CPT v svojih smernicah navaja, da morajo obstajati enoznačni napotki glede uporabe fizičnega omejevanja in da morajo biti v mejah možnosti, omejevanja karseda ne-telesna. CPT je jasno izrazila, da bo uporaba instrumentov (npr. usnjenih pasov) za fizično omejevanje »le redko upravičena in mora biti vedno ukazana s strani zdravnika ali pa mora biti nanjo opozorjen, da bi se od zdravnika dobila privolitve.« CPT obenem predlaga, da se omejitve odstranijo ob prvi možni priložnosti. Omejitve se ne smejo nikdar uporabljati kot sredstvo kaznovanja ali priročnosti ter namesto ustrezne nege in rehabilitacijskih uslug, ki naj jih nudi primerno število ustrezno izobraženega osebja.⁹⁵

CPT je prav tako predlagala uvedbo posebnega registra. CPT je izjavila, da bi se vsak primer fizične omejitve (ročna kontrola, uporaba instrumentov, osamitev) morala voditi v posebej za to namenjenem registru. Zapis bi moral vsebovati čas pričetka ukrepa in čas prenehanja, okoliščine primera, razloge za ukrepe in ime zdravnika, ki jih je ukazal ali odobril ter opis

⁹³ Resolucija ZN 46/1991, Načela za zaščito oseb z duševno boleznijo in izboljšanje duševnega zdravja.

⁹⁴ http://www.google.si/search?hl=sl&source=hp&q=u%C4%8Dni+material+za+odvetnike+in+NVO&meta=&aq=f&aqi=&aql=&oq=&gs_rfai=, 1.4.2010.

⁹⁵ http://www.google.si/search?hl=sl&source=hp&q=u%C4%8Dni+material+za+odvetnike+in+NVO&meta=&aq=f&aqi=&aql=&oq=&gs_rfai=, 1.4.2010.

kakršnih koli poškodb, ki so jih morda utrpeli pacienti ali osebje. Uvedba takega registra bi omogočila kontrolo takih incidentov in nudila uvid bodočemu znanju.⁹⁶

Osamitev

Običajna metoda pri vznemirjenih ali nasilnih pacientih je, da jih priprejo v sobo, kjer jih za kratek čas osamijo, da bi se jih zaščitilo, ravno tako pa tudi ostalo osebje in paciente. CPT je izdala te smernice glede osamitve:

V moderni psihiatrični praksi je izrazit trend k izogibanju osamitve pacientov in CPT ugotavlja, da v številnih državah praksa zamira. V kolikor osamitev še obstaja, jo morajo uravnavati podrobna navodila, še posebej o primerih, v katerih se lahko uporablja, namenih osamitve, njenemu trajanju in potrebi po rednih kontrolah; o nujnosti ustreznega človeškega stika, o posebej izraziti pozornosti osebja. Osamitev se ne sme nikoli uporabiti kot način kaznovanja.

V nekaterih državah se dolgotrajna osamitev uporablja kot način kaznovanja kršitve hišnega reda. Uporabljajo se zaklenjene celice za eno osebo, v katerih so pacienti večinoma nenadzorovani.⁹⁷

Leta 1995 je CPT ob obisku Romunije v psihiatrični bolnici Poiana Mare našla celice, ki so se uporabljale za osamitev in ki niso imele okenskih stekel. Ne preseneča dejstvo, da je imela bolnica visoko stopnjo umrljivosti. V samicah je imela delegacija priložnost videti vedra za opravljanje potrebe, nekaj žimnic in odeje zamazane z urinom in izločki.⁹⁸ Poznani so primeri, ko so pacienti umrli zaradi pljučnice, ki so jo dobili, ker so bila okna odprta tudi ob zunanji temperaturi do –20 stopinj Celzija.⁹⁹

⁹⁶http://www.google.si/search?hl=sl&source=hp&q=u%C4%8Dni+material+za+odvetnike+in+NVO&meta=&aq=f&aqi=&aql=&oq=&gs_rfai=, 1.4.2010.

⁹⁷http://www.google.si/search?hl=sl&source=hp&q=u%C4%8Dni+material+za+odvetnike+in+NVO&meta=&aq=f&aqi=&aql=&oq=&gs_rfai=, 1.4.2010.

⁹⁸ Poročilo CPT o Romuniji iz leta 1995 je na voljo samo v francoščini. Citirajo ga v "Combating Torture in Europe", Rod Morgan in Malcolm Evans, str. 146.

⁹⁹http://www.google.si/search?hl=sl&source=hp&q=u%C4%8Dni+material+za+odvetnike+in+NVO&meta=&aq=f&aqi=&aql=&oq=&gs_rfai=, 1.4.2010.

Elektroški¹⁰⁰

Electro – Convulsive - Therapy (ECT) je postopek pri katerem skozi možgane pošljejo električni tok. Je sporen postopek, vendar na voljo v večini okrajev, običajno namenjen ljudem s težko depresijo. V večini držav je pacient med terapijo pod anestetikom (oseba »spi«) in dobi tudi relaksante za mišice, da bi se preprečil nastanek poškodb. Vendar pa se v nekaterih državah izvaja »nemodificirano« – brez anestetikov in relaksantov. CPT je leta 1995 obsodil nemodificirano prakso ECT: »prakticiranje nemodificirane ECT ni več sprejemljivo. Poleg tveganja zlomov in ostalih medicinskih posledic, je proces ponižujoč tako za bolnike kot osebje.«¹⁰¹

V nekaterih primerih je modificirana oblika ECT medicinsko indicirana. Vendar pa Mental Disability Advocacy Center¹⁰²(MDAC) pozna primere, v katerih je bilo pacientom z možnostjo razumevanja povedano, da bodo imeli »spalno terapijo«. Tako je bila ECT dana brez soglasja, praksa, ki je lahko že sama po sebi kršitev 3.člena. Kakršna koli terapija, ki se izvaja brez predhodnega soglasja, je sumljiva po 3. členu in lahko predstavlja tudi kršitev tretjega člena.¹⁰³

Nasilje

V poročilu je CPT poročala o estonski ustanovi za osebe z razvojnimi motnjami, »ki je bila prežeta s pogubno kulturo nasilja, v kateri je izvajalo disciplino in kontrolo osebje, ki ni bilo usposobljeno in ki je posledično mnoge bolj zahtevne naloge (npr. delo z vznemirjenimi ali motenimi pacienti) prepuščalo ostalim pacientom.« V nekaterih psihiatričnih ustanovah je uveljavljena praksa, da se kot »stražarje« uporabi paciente, v primeru, da usposobljeni

¹⁰⁰ Elektrokonvulzivno zdravljenje.

¹⁰¹ http://www.google.si/search?hl=sl&source=hp&q=u%C4%8Dni+material+za+odvetnike+in+NVO&meta=&aq=f&aqi=&aql=&oq=&gs_rfai=, 1.4.2010.

¹⁰² Center zagovornikov duševne prizadetosti.

¹⁰³ http://www.google.si/search?hl=sl&source=hp&q=u%C4%8Dni+material+za+odvetnike+in+NVO&meta=&aq=f&aqi=&aql=&oq=&gs_rfai=, 1.4.2010.

stražniki niso na voljo. CPT je ob obisku v Estoniji poročala o primeru, v katerem je stražar-pacient trpinčil sobolnika.¹⁰⁴

S »kulturo nasilja« je CPT morda želel pokazati, da se je fizično nasilje poljubno izvajalo tako s strani osebja kot pacientov in da so prebivalci živeli v nenehnem strahu pred tem nasiljem, ki ga uprava ni nikakor kontrolirala. S stališča žrtve ni pomembno, kdo izvaja nasilje, osebje ali pacienti. Prebivalec ustanove, v kateri vlada kultura nasilja, je lahko žrtev, kljub temu da ni fizično poškodovan.

Disciplina

Nekatere ustanove imajo »svet pacientov«, ki obravnava kršitve hišnega reda. Svet pacientov včasih kaznuje sobolnike za kršitev hišnega reda. Kazen med drugim vključuje tudi osamitev, nošenje izstopajočih oblačil, ki kažejo na to, da je oseba kaznovana, in odvzem nekaterih pacientovih ugodnosti. Takšni primeri lahko prav tako predstavljajo kršitev 3.člena.¹⁰⁵

¹⁰⁴ Poročilo CPT o obisku v Estoniji (Vakla Social Welfare House), 1997, CPT (97) 61, neobjavljeno, odstavek 164.

¹⁰⁵ http://www.google.si/search?hl=sl&source=hp&q=u%C4%8Dni+material+za+odvetnike+in+NVO&meta=&aq=f&aqi=&aql=&oq=&gs_rfai=, 1.4.2010.

8.2 ESČP, CPT in 3. člen EKČP

V preteklosti je bilo sicer malo primerov glede 3. člena EKČP v zvezi z nepravilnostmi v psihiatričnih ustanovah. Med njimi je najbolj znan primer Herczegfalvy proti Avstriji¹⁰⁶. Primer, v katerem ESČP ni zavzelo ravno naprednega stališča glede vprašanja fizične prisile. Gospod Herczegfalvy je bil prisilno hranjen in prisiljen jemati nevroleptična zdravila, osamili so ga in z lisicami priklenili na varnostno posteljo za nekaj tednov. Pritožil se je glede ravnanja, ki je bilo po njegovem mnenju nasilno in preveč dolgotrajno in ki v celoti ustreza nehumanemu in ponižujočemu ravnanju, ki je doprineslo k poslabšanju njegovega stanja.

Avstrijska vlada je trdila, da je bilo ravnanje z g. Herczegfalvyjem v bistvu posledica njegovega obnašanja, saj je zavrnil zdravljenje, ki je bilo nujno zaradi poslabšanja njegovega fizičnega in duševnega zdravja. Vlada je razložila, da njegovo »upiranje zdravljenju«, njegova izjemna nasilnost in grožnje z nasiljem ter nasilna dejanja nad bolnišničnim osebjem razložijo, zakaj je osebje uporabilo prisilne ukrepe, med drugim tudi vbizgavanje sedativov in uporabo lisic ter varnostne postelje. Ti ukrepi so bili odobreni s strani skrbnika g. Herczegfalvyja in so bili izključno terapevtskega namena; z njimi so prenehali v trenutku, ko je to dopuščalo pacientovo stanje. Sodišče zato ni ugotovilo kršitve tretjega člena.

Opozoriti je treba na dejstvo, da je ESČP ta primer obravnavalo leta 1992 in da je pacientovo zdravljenje potekalo med 1978 in 1984. Glede na to, da je EKČP »živ instrument«, ni nemogoče, da bi ESČP dandanes prišlo do drugačne ugotovitve.¹⁰⁷

Kljub negativnim ugotovitvam v primeru Herczegfalvy, je ESČP menilo, da je zaradi večje ranljivosti pacientov s problemi duševnega zdravja potrebna večja pazljivost. V nadaljevanju je zapisalo, da v primeru, ko zdravstveni strokovnjaki neko mero definirajo kot »terapevtsko nujnost«, ESČP večinoma ne bo ugotovilo kršitve 3. člena. Kljub temu pa mora biti sodišču zadovoljivo prikazano, da je zdravstvena nujnost dejansko obstajala. Z drugimi besedami, medicinsko mnenje se lahko spodbija in ESČP si pridržuje pravico, da oblikuje svoje lastno mnenje.¹⁰⁸

¹⁰⁶ Številka primera: 10533/83, (1993), 15 EHRR 437 (odstavek 91).

¹⁰⁷ http://www.google.si/search?hl=sl&source=hp&q=u%C4%8Dni+material+za+odvetnike+in+NVO&meta=&aq=f&aql=&aql=&oq=&gs_rfai=, 1.4.2010.

¹⁰⁸ http://www.google.si/search?hl=sl&source=hp&q=u%C4%8Dni+material+za+odvetnike+in+NVO&meta=&aq=f&aql=&aql=&oq=&gs_rfai=, 1.4.2010.

V pomembnem primeru Keenan proti Veliki Britaniji¹⁰⁹ je sodišče ugotovilo, da mora ob ugotavljanju ali ravnanje oziroma kaznovanje oseb z duševnimi motnjami krši standarde 3.člena, ESČP upoštevati ranljivost osebe in v nekaterih primerih njeno nezmožnost, da bi se koherentno ali sploh kakor koli pritožila za posledice določenega ravnanja. Marku Keenanu so postavili diagnozo shizofrenije, samomorilnih občutkov in depresije. Med služenjem 4 mesečne kazni so ga zaprli v samico v kazenskem bloku brez možnosti do ustreznega zdravstvenega nadzora. Keenan se je obesil in umrl. Ugotovljene so bile kršitve 3.člena zaradi pomanjkljivega nadzora in neustrezne psihiatrične ocenitve in zdravljenja v zaporu, poleg tega pa tudi zaradi prisilne 7-dnevne osamitve, ki je morda ogrozila Keenanov moralni upor in za katero je ESČP spoznalo, da ni bila v skladu s standardi zdravljenja osebe z duševnimi motnjami. Primer je pomemben, saj je iz njega razvidna tudi vloga MDAC.¹¹⁰

Pomembno je, da je ESČP v primeru Keenan ugotovilo, da je lahko zdravljenje osebe z duševnimi motnjami nekompatibilno s standardi, ki jih zahteva 3. člen za zaščito osnovnega človeškega dostojanstva, četudi oseba sama morda ni sposobna ali zmožna pokazati specifičnih slabih učinkov.

8. člen evropske konvencije o človekovih pravicah

Osmi člen EKČP pravi:

»Vsakdo ima pravico do spoštovanja svojega zasebnega in domačega življenja, svojega doma in svoje korespondence«.

Javne avtoritete ne bodo ovirale teh pravic, razen v primeru, da je to v skladu z zakonom in v demokratični družbi nujno za ohranjanje državnih interesov, javne varnosti in ekonomske dobrobiti države, za preprečevanje nemirov ali kriminala, za zaščito zdravja in morale ali za zaščito pravic in svoboščin ostalih. Osmi člen ščiti posameznike pred poljubnim poseganjem države. Država ima lahko pozitivno dolžnost, da zagotovi spoštovanje družinskega življenja. Ločnice med tretjim in osmim členom včasih niso jasne. Primer, ki se ga obravnava v okviru osmega člena, je lahko tudi povod za obravnavo vprašanj, ki zadevajo 3. člen. Gotovo je, da je

¹⁰⁹ Številka primera: 27229/95, (2001) 33 EHRR.

¹¹⁰ http://www.google.si/search?hl=sl&source=hp&q=u%C4%8Dni+material+za+odvetnike+in+NVO&meta=&aq=f&aql=&oq=&gs_rfai=, 1.4.2010.

v preteklosti ESČP ugotovilo kršitev 3. člena in se mu nato ni zdelo nujno ugotavljati ali so ista dejanja kršila tudi 8. člen.¹¹¹

Zasebno življenje

V primeru Botta proti Italiji¹¹² je ESČP definiralo koncept zasebnega življenja, ki vključuje »fizično in psihološko integriteto osebe; določilo osmega člena je predvsem namenjeno zagotovitvi razvoja, brez zunanega poseganja, osebnosti vsakega posameznika v njegovih odnosih z ostalimi ljudmi.«

Sodišče je menilo, da mora »spoštovanje zasebnega življenja vsebovati tudi določeno stopnjo pravice do ustvarjanja in razvijanja odnosov z ostalimi ljudmi.«¹¹³ Pravica do zasebnega življenja vključuje tudi pravico ne biti pod nepotrebnim nadzorom državnih oblasti.¹¹⁴

Skladnost posega z zakonom

Kakršno koli poseganje mora biti po 8. členu »v skladu z zakonom«, tako da ljudje niso podvrženi poljubnim dejanjem države. Omejitev pravice do zasebnosti mora biti upravičena z domačimi zakoni, zakoni pa morajo biti dovolj jasni, da se lahko po njih ravnaajo državljani.

V primeru Herczegfalvy proti Avstriji je ESČP komentiralo uveljavljeno prakso mentalnih ustanov, ki regulirajo pacientovo korespondenco tako, da jo najprej pošljejo skrbniku, ki potem izbere tista pisma, ki naj se jih posreduje originalnim naslovnikom. Gospod Herczegfalvy se je zaradi tega pritožil.

ESČP je menilo, da gre za nejasno formulirana določila, ki ne specifikirajo obsega ali razmer, v katerih je možno izvajati pravico do odločanja, ki so bila izvor ukrepov, ki so predmet pritožbe. Vendar pa se zdi specifikacija toliko bolj potrebna na področju pripora v mentalnih ustanovah, saj so osebe pogosto prepuščene na milost ali nemilost zdravniškim oblastem, tako da je njihova korespondenca edini stik z zunanjim svetom.¹¹⁵

¹¹¹ http://www.google.si/search?hl=sl&source=hp&q=u%C4%8Dni+material+za+odvetnike+in+NVO&meta=&q=f&aql=&aql=&oq=&gs_rfai=, 1.4.2010.

¹¹² Številka primera: 153/1996/772/973, (1998) 26 EHRR 241.

¹¹³ Niemietz proti Nemčiji, številka primera: 13710/88 (1992) 16 EHRR 97 (odstavek 29).

¹¹⁴ http://www.google.si/search?hl=sl&source=hp&q=u%C4%8Dni+material+za+odvetnike+in+NVO&meta=&q=f&aql=&aql=&oq=&gs_rfai=, 1.4.2010.

Zakoniti namen posega

Kakršen koli poseg v zasebnost mora vlada upravičiti glede na eno izmed kategorij, ki so našteje v 8. členu: v interesu državne varnosti, javne varnosti ali ekonomske dobrobiti države, za preprečevanje nemirov in kriminala, za zaščito zdravja in morale, ali za zaščito pravic in svoboščin ostalih.¹¹⁶

Nujnost ukrepa

Poseganje mora biti opravljeno z zakonitim namenom in mu tudi proporcionalno ustrezati. Obstajati mora »nujna družbena potreba.«¹¹⁷ Sodišče je precej svobodno pri interpretaciji potreb demokratične družbe in poudarja, da sodijo med znamenja demokratične družbe širokomiselnost, toleranca in pluralizem.¹¹⁸

Proporcionalnost

ESČP bo ugotovilo obseg, v katerem so razlogi, ki jih država navede kot opravičilo poseganja, ustrezni in zadovoljujoči. ESČP bo proučilo naravo in stopnjo posega v posameznikove pravice: večji kot je poseg v posameznikove pravice, večja je potreba po opravičilu posega.¹¹⁹

Meja presoje

ESČP državi dopušča nekaj fleksibilnosti v presojanju, ali je poseg upravičen – to je »meja presoje«. Meja presoje, ki jo dopušča ESČP, se razlikuje od primera do primera in je odvisna od narave dejanja in podanih razlogov in potreb po njenem omejevanju.¹²⁰

¹¹⁵http://www.google.si/search?hl=sl&source=hp&q=u%C4%8Dni+material+za+odvetnike+in+NVO&meta=&q=f&aqi=&aql=&oq=&gs_rfai=, 1.4.2010.

¹¹⁶http://www.google.si/search?hl=sl&source=hp&q=u%C4%8Dni+material+za+odvetnike+in+NVO&meta=&q=f&aqi=&aql=&oq=&gs_rfai=, 1.4.2010.

¹¹⁷ Dudgeon proti Veliki Britaniji, številka primera: 7525/76, (1981) 4 EHRR 149 (odstavek 51).

¹¹⁸http://www.google.si/search?hl=sl&source=hp&q=u%C4%8Dni+material+za+odvetnike+in+NVO&meta=&q=f&aqi=&aql=&oq=&gs_rfai=, 1.4.2010.

¹¹⁹http://www.google.si/search?hl=sl&source=hp&q=u%C4%8Dni+material+za+odvetnike+in+NVO&meta=&q=f&aqi=&aql=&oq=&gs_rfai=, 1.4.2010.

¹²⁰http://www.google.si/search?hl=sl&source=hp&q=u%C4%8Dni+material+za+odvetnike+in+NVO&meta=&q=f&aqi=&aql=&oq=&gs_rfai=, 1.4.2010.

Zdravljenje

Kakršen koli poseg v posameznikovo telo je poseg v zasebno življenje. Vendar pa je tak poseg lahko upravičen v primeru, če gre za zdravljenje, ki »ščiti zdravje« po 8. členu. ESČP je poudarilo potrebo po izjemni pazljivosti pri ocenjevanju potrebe po zdravstveni obravnavi.¹²¹ ESČP je prav tako izjavilo: »Duševno zdravje je bistven del zasebnega življenja in je povezano z aspektom moralne integritete.«¹²²

Skupno umivanje

V mnogih državah so se osebe z duševnimi motnjami in motnjami razvoja prisiljene umivati gole v velikih skupinah, s skupnim milom, krtačami in brisačami. Ta praksa ni samo ponižujoča in sramotilna, ampak lahko tudi vodi v razvoj bolezni in vnetij.¹²³

Telesna dejavnost

Omejitev pravice do redne telesne vadbe povzroča mednarodno zaskrbljenost. Med obiskom na Hrvaškem je CPT npr., opazila, da so »pacientom omogočili vsaj eno uro telesne vadbe na dan, odvisno od vremena; vendar pa je bilo obstoječe dvorišče – majhno in površinsko slabo prekrito – popolnoma neustrezno.«¹²⁴ V mnogih mentalnih ustanovah osebam kronično primanjkuje možnosti za telesno dejavnost ali gibanje zunaj zaprtih prostorov.¹²⁵

Osebni predmeti

Mnoge mentalne ustanove ne poznajo osebnih predmetov ali okrasja. Pohištvo je pogosto povsem bazičnega standarda¹²⁶ (postelje in občasno kaka omarica na ključavnico). Oblačila za paciente so (v najslabšem primeru) stara, celo stare uniforme vojske in so pogosto skupna. CPT je predlagal, da se pacientom čez dan dovoli nositi lastna oblačila ali da se jim da ustrezna, individualna oblačila.¹²⁷

¹²¹ Bensaid proti Veliki Britaniji, številka primera: 44599/98 (2001).

¹²² http://www.google.si/search?hl=sl&source=hp&q=u%C4%8Dni+material+za+odvetnike+in+NVO&meta=&aq=f&aqi=&aql=&oq=&gs_rfai=, 1.4.2010.

¹²³ http://www.google.si/search?hl=sl&source=hp&q=u%C4%8Dni+material+za+odvetnike+in+NVO&meta=&aq=f&aqi=&aql=&oq=&gs_rfai=, 1.4.2010.

¹²⁴ Poročilo CPT o Hrvaški, 1998, CPT (99) 1, odstavek 161.

¹²⁵ http://www.google.si/search?hl=sl&source=hp&q=u%C4%8Dni+material+za+odvetnike+in+NVO&meta=&aq=f&aqi=&aql=&oq=&gs_rfai=, 1.4.2010.

¹²⁶ Poročilo CPT o obisku v bivši jugoslovanski Republiki Makedoniji, 1998, odstavek 92.

¹²⁷ http://www.google.si/search?hl=sl&source=hp&q=u%C4%8Dni+material+za+odvetnike+in+NVO&meta=&aq=f&aqi=&aql=&oq=&gs_rfai=, 1.4.2010.

Da je mogoče tudi drugače in da se veliko dela na izboljšanju življenjskih pogojev in pogojev zdravljenja ljudi s težavami v duševnosti, dokazuje prav Slovenija. Eden najbolj znanih zavodov za institucionalno varstvo pri nas, Hrastovec –Trate, ki opravlja institucionalno varstvo za odrasle osebe z zmerno, težjo in težko motnjo v duševnem razvoju in osebe z duševnimi boleznimi, s katero se upravičencem nadomeščajo ali dopolnjujejo funkcije doma in lastne družine, zlasti pa bivanje, organizirana prehrana in socialno ter zdravstveno varstvo. Je primer institucije, ki se skozi leta trudi razbiti mit o »norišnici« in stereotipnem bivanju norcev. Zavod ima dolgo tradicijo in obilo izkušenj, ki jih je pridobil skozi leta delovanja. Ustanovljen je bil leta 1948 in od takrat do danes je prišlo do velikih sprememb, tako znotraj kot zunaj same stavbe, še bolj pa v mentaliteti in dojemanju svojega dela s strani delavcev in vodstva zavoda. Zavod skrbi za dobro počutje bolnikov in osebja s prijetnimi prostori in bivalnimi sobami, s številnimi socialnimi pa tudi kulturnimi programi, s sproščenim vzdušjem in srčnostjo, ki je zlasti pri osebah, ki so še bolj senzibilne, zelo pomembna. Zavod je s svojo inovativnostjo do zdaj našel veliko humanih in prijetnejših rešitev namestitve, tako je npr. bila uvedena »Ribiška hišica« za namestitev parov. Opustitev medicinskega modela zdravljenja je viden tudi v ustanovitvi bivalne enote »Skalca«, kjer so osebe z motnjami v duševnem razvoju, zaživele ločeno od oseb z duševnimi težavami. Izvaja se tudi nameščanje bolnikov v nadomestne družine. Zavod se nasploh odpira svetu, kar je zelo pomembno, saj omogoča modernejši pristop, ki je v skladu z duhom časa, hkrati pa pomeni pomemben korak k večjemu razumevanju in sprejemljivosti tovrstne problematike. Mogoče je zaslediti nove metode zdravljenja, ki prinašajo dobre rezultate in so za svojce, zlasti pa bolnike in osebje veliko manj stresne in škodljive. Veliko terapij se izvaja s pomočjo glasbe in barv, pogoste pa so tudi terapije, kjer lahko stanovalci preko ustvarjanja izražajo svoje občutke in sami kreirajo. Pomembna je zlasti delovna terapija, kjer bolniki lahko služijo lasten denar in se jim na tak način nudi možnost izraziti njihove življenjske potrebe in želje. Zavod se uspešno spopada s problemom stigme in socialne izolacije, klasični, institucionalni način dela, ki je znan za medicinski model obravnave, pa konvertira v način delovanja, ki želi interakcijo z družbo. Takšna miselnost se konkretno vidi tudi na dejstvu, da je zavod dokončno zaprl enoto na Tratah in stanovalcem omogočil humanejše, izvenzavodske oblike bivanja, kot bivalne enote, hiše, nadomestne družine, bivanje na kmetiji, ...Vse skupaj omogoča dvig življenjske kvalitete stanovalcev, svojcev pa tudi delavcev v zavodu in ima veliko vlogo pri integriranju vseh vpletenih v ožjo in širšo družbeno skupnost.¹²⁸

¹²⁸ http://www.hrastovec.org/fileadmin/user_upload/dokumenti/Strokovna_knjiznica/Ocepek_Julija_-_Mo_nosti_pla_anega_dela_stanovalcev_v_Zavodu_Hrastovec_-_Trate.pdf, 3.6.2010.

Peti člen evropske konvencije o človekovih pravicah

5. člen EKČP, vsaj tisti del, ki se nanaša na duševno zdravje, pravi:

5(1) Vsak ima pravico do svobode in osebne varnosti. Nikomur ne bo odvzeta svoboda, razen v naslednjih primerih in v skladu s postopki, ki jih predpisuje zakon:

- a) zakonito pridržanje osebe po obsodbi kompetentnega ESČP;
- b) zakonita aretacija ali pridržanje osebe z namenom privedi jo pred ustrezno sodno oblast na podlagi utemeljenega suma kaznivega dejanja ali če se utemelji, da bi oseba kaznivo dejanje izvedla oziroma pobegnila po že storjenem dejanju;
- c) zakonita aretacija ali pridržanje zaradi neupoštevanja zakonitega ukaza ESČP ali z namenom, da se zagotovi izpolnitev katerekoli dolžnosti, ki jo nalaga zakon;
- d) ...
- e) zakonito pridržanje oseb z namenom preprečevanja širjenja kužnih bolezni, mentalno bolnih oseb, alkoholikov, zasvojenцев z drogami ali klatežev;
- f)
- g) ...

5 (2) Vsakega posameznika, ki ga aretirajo, nemudoma obvestijo v jeziku, ki ga razume, o razlogih za aretacijo in obstoju kakršnih koli obtožb proti njemu.

5(3)...

5(4) Kdor koli, ki mu je bila odvzeta svoboda, bodisi z aretacijo ali s priporom, ima pravico do hitrega sodnega postopka, ki ugotovi zakonitost njegovega pridržanja in ukaže njegov izpust v primeru, da je pripor nezakonit.

5(5) Kdor koli je bil žrtev aretacije ali pripora, ki krši določbe tega člena, lahko uveljavlja pravico do odškodnine.

Priznanje in pripor

V primeru Winterwerp proti Nizozemski,¹²⁹ prvemu primeru duševnega zdravja, ki ga je obravnavalo sodišče, so bile postavljene tri relativno lahke zahteve za zakonit pripor umsko bolne osebe, ki so zapisane v sledečem odstavku razsodbe:¹³⁰

»Po mnenju Sodišča se posamezniku ne sme odvzeti prostosti, razen in v izjemnih primerih, če je bilo dokazano, da je »umsko bolan«. Že sama narava ocene, ki jo mora ugotoviti ustrezna državna avtoriteta – se pravi, resnično duševno motnjo – zahteva objektivno zdravstveno ekspertizo. Prav tako mora biti narava in stopnja duševne motnje taka, da upraviči prisilen pripor. Se več, legitimnost kontinuiranega pripora je odvisna od trajanja motnje.«

V primeru Varbanov proti Bolgariji¹³¹ je o tožnikovem priporu odločil tožilec brez ustreznega medicinskega mnenja. Sodišče je poudarilo, da je potrebno medicinsko mnenje in da mora biti ocena posameznika utemeljena na trenutnem duševnem stanju in ne na podlagi preteklih dogodkov.

Zahteva naj bo pripor izpeljan »v skladu s postopki, ki jih predpisuje zakon«, je bila v primeru Winterwerp razložena:¹³²

»Sodišče meni, da se besedna zveza »v skladu s postopki, ki jih predpisuje zakon« nanaša na domače zakone; pomeni, da se zahteva usklajenost z relevantnimi postopki, ki jih predpisuje ta zakon.«

Vendar pa mora biti domač zakon sam usklajen s EKČP in tudi s temeljnimi načeli, ki so v njej izražena ali implicitno prisotna. Besedna zveza kaže na idejo pravičnega in ustreznega

¹²⁹ Številka primera: 6301/73, (1979) 2 EHRR 387.

¹³⁰ http://www.google.si/search?hl=sl&source=hp&q=u%C4%8Dni+material+za+odvetnike+in+NVO&meta=&aq=f&aqi=&aql=&oq=&gs_rfai=, 1.4.2010.

¹³¹ Primer številka: 31365/96, (2000).

¹³² http://www.google.si/search?hl=sl&source=hp&q=u%C4%8Dni+material+za+odvetnike+in+NVO&meta=&aq=f&aqi=&aql=&oq=&gs_rfai=, 1.4.2010.

postopka, tj. da mora biti vsak ukrep, ki osebi odvzame prostost predpisan in izpeljan s strani ustrezne avtoritete in da ne sme biti poljuben.¹³³

To pomeni, da mora biti postopek kodificiran. V primeru Kawka proti Poljski¹³⁴ je ESČP poudarilo, da je:

»v primeru odvzema prostosti še posebej pomembno, da se ugotovi temeljnemu načelu pravne gotovosti. Zato je nujno, da domača zakonodaja jasno definira razmere, v katerih je upravičen odvzem prostosti in da je sam zakon predvidljiv v svoji aplikaciji, tako da ugotovi standardom o zakonitosti, ki jih določa Konvencija, standardom, ki zahtevajo, da je zakon dovolj natančen, da omogoči osebi do razumne mere predvideti – in se po potrebi ustrezno posvetovati – posledice določenega dejanja.«

ESČP ima določeno svobodo, ko se odloča, kaj konstituira umsko bolezen. Sodišče v primeru Winterwerp ni bilo pripravljeno izreči o osnovi medicinske definicije, ker:

»imajo ob odločanju, ali naj bo oseba pridržana kot oseba, ki je umsko bolna, državne oblasti določeno svobodo, saj je najprej naloga državnih oblasti, da ocenijo dokaze v posameznem primeru...«¹³⁵

5. člen EKČP ne govori o pravici do zdravljenja¹³⁶ ne pravici do ustrezne bolniške nege.¹³⁷ Vendar je v primeru, da je prostost odvzeta »umsko bolni« osebi, pripor zakonit po členu

¹³³ http://www.google.si/search?hl=sl&source=hp&q=u%C4%8Dni+material+za+odvetnike+in+NVO&meta=&aq=f&aqi=&aql=&oq=&gs_rfai=, 1.4.2010.

¹³⁴ Številka primera: 25874/94 (2001).

¹³⁵ http://www.google.si/search?hl=sl&source=hp&q=u%C4%8Dni+material+za+odvetnike+in+NVO&meta=&aq=f&aqi=&aql=&oq=&gs_rfai=, 1.4.2010.

¹³⁶ Glej Winterwerp proti Nizozemski, odstavek 51.

¹³⁷ Ashingdane proti Veliki Britaniji, številka primera: 8225/78 (1985) 7 EHRR 528.

5(1)(e) le če je posameznik priprt v bolnišnici, kliniki ali drugih ustreznih terapevtskih ustanovah.¹³⁸ Zapor ni primerna ustanova za civilni psihiatrični pripor.¹³⁹

Pacientova pravica pristopa k sodišču

Pacientova pravica, pod členom 5(4) EKČP, po kateri je pravnomočnost njegovega pripora odločena po hitrem postopku preko sodišča, je najbolj daljnosežna. Ta člen lahko zadovoljimo na enega izmed dveh načinov: ali s tem, da pacient sam izbira, kdaj bo pristopil k sodišču ali z avtomatičnim periodičnim pregledom pravnega značaja. Vsebine, ki se jih je sodišče dotaknilo vključujejo moč, ki jo nadzorno sodišče mora imeti in njegov pravni značaj, potrebno frekvenco periodnega pregleda, hitrost, ki je potrebna in pravno zastopanje.¹⁴⁰

Procesna zagotovila, pridržanje in pristojnost sodišča

Evropsko sodišče za človekove pravice je v primeru Winterwerp proti Nizozemski postavilo bistvene zahteve sodnega zaslišanja v skladu s členom 5(4) EKČP:

»Sodnemu postopanju, ki je vključeno pod člen 5(4) ne pripadajo nujno ista procesna zagotovila, ki so zahtevana v členu 6(1) za civilne in kazenske pravdne postopke. Kljub vsemu je bistvenega pomena, da se obravnavani osebi zagotovi dostop do sodišča in pravica do besede, bodisi osebno ali preko kakšne oblike zastopanja. Neupoštevanje tega bi pomenilo neupoštevanje temeljnih procesnih zagotovil v uporabljenem postopku v primeru kratenja svobode. Duševna bolezen lahko vodi do omejevanja ali spremembe izvrševanja narave te pravice, toda ne more upravičiti posega v samo bistvo pravice. V resnici posebna procesna varovala lahko delujejo kot zaščita interesov oseb, ki zaradi svojih mentalnih motenj, niso v polnosti sposobne delovati same za sebe.«¹⁴¹

ESČP je torej v zadevi Winterwerp proti Nizozemski postavilo tri temeljne zahteve, ki morajo biti izpolnjene za zakonito pridržanje duševnih bolnikov. Po stališču sodišča je prisilno pridržanje duševno bolnih oseb dopustno le, če je pri osebi na podlagi objektivnih

¹³⁸ Aerts proti Belgiji, številka primera: 61/1997/845/1051 (1998) 29 EHRR 50.

¹³⁹ http://www.google.si/search?hl=sl&source=hp&q=u%C4%8Dni+material+za+odvetnike+in+NVO&meta=&aq=f&aqi=&aql=&oq=&gs_rfai=, 1.4.2010.

¹⁴⁰ http://www.google.si/search?hl=sl&source=hp&q=u%C4%8Dni+material+za+odvetnike+in+NVO&meta=&aq=f&aqi=&aql=&oq=&gs_rfai=, 1.4.2010.

¹⁴¹ http://www.google.si/search?hl=sl&source=hp&q=u%C4%8Dni+material+za+odvetnike+in+NVO&meta=&aq=f&aqi=&aql=&oq=&gs_rfai=, 1.4.2010.

zdravstvenih standardov izkazana duševna motnja (»mental disorder«) in če zaradi narave oziroma stopnje duševne motnje bolnik predstavlja resno nevarnost za druge ali zase. Tretja zahteva se nanaša na trajanje pridržanja. Pridržanje lahko traja le toliko časa, kot traja duševna motnja, ki ga upravičuje. ESČP poudarja, da mora biti psihiatrično pridržanje medicinsko indicirano. Vendar pa dopušča, da se v nujnih primerih duševnega bolnika prisilno pridrži tudi brez predhodnega izčrpnega zdravstvenega pregleda. Poleg obstoja duševne bolezni pa mora biti vedno izkazana tudi resna nevarnost, ki jo bolnik predstavlja drugim ali sebi.¹⁴²

V primeru X proti Veliki Britaniji je ESČP, razširjujoč svoje prejšnje zakone, razložila mnenje v tem kontekstu:

»Ni v pristojnosti sodišča, da razišče kaj bi bil najboljši ali najbolj primeren način sodnega odločanja v tem kontekstu, saj imajo pogodbene stranke svobodo odločanja kar se tiče metod izpolnjevanja obveznosti. Torej, v členu 5(4) se pojem sodišče ne nanaša nujno na klasično sodišče, integrirano znotraj standardnega sodnega sistema v državi. Ta termin, ko je uporabljen v skladu s številnimi členi konvencije (vključno 5(4)), služi označevanju teles, ki nimajo le temeljnih značilnosti sodišča, od katerih sta najpomembnejši neodvisnost od izvršilne oblasti in udeleženih strank, temveč tudi zagotovila sodnega postopka (ustrezna vrsti kratenja svobode o kateri je govora) katerih oblika se lahko spreminja od področja do področja.«¹⁴³

Sodna presoja (kakor je določena):

»Mora biti dovolj široka, da zdrži pogoje, ki so glede na konvencijo bistvenega pomena za zakonit pripor osebe na temeljih nerazsodnosti uma, zlasti zato, ker prvotni razlogi za pripor lahko prenehajo obstajati. To pomeni, da člen 5(4) zahteva ustrezne postopke, ki sodišču omogočijo preučiti ali pacientova motnja še vedno obstaja oziroma je, da je bila dotična

¹⁴² <http://www.rajnazemlji.net/pravnividikipsihiatrije>, 5.4.2010.

¹⁴³ http://www.google.si/search?hl=sl&source=hp&q=u%C4%8Dni+material+za+odvetnike+in+NVO&meta=&aq=f&aql=&aql=&oq=&gs_rfai=, 1.4.2010.

ustanova upravičena do mnenja, da je podaljšanje obveznega pripora bilo potrebno in v interesu javne varnosti.»¹⁴⁴

ESČP je ravno tako bilo mnenja, da mora sodni proces omogočiti odvetniku dostop do informacij, ki obstajajo o klientu. V primeru Nikolova proti Bolgarija¹⁴⁵ je sodišče menilo, da:

»Sodišče, ki raziskuje pritožbo zoper pripor, mora priskrbeti garancije sodnega postopka. Postopek mora vedno omogočati enakopravnost med strankama, tožilca in priprte osebe.... Enakopravnost ni zagotovljena, če zastopniku ni omogočen dostop do tistih dokumentov v dosjeju preiskave, ki so temeljnega pomena za učinkovito izzivanje zakonitosti klientovega pripora...«¹⁴⁶

V primeru Rakevich proti Rusiji¹⁴⁷ je ESČP razsodilo, da je upoštevanja vreden primer, ki se nanaša na praktične izzive pri zaslišanju v povezavi s členom 5(4) EKČP in duševnimi motnjami, v katerem je pacientu odvzeta pravica do zastopnika glede na informacije, ki obstajajo o pacientu, vključno s tistimi, na podlagi katerih je bila prvotna odločitev o zadržanju pacienta sprejeta.¹⁴⁸

V nadaljnjem primeru je ESČP upoštevalo odločitve treh sukcesivnih razsodb sodnega dvora na področju duševnega zdravja, namreč, da bi moral biti pacient, ki ne trpi več zaradi duševne bolezni, odpuščen pod pogojem, da stanuje v domu z osebjem. Sodni dvor ni imel pristojnosti, da ta pogoj zagotovi in tako se je njegov pripor nadaljeval. ESČP je odkrilo razpoko v členu 5(1)(e) in kršitev člena 5(4) EKČP.¹⁴⁹

¹⁴⁴http://www.google.si/search?hl=sl&source=hp&q=u%C4%8Dni+material+za+odvetnike+in+NVO&meta=&q=f&aqi=&aql=&oq=&gs_rfai=, 1.4.2010.

¹⁴⁵ Številka primera: 31195/96 (2001).

¹⁴⁶http://www.google.si/search?hl=sl&source=hp&q=u%C4%8Dni+material+za+odvetnike+in+NVO&meta=&q=f&aqi=&aql=&oq=&gs_rfai=, 1.4.2010.

¹⁴⁷ Številka primera: 58973/00 (2003).

¹⁴⁸http://www.google.si/search?hl=sl&source=hp&q=u%C4%8Dni+material+za+odvetnike+in+NVO&meta=&q=f&aqi=&aql=&oq=&gs_rfai=, 1.4.2010.

¹⁴⁹http://www.google.si/search?hl=sl&source=hp&q=u%C4%8Dni+material+za+odvetnike+in+NVO&meta=&q=f&aqi=&aql=&oq=&gs_rfai=, 1.4.2010.

Če torej povzamemo vsebino 5. člena EKČP, je mogoče strniti naslednje določbe v zvezi s postopkom hospitalizacije brez privolitve bolnika:

1. Prisilna hospitalizacija v psihiatrični bolnišnici zahteva kodificiran zakon o mentalnem zdravju.
2. Pred prisilno hospitalizacijo mora biti izveden zdravniški pregled, ki realno prikaže psihično motnjo.
3. Psihična motnja mora biti dovolj resna (vrsta ali stopnja), da upravičuje prisilno hospitalizacijo.
4. Bolnik, ki je prisilno hospitaliziran, bi moral biti v principu hospitaliziran le toliko časa, dokler je njegova motnja takšne stopnje. Vendar ni nujno, da je pacient brezpogojno odpuščen takoj, ko se mu stanje izboljša. Sodišče lahko določi, da se čas hospitalizacije podaljša, dokler niso izvedeni ukrepi za nadaljno skrb za bolnika (npr. zagotovitev stanovanja).
5. Bolniku, ki je prisilno hospitaliziran, je potrebno takoj navesti razloge za hospitalizacijo v jeziku, ki ga razume.
6. Po prisilni hospitalizaciji mora dobiti bolnik priložnost, da pri sodišču preveri zakonitost hospitalizacije. To je lahko:
 - a) zagotovi se mu avtomatski nadzor zakonitosti hospitalizacije v času, ki ga izbere pacient.
 - b) pacientu se omogoči, da poda zahtevo za preverbo zakonitosti v času, ki ga določi sam.
7. Bolnik mora imeti priložnost za preverjanje zakonitosti hospitalizacije in to najmanj 1x letno.
8. Pacientu, ki prvič zahteva preverjanje zakonitosti hospitalizacije, mora biti omogočeno, da dobi pismeno odločbo sodišča, z navedenimi razlogi za zakonitost hospitalizacije. Odločbo mora dobiti prej kot v 8 tednih, zaželeno je, da se to zgodi v 4 tednih.

9. Za vse naslednje preverbe zakonitosti mora dobiti odločbo prej, kot v 4 mesecih, po možnosti v 2 mesecih.
10. Bolniku mora biti omogočeno pravno zagovorništvo, kadar je to potrebno.
11. Pacient mora imeti priložnost, da pove svoje mnenje, bodisi osebno, ali preko zagovornika.
12. Pacientov zagovornik mora imeti dostop do podatkov o pacientu, ki jih hrani bolnišnica.
13. Sodišče mora imeti moč, da odloča o bistvenih zadevah v zvezi s prisilno hospitalizacijo, vključno s sposobnostjo, da ugotovi ali ima bolnik še motnje v obsegu, ki jo upravičuje. Sodišče mora imeti moč, da doseže odpust pacienta, če hospitalizacija ni več upravičena.
14. Če se sodišče odloči za odpust, izda sodni nalog, v katerem se postavlja pogoj, da je za pacienta po odpustu urejena skrb. Sodišče mora biti sposobno uveljaviti to zahtevo, da se odpust ne odlaga predolgo.
15. Vsak, ki je postal žrtev kršitve 5. člena EKČP mora imeti zakonsko pravico, da pred sodiščem svoje države uveljavi pravico do odškodnine.¹⁵⁰

¹⁵⁰http://www.google.si/search?hl=sl&source=hp&q=u%C4%8Dni+material+za+odvetnike+in+NVO&meta=&aq=f&aqi=&aql=&oq=&gs_rfai=, 1.4.2010.

9 VARSTVO DUŠEVNEGA ZDRAVJA V SLOVENIJI

Na duševno zdravje se je pri nas dolga leta gledalo predvsem kot na bolezen, poudarjeni so bili le negativni vidiki, na ljudi s težavami pa kot na nore, obsedene in nevredne normalnega življenja. Danes, ko vemo, da lahko za duševno boleznijo zboli vsak, je naš pogled malo manj izključujoč in diskriminatoren. Še vedno pa v praksi težko sprejmemo, da je človek z duševno boleznijo lahko drugačen, ranljivejši, manj učinkovit, a z enakimi pravicami kot vsi ostali. Težko nam je sprejeti, da je vsak človek edinstven, enkraten, da ima pravico do svojega pogleda, do svoje realnosti in tudi do enakopravnega sodelovanja v procesih zdravljenja.¹⁵¹

V Sloveniji do zdaj nismo poznali predpisa, ki bi natančneje urejal in določal področje problematike duševnega zdravja. Do zdaj je bilo to področje urejeno s strani Zakona o zdravstveni dejavnosti¹⁵²(ZZDej) in Zakona o nepravdnem postopku¹⁵³(ZNP). Po dolgoletnih prizadevanjih je bil junija 2008 sprejet ZDZdr, s čimer smo Slovenci dobili prvi nacionalni dokument s področja duševnega zdravja. Ne glede na različne odzive, ki jih je bil ZDZdr deležen, se je s tem pomembnim dejanjem Slovenija uvrstila med tiste države (zraven Anglije, Walesa in drugih), ki že imajo to področje ustrezno zakonsko urejeno. Tako smo dobili tudi podlago za nacionalni program varovanja duševnega zdravja, ki ga je bilo treba pripraviti do konca julija 2009.¹⁵⁴

¹⁵¹ Helena Jeriček Klanšček, Maja Zorko, Maja Bajt, Saška Roškar, Duševno zdravje v Sloveniji, Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije, Ljubljana 2009, str.3.

¹⁵² Ur.l. RS, št. 23/2005, 2005.

¹⁵³ Ur.l. SRS, št. 30/1986 (20/1988 popr.).

¹⁵⁴ Helena Jeriček Klanšček, Maja Zorko, Maja Bajt, Saška Roškar, Duševno zdravje v Sloveniji, Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije, Ljubljana 2009, str.3.

10 SLOVENSKA ZAKONODAJA NA PODROČJU DUŠEVNEGA ZDRAVJA

Z Ustavo zagotovljene človekove pravice in temeljne svoboščine niso neomejene. Ustava predvideva možnost omejitve pravice do osebne svobode s tem, ko dopušča, da zakon določi primere in postopek, v katerih je mogoče človeku odvzeti prostost (drugi odstavek 19. člena Ustave). V zvezi s pravico do prostovoljnega zdravljenja Ustava dopušča, da zakon določi izjeme od načela prostovoljnosti zdravljenja (tretji odstavek 51. člena Ustave) 51. člen Ustave določa, da ima vsakdo pravico do zdravstvenega varstva, pod pogoji, ki jih določa zakon; da zakon določa pravice do zdravstvenega varstva iz javnih sredstev ter, da **nikogar ni mogoče prisiliti k zdravljenju razen v primerih, ki jih določa zakon**. Določitev 3. odstavka 51. člena Ustave pomeni obrambno pravico, ki predstavlja poseben vidik splošne svobode ravnanja posameznika (iz 35. člena) na področju, ki zadeva njegovo zdravje. Pravica do zdravljenja in prepoved prisilnega zdravljenja sta v bistvu pozitiven in negativen vidik iste pravice, ki sta neločljivo povezana in skupaj tvorita celoto ustavnopravnega varstva posameznika v zvezi z njegovim telesnim in duševnim zdravstvenim stanjem. V zvezi z določbo 3. odstavka 51. člena Ustave je potrebno navesti njeno tesno povezanost na pravico osebnega dostojanstva (34. člen) ter pravico do telesne in duševne integritete in osebnostnih pravic (35. člen). Načelna prepoved prisilnega zdravljenja izhaja iz stališča, da je posameznik subjekt in ne le objekt zdravljenja. Vsakomur je potrebno zagotoviti aktiven položaj v primeru, ko potrebuje zdravstvene storitve, torej je potrebno njegovo soglasje. Nujnost soglasja pacienta, za izvajanje zdravstvene storitve pa vnaprej predpostavlja njegovo ustrezno obveščenost o zdravstvenem stanju, primernih ukrepih in morebitnih posledicah zdravljenja. Iz pravice zavrniti zdravljenje torej nujno izhaja pravica do obveščenosti. Pravica zavrniti zdravljenje pa ni absolutna, ampak Ustava v 3. odstavku 51. člena dopušča izjeme oz. omejitve, določene z zakonom. Z zakonom je torej dopustno določiti primere, ko je zdravljenje mogoče izvajati brez soglasja posameznika ali celo proti njegovi (izraženi) volji. Zdravljenje je potrebno razumeti široko in obsega različne preventivne in kurativne zdravstvene ukrepe. Sem med drugim določba ZDZdr, ki ureja postopek hospitalizacije brez privolitve bolnika, pa tudi splošna določba ZZDej, ki določa, da se lahko nujni medicinski

ukrep opravi tudi brez predhodnega soglasja pacienta, vendar le, če ta zaradi svojega zdravstvenega stanja o tem ne more odločati.¹⁵⁵

Cilj oziroma namen prisilnega pridržanja in zdravljenja v psihiatrični bolnišnici je v odvrnitvi nevarnosti, ki jo bolnik zaradi bolezni povzroča bodisi drugim bodisi sebi, pa tudi v tem, da se odpravijo razlogi, zaradi katerih je bilo pridržanje odrejeno. Vendar ustavno pooblastilo, ki zakonodajalca pooblašča, da določi omejitve pravice do osebne svobode ter izjeme od načela prostovoljnosti zdravljenja, ne pomeni, da lahko zakonodajalec določi te omejitve poljubno. V vsakem primeru zakonskega omejevanja pravice posameznika, da svobodno odloča o svojem zdravljenju in da lahko zdravljenje tudi odkloni, je treba tehtati upravičenost in dopustnost takšnega omejevanja navedene človekove pravice. Tudi pravica odkloniti zdravljenje je omejena s pravicami drugih. Napotilna določba Ustave, po kateri primere omejitev te pravice določa zakon, ne pomeni, da je zakonodajalec popolnoma prost. Vsako omejitev in vsak poseg v pravico do prostovoljnega zdravljenja je treba presoјati po načelu sorazmernosti, ki ga bom navedel kasneje.¹⁵⁶

Eno izmed izhodišč za omejevanje ustavnih pravic je splošno načelo, da so človekove pravice in temeljne svoboščine omejene z enako močnimi pravicami in svoboščinami drugih ljudi (tretji odstavek 15. člena Ustave). Tretji odstavek 15. člena določa pravice drugih, kot dopustno podlago za poseg v človekove pravice. V odločbi OdlUS VI, 58,¹⁵⁷ s katero je z odložnim rokom razveljavilo 150. do 156. člen ZKP, je US izreklo, da je Ustava z določbo 3. odstavka 15. člena postavila meje temeljnim ustavnim pravicam glede na pravice drugih in zaradi varstva prednostnih pravnih dobrin ter se opredelila zoper morebitne zlorabe temeljnih pravic, s katerimi bi bile lahko ogrožene tako pravice posameznika kot varstvo družbe kot celote. To po stališču US v navedeni odločbi pomeni, da se mora posameznik vendarle podrediti tistim omejitvam svoje svobode ravnanja, ki jih določi zakonodajalec zaradi varstva in razvoja sožitja v družbi ob predpostavki, da ostane zagotovljena samostojnost človeka kot posameznika. Pri razlagi in uporabi določbe o »pravicah drugih«, ki upravičuje posege v ustavne človekove pravice, je treba upoštevati tudi stališče US v odločbi OdlUS VII, 56,¹⁵⁸ :

¹⁵⁵ Povzeto po: Arhar France, Bučar France, Šturm Lovro, et.al., Komentar Ustave Republike Slovenije, Fakulteta za podiplomske in državne in Evropske študije, Ljubljana 2002, str. 552.

¹⁵⁶ Povzeto po: Arhar France, Bučar France, Šturm Lovro, et.al., Komentar Ustave Republike Slovenije, Fakulteta za podiplomske in državne in Evropske študije, Ljubljana 2002, str. 552.

¹⁵⁷ U-I-25/95, 8.5.1997.

¹⁵⁸ U-I-158/95, 2.4.1998.

omejitve predstavljajo izjeme od sicer z Ustavo zagotovljene zaščite pravic pred posegi in jih je zato treba ozko razlagati, pri čemer pa je potrebno upoštevati, da že uporaba strogega testa sorazmernosti implicira ozko razlago dopustnosti omejevanja človekovih pravic.¹⁵⁹

V tej načelni omejitvi ustavnih pravic je tudi temelj za hospitalizacijo brez privolitve pacienta, kadar bolnik ogroža življenje drugih oseb ali pa jim povzroča hudo škodo. Drugačna pa je situacija v primeru, kadar je bolnik prisilno pridržan v psihiatrični bolnišnici, ker ogroža svoje življenje ali povzroča hudo škodo sebi. V tovrstnih primerih, ko bolnik zaradi narave bolezni ni sposoben sam sprejeti voljne in zavestne odločitve o zdravljenju, varstvo drugih bolnikovih pravic zahteva, da njegovo odločitev nadomesti država. To je zaradi posebnega ustavnega varstva huje prizadetih oseb (drugi odstavek 52. člena Ustave) država tudi dolžna storiti. Le pod pogojem, da bolnik zaradi duševne bolezni ni sposoben sam sprejeti voljne in zavestne odločitve o zdravljenju in da sta odvzem svobode in prisilno zdravljenje nujno potrebna za zagotovitev varstva ostalih temeljnih človekovih pravic bolnika, je ustavnopravno sprejemljivo, da zakon določi prisilno pridržanje tistih duševnih bolnikov, ki zaradi bolezni ogrožajo sebe. Pri tem mora biti temeljno vodilo domnevana volja bolnika – domneva se, da bi bolnik, če bi bil sam sposoben razsojati, verjetno privolil v takšno zdravljenje.¹⁶⁰

V zvezi s tem je tudi v Sloveniji več primerov iz sodne prakse sodišč, tako je pomemben tudi primer, o katerem je revizijsko sodišče dne 8.7.2004 odločilo, da: »Odločitev za samomor ni nujno vselej posledica duševne bolezni oziroma prizadetosti posameznikove voljne sfere. Prisilne hospitalizacije zato ni mogoče opravičevati s pacientovimi idejami, samomorilskimi težnjami ipd., če želja po samomoru ni posledica duševne bolezni (konec koncev je lahko tudi plod povsem razumske odločitve)«. »Bistvena sestavina izvedenskega mnenja v primerih, ko je prisilna hospitalizacija nujna, ker pacient ogroža svoje življenje, je mnenje izvedenca o tem ali je zaradi duševne bolezni prizadeta bolnikova voljna sfera. Izvedenec mora povedati, ali je bolnikova voljna sfera pod vplivom različnih psihopatoloških doživetij na področju volje, mišljenja, motenj zavesti, čustvovanja. Odklonitev zdravljenja je v takšnih primerih posledica

¹⁵⁹ Povzeto po: Arhar France, Bučar France, Šturm Lovro, et.al., Komentar Ustave Republike Slovenije, Fakulteta za podiplomske in državne in Evropske študije, Ljubljana 2002, str.198-199.

¹⁶⁰ <http://www.rajnazemlji.net/pravnicidikipsihiatrije>, 5.4.2010.

duševne bolezni in s tem povezane nesposobnosti razumevanja lastnega stanja in ne posledica zavestne, razumske odločitve«. ¹⁶¹

Osebi z hudo duševno motnjo se sme brez njene privolitve opraviti poseg z namenom zdravljenja te motnje le, kadar bi opustitev takšnega zdravljenja verjetno znatno škodovala njenemu zdravju, pri tem pa je treba upoštevati varovalne pogoje, ki jih predpisuje zakon, vključno s postopki za nadzor, kontrolo in pritožbo. V nujnih zdravstvenih primerih, kadar ni mogoče dobiti ustrezne privolitve, se smejo brez odlašanja opraviti vsi tisti medicinski posegi, ki so nujno potrebni za zdravljenje prizadete osebe. Pri tem je treba upoštevati voljo posameznika in njegove želje, ki jih je izrazil pred trenutkom, ko je nastopila okoliščina, zaradi katere ni sposoben dati veljavnega soglasja. ¹⁶²

S tovrstno tematiko se ukvarja tudi Zakon o pacientovih pravicah ¹⁶³ (ZPacP), ki v 28. in 29. členu vsebuje določbe o zdravstveni oskrbi brez privolitve pacienta. ZPacP, kljub poudarjanju avtonomije pacienta v določenih primerih dopušča zdravstveno oskrbo brez privolitve pacienta, ker je utemeljeno z možnostjo doseganja največje zdravstvene koristi za pacienta, ki pretehta poseg v pravico do samostojnega odločanja o sebi. ZPacP razlikuje dve skupini zdravstvene oskrbe brez privolitve pacienta, in sicer loči med zdravstveno oskrbo **proti volji pacienta, ne glede na obstoj sposobnosti odločanja o sebi** in zdravstveno oskrbo **brez privolitve v ožjem pomenu, če pacient ni sposoben odločanja o sebi**. Primerov iz prve skupine, kamor spadajo prisilni zdravstveni ukrepi po zakonu, ki ureja nalezljive bolezni ¹⁶⁴, (ZNB), pa tudi postopek hospitalizacije brez privolitve pacienta po ZDZdr, torej ustavno dopustnih izjem od prepovedi prisilnega zdravljenja, ZPacP podrobneje ne ureja, razen, ko v 30. členu ne omogoča zavrnitve zdravstvene oskrbe v primeru, da bi to ogrozilo življenje ali huje ogrozilo zdravje drugih. Zdravstvena oskrba brez privolitve v ožjem smislu, ki predpostavlja pacientovo nesposobnost odločanja o sebi, pa se opravlja s privolitvijo oseb, ki so po zakonu ali volji pacienta upravičene odločati o pacientovi zdravstveni oskrbi (neprava zdravstvena oskrba brez privolitve) ali pa brez sodelovanja oseb, ki so po zakonu ali volji pacienta upravičene odločati o pacientovi zdravstveni oskrbi (prava zdravstvena oskrba brez privolitve). ZPacP v 37. členu določa dodatno zaščito za bolnike, v primeru uvedbe postopka

¹⁶¹ VS07871 - Sklep II Ips 291/2004.

¹⁶² <http://www.rajnazemlji.net/pravnividikipsihiatrije>, 5.4.2010.

¹⁶³ U. I. RS, št. 15/2008, (2008).

¹⁶⁴ U. I. RS, št. 69/1995, (1995).

hospitalizacije brez privolitve bolnika. Gre za to, da kadar pacient zaradi težav v duševnem zdravju ali drugega vzroka, ki vpliva na zmožnost razsojanja, ni sposoben privolitve v medicinski poseg, se ta sme opraviti le, če ga dovoli zakoniti zastopnik. Privolitev lahko dajo le natančno v naprej določene osebe, ki morajo izpolnjevati pogoj sposobnosti odločanja o sebi in starosti najmanj 18 let. Te osebe so predvsem pacientov zakonec, zunajzakonski partner, partner iz registrirane ali neregistrirane istospolne skupnosti, pacientovi otroci, posvojenci, starši in vnuki. Glede pravice do zavrnitve zdravstvene oskrbe ZPacP v 30. in 31. členu dosledno sledi Oviedski Konvenciji. To pomeni možnost zavrnitve, tudi nujne medicinske pomoči, ampak le če ne bi bilo ogroženo pacientovo življenje ali resno ogroženo njegovo zdravje. V tem primeru mora pacient zdravniku svojo odločitev pojasniti. ZPacP se pri pravici do zavrnitve zdravstvene oskrbe močno opira na 51. člen Ustave in tako enako predvideva, da je pravica do zavrnitve zdravstvene oskrbe omejena s pravicami drugih, zaradi česar zavrnitev ni možna, kadar bi to ogrozilo življenja ali hudo ogrozilo zdravje drugih.¹⁶⁵

Z uzakonitvijo prisilnega pridržanja oseb na zaprtih oddelkih psihiatričnih bolnišnic je zakonodajalec sicer posegel v pravico do osebne svobode (prvi odstavek 19. člena Ustave), pravico do varstva duševne integritete (35. člen Ustave) in pravico do prostovoljnega zdravljenja (tretji odstavek 51. člena), vendar je imel za poseg legitimen, to je stvarno upravičen cilj. S tega vidika obravnavani poseg ni nedopusten, saj Ustava v tretjem odstavku 15. člena določa, da se človekove pravice in temeljne svoboščine lahko omejijo zaradi pravic drugih oziroma zaradi javne koristi. Poleg tega, da lahko poseg v človekove pravice temelji le na legitimnem, stvarno upravičenem cilju, je treba po ustaljeni ustavnosodni presoji vselej oceniti še ali je ta v skladu z načeli pravne države (2. člen Ustave), in sicer s tistim izmed teh načel, ki prepovedujejo prekomerne posege države tudi v primerih, ko se z njimi zasleduje legitimen cilj. Gre za splošno načelo sorazmernosti. Oceno ali ne gre morda za prekomeren poseg, opravi Ustavno sodišče na podlagi t. i. strogega testa sorazmernosti. Ta test obsega presojo treh vidikov posega:

- ali je poseg sploh nujen (potreben) v tem smislu, da cilja ni mogoče doseči brez posega nasploh (kateregakoli), oziroma, da cilja ni mogoče doseči brez ocenjevanega (konkretnega) posega s kakšnim drugim, ki bi bil po svoji naravi blažji;

¹⁶⁵ Urban Brulc, Nataša Pirc Musar, Zakon o pacientovih pravicah (ZPacP), Uvodna pojasnila, Založba GV, Ljubljana 2008, str.46,47,48,49,62,63,135,141.

- ali je ocenjevani poseg primeren za dosego zasledovanega cilja v tem smislu, da je zasledovani cilj s posegom dejansko mogoče doseči; če ga ni mogoče doseči, poseg ni primeren;
- ali je teža posledic ocenjevanega posega v prizadeto človekovo pravico proporcionalna vrednosti zasledovanega cilja oziroma koristim, ki bodo zaradi posega nastale (načelo sorazmernosti v ožjem pomenu oziroma načelo proporcionalnosti).

Šele če poseg preneha vse tri vidike testa, je ustavno dopusten. To velja tako v primeru, ko je poseg dopusten zaradi pravic drugih oziroma zaradi javne koristi, kot tudi v primeru, ko omejitev človekove pravice izrecno dopušča sama Ustava. Tudi ustavno pooblastilo zakonodajalca za omejitev človekove pravice (v obravnavanem primeru pooblastilo za omejitev pravice do osebne svobode posameznika ter za določitev izjem od prostovoljnega zdravljenja) namreč ne pomeni, da lahko zakonodajalec določi omejitve oziroma posege poljubno. Splošno ustavno načelo sorazmernosti je treba upoštevati pri vsaki omejitvi človekovih pravic in temeljnih svoboščin, ne glede na to, na čem temelji legitimnost omejitve.¹⁶⁶

¹⁶⁶ <http://www.rajnazemlji.net/pravnividikipsihiatrije>, 5.4.2010.

11 KAZENSKOPRAVNI POLOŽAJ OSEB Z DUŠEVNIMI MOTNJAMI

V Sloveniji se je zgodila sprememba kazenske zakonodaje, in sicer je prejšnji Kazenski zakonik¹⁶⁷ (KZ), nadomestil novi Kazenski zakonik¹⁶⁸ (KZ-1), ki je začel veljati 1. novembra leta 2008. V skladu s temi spremembami, je prišlo tudi do sprememb zakonodaje na področju duševnega zdravja, saj je bil sprejet ZDZdr. Sprememba KZ je prinesla številne novosti, zlasti na področju problematike storilcev kaznivih dejanj z duševnimi motnjami.

Ko gre za storilce z duševnimi motnjami, vse več držav opušča model postopanja z njimi v okviru kazenskega prava, po katerem se jim lahko izrečejo varnostni ukrep kot posebna vrsta kazenskih sankcij in ga nadomešča z modelom, po katerem se v kazenskem postopku uporabljajo določbe kazenskega materialnega in procesnega prava o nesposobnosti za krivdo in nesposobnosti za sodelovanje v kazenskem postopku, v primeru ugotovljene neprištevnosti ali trajne nesposobnosti za sodelovanje v kazenskem postopku pa se storilcem z duševnimi motnjami izrekajo posebni prisilni ukrepi, ki pojmovno oz. vsebinsko ustrezajo našim varnostnim ukrepom (zlasti tistim medicinske narave), ki so nadalje določeni s predpisi s področja duševnega zdravja, v kombinaciji s predpisi s področja kazenskega in ki se sicer izrekajo bodisi v posebnih kazenskih postopkih bodisi v civilnih postopkih bodisi v upravnih postopkih bodisi v kombinaciji naštetih postopkov. K temu drugemu modelu je težil tudi slovenski zakonodajalec. Tako se je želelo izločiti iz kazenskega prava ukrepe medicinske narave, torej ukrep obveznega psihiatričnega zdravljenja in varstva v zdravstvenem zavodu, ukrep obveznega psihiatričnega zdravljenja na prostosti in obveznega zdravljenja alkoholikov in narkomanov. S tem je povezano tudi novo pojmovanje krivdnega načela oz. nova koncepcija krivde v KZ-1, po kateri je krivda predpostavka vseh kazenskopравnih sankcij in ne le kazni. Iz besedila 24. člena KZ-1 izhaja, da je krivda nujna sestavina splošnega pojma kaznivega dejanja (*nullum crimen sine lege*), da izraža negativno socialno-etično sodbo o storilcu v zvezi z njegovim dejanjem in da je predpostavka za vse kazenske sankcije. Pojem krivde pokriva tudi prištevnost, kot predpostavko krivde, ki je KZ-1 v drugem odstavku 24. člena ne navaja. Kljub zakonodajalčevi dobri nameri pri spremembi KZ pa novo pojmovanje krivdnega načela s seboj prinaša posledice.¹⁶⁹

¹⁶⁷ Ur. L. RS, št. 95/2004.

¹⁶⁸ Ur. l. RS, št. 55/08 – popr.

¹⁶⁹ Primož Baucon, (Kazensko)pravni položaj oseb z duševnimi motnjami, *Revija Pravnika*, letnik 64 (2009), str.251 – 255.

KZ-1 v 69. členu določa, da se smejo storilec kaznivih dejanj izrekati varnostni ukrepi, npr. odvzem voznškega dovoljenja, v 70. členu pa, da sme sodišče storilcu kaznivega dejanja izreči enega ali več varnostnih ukrepov le, če so zato podani zakoniti pogoji. To pa pomeni, da se ne smejo izrekati krivim storilcem. Vendar pa s KZ-1 premalo usklajen Zakon o kazenskem postopku¹⁷⁰ (ZKP), v prvem odstavku 498. člena določa, da se predmeti, ki se po kazenskem zakonu smejo ali morajo vzeti, smejo vzeti tudi tedaj, kadar se kazenski postopek ne konča s sodbo, s katero se obdolženec spozna za krivega, če je nevarno, da bi bili uporabljeni za kaznivo dejanje ali če to zahtevajo koristi splošne varnosti ali morale. To pa pomeni, da ZKP dopušča, da se varnostni ukrep odvzema predmetov lahko izreče tudi osebi, ki ni izvršila kaznivega dejanja, to pa je tudi oseba, ki ni kriva.¹⁷¹

V okviru te tematike je pomembna razmejitev med neprištevnostjo in bistveno zmanjšano prištevnostjo. KZ-1 v 29. členu določa, da ni prišteven storilec, ki ob storitvi kaznivega dejanja ni mogel razumeti pomena svojega dejanja ali ni mogel imeti v oblasti svojega ravnanja zaradi duševne motnje ali duševne manjrazvitosti. Torej se tukaj združujeta dva vidika neprištevnosti, psihološki in biološki. Pod psihološki pogoj spada zmožnost razumeti pomen svojega dejanja in zmožnost imeti v oblasti svoje ravnanje, pod biološki pa duševne motnje in duševno manjrazvitost. Prav biološki pogoj pa je predmet polemik. Terminologija KZ-1 terminološko ni usklajena z ZDZdr, ki uporablja le izraz duševna motnja oz. huda in ponavljajoča se duševna motnja (3. točka 2. odstavka 2. člena). Če bi že želeli naštevati vrste duševnih motenj, bi morali kot biološki pogoj neprištevnosti šteti duševno bolezen, začasno duševno motnjo, umsko manjrazvitost, umsko zaostalost in druge hude duševne motnje. Izraz, hude duševne motnje, ki ga uporablja KZ-1, bi moral biti črtan ali pa se nadomestiti z izrazom druge trajne in hude duševne motnje, saj pri tem pojmu lahko nastane največ nejasnosti in napak, pa tudi seznam različnih hudih duševnih motenj in trajnih pojavov deviiranega vedenja bi se po svobodnem premisleku ali pod pritiskom strank v kazenskem postopku neupravičeno in zlahka širil.¹⁷²

¹⁷⁰ Ur. L. RS, št. 32/07 – UPB4, 102/07 – ZKZDČEU, 21/08 – Odl. US: U-I – 96/06 - 13, 23/08 – ZBPP – B, 65/08 – Odl. US – U – I- 328/04- 22, 68/08 – Odl. US: U-I- 25/07 - 43.

¹⁷¹ Primož Baucon, (Kazensko)pravni položaj oseb z duševnimi motnjami, Revija Pravnik, letnik 64 (2009), str.251 – 255.

¹⁷² Primož Baucon, (Kazensko)pravni položaj oseb z duševnimi motnjami, Revija Pravnik, letnik 64 (2009), str.258.

Drugače od neprištevnosti, ki je podana v absolutnem smislu, ki obstaja ali ne obstaja pa se prištevnost lahko stopnjuje. Od polne prištevnosti do meje, kjer je povsem izključena, je več prehodnih stanj, za katera je značilna različna stopnja zmanjšanja intelektualnih in voljnih sposobnosti. Razlikovanje med neprištevnostjo in bistveno zmanjšano prištevnostjo je torej kvantitativno, temelji na stopnji mentalnih motenj do katerih so privedle iste biološko-psihološke podlage, ki včasih izključujejo, včasih pa le zmanjšujejo prištevnost. Drugače kot neprištevnost bistveno zmanjšana prištevnost ne izključuje krivde, temveč jo samo zmanjšuje.¹⁷³

Bistvo krivde, pojmovane v materialnem smislu je v očitku, krivda je osebni očitek storilcu zaradi njegovega dejanja. Tako pojmovana krivda je v tesni povezavi s kaznijo. Kazen je namreč materializiran očitek storilcu, vsebovan v krivdi. Krivda pa ne more biti temelj varnostnih ukrepov. Ti namreč ne podlegajo krivdnemu načelu, ampak se upravičujejo z nujnostjo odvrnitve nevarnosti. Krivda ne more biti niti sredstvo omejevanja pri izrekanju varnostnih ukrepov, ampak to vlogo pri varnostnih ukrepih prevzame načelo sorazmernosti, po katerem se varnostni ukrep ne more odrediti, če ni sorazmeren pomenu storjenih dejanj in dejanj, ki se od storilca pričakujejo, kot tudi njegovi stopnji nevarnosti. V moderni kazenskoopravni teoriji pa se pogosto omenja kriza dualističnega sistema kazenskih sankcij. Poudarja se, da varnostni ukrepi, ki so utemeljeni samo na nevarnosti storilca in ločeni od krivde, pomenijo povečano nevarnost za človekove pravice in se zato ponekod opuščajo kot varnostna interakcija. Po drugi strani se poudarja, da se preventivni namen, zaradi katerega se tudi uvede varnostni ukrep, v zadostni meri dosega že s samo kaznijo, po zgledu Lisztove namenske kazni. Razlike med kaznijo in varnostnim ukrepom so se še zmanjšale, ko je bilo v sodobnem kazenskem pravu opuščeno pravilo, da morajo biti varnostni ukrepi, drugače od kazni, časovno neomejeni, kar je zdaj sprejeto tudi v KZ-1. Vedeti pa moramo, da je kljub medsebojnemu zbliževanju kazni in varnostnih ukrepov med njimi temeljna razlika v tem, da kazen izraža socialno – etični očitek, zaradi česar mora biti vezana na krivdo kot njeno mero, kar pa tudi ne velja za varnostne ukrepe, ki so vrednostno nevtralni. Varnostni ukrepi medicinske narave lahko, dokler so urejeni v kazenskem pravu, obstajajo le kot varnostni ukrepi. Če bi prešli na monistični sistem kazenskih sankcij, s kaznijo kot edino sankcijo, bi morali varnostne ukrepe medicinske narave izločiti iz kazenskega prava in jih normirati v

¹⁷³ Primož Baucon, (Kazensko)pravni položaj oseb z duševnimi motnjami, Revija Pravnika, letnik 64 (2009), str.263.

okviru upravnega prava. Torej se varnostni ukrepi, kadar se izrekajo prištevnim storilcem, ne izrekajo zato, ker so krivi, ampak zato, ker so nevarni za okolico.¹⁷⁴

V drugem odstavku 29. člena KZ-1, je kot ena izmed predpostavk neprištevnosti predvidena »storitev kaznivega dejanja«. Glede razmerja med prištevnostjo in naklepom, malomarnostjo ter zavestjo o protipravnosti se postavlja vprašanje, katere splošne elemente kaznivega dejanja mora uresničiti storilec, da bi se postavilo vprašanje njegove neprištevnosti in s tem možnosti za izrek varnostnega ukrepa. Krivda se od njega že po opredelitvi ne more zahtevati. Postavlja se vprašanje kako je z naklepom ali malomarnostjo in z zavestjo o protipravnosti. Storilčevo ravnanje mora biti protipravno, kar pomeni, da ne sme obstajati noben razlog za izključitev protipravnosti. Protipravno ravnanje neprištevne storilca mora vsebovati vse elemente krivde, le neprištevnosti ne, da bo sodišče lahko ugotovilo ali je obdolženec storil določeno kaznivo dejanje in ali mu naj izreče varnostni ukrep obveznega psihiatričnega zdravljenja in varstva v zdravstvenem zavodu ali na prostosti. To pa pomeni, da mora biti tudi dejanje neprištevne storilca natančno pravno označeno, kar pa ne bo mogoče, če se ne bo ugotovila tudi oblika krivde. Po drugi strani pa neprištevemu storilcu, ki ni ravnal naklepno ali iz malomarnosti, tam, kjer zakon zahteva naklep ali malomarnost, kar je treba razširiti tudi na primer, ko neprištevemu storilcu manjka zavest o protipravnosti, ne bo mogoče izreči nobenega varnostnega ukrepa. Če je bil storilec v zmoti o biti dejanja in gre za naklepni delikt, mu ne bo mogoče izreči varnostnega ukrepa. Iz navedenega izhaja, da so neustrezne tako dikcija iz drugega odstavka 29. člena KZ-1 in prvega odstavka 16. člena KZ, po katerih je kot ena izmed predpostavk neprištevnosti predvidena »storitev kaznivega dejanja«, kot tudi dikcija iz prvega odstavka 491. člena ZKP, ko govori o tem, da je »obdolženec storil kaznivo dejanje v neprištevem stanju«.¹⁷⁵

Namen zakonodajalca je bil, da se pravni položaj neprištevni in bistveno zmanjšano prištevni storilcev ne ureja več s pravnimi normami kazenskega materialnega in procesnega prava. Že pred leti je bilo zapisano, da ni legitimno, da bi imeli ukrepi medicinske narave proti duševno abnormnim storilcem kaznivih dejanj značaj kazenskih sankcij, da torej po svoji pravni naravi ne spadajo med kazenske sankcije; da je izrek kazenske sankcije, ne glede na

¹⁷⁴ Primož Baucon, (Kazensko)pravni položaj oseb z duševnimi motnjami, *Revija Pravnik*, letnik 64 (2009), str.266.

¹⁷⁵ Primož Baucon, (Kazensko)pravni položaj oseb z duševnimi motnjami, *Revija Pravnik*, letnik 64 (2009), str.267 – 268.

njeno ime in namen, lahko legitimen samo, če je sankcija izrečena storilcu za dejanje, ki ga je storil, ne pa tudi za dejanje, ki bi ga storilec v prihodnosti šele utegnil storiti; da tako zasnovani ukrepi ne sodijo v sodobno kazensko pravo. Zakonodajalec je torej želel doseči izključitev vseh kazenskopravnih sankcij zoper neprištevne in bistveno zmanjšano prištevne storilce. Ukrepi hospitalizacije brez privolitve bolnika za neprištevne in bistveno zmanjšano prištevne so danes urejeni v ZDZdr, kot ukrepi nekazenske narave, kar je mogoče sklepati tudi iz 376. člena KZ-1. Na prvi pogled se zdi, kot da je zakonodajalec ravnal dosledno, ko v KZ-1 ni uvrstil določb o varnostnih ukrepih medicinske narave, ki se izrekajo neprištevnikom in bistveno zmanjšano prištevnikom storilcem. Vendar pa je hkrati v KZ-1 uvrstil določbe o varnostnih ukrepih nemedicinske narave. Tako je ohranil dosednji pluralistični sistem kazenskih sankcij in tako tudi ni nobenega tehtnega razloga, da se tudi reakcija na manifestacijo duševnega motenj neprištevnikov in bistveno zmanjšano prištevnikov storilcev obravnava kot varnostni ukrep. To še posebej velja, ker se tudi krivim storilcem ne izrekajo varnostni ukrepi ker so krivi, temveč ker so nevarni za okolico. Opaziti pa je še eno protislovnost novega koncepta krivde. Če je namreč krivda temelj vsem kazenskim sankcijam in se neprištevnikom storilcem ne morejo izreči, ker ti ne morejo biti krivi in ne morejo storiti kaznivega dejanja, potem se bistveno zmanjšanim storilcem, ki pa so krivi, a contrario lahko izrečejo kazenske sankcije, torej tudi varnostni ukrepi. Zato bi zakonodajalec moral znova uzakoniti krivdno načelo *nulla poena sine culpa*.¹⁷⁶

ZDZdr ne ureja posebej postopka za neprištevne in za bistveno zmanjšano prištevne storilce. Tako teh »kazenskih« pacientov (pomeni pacientov, ki so storilci »kaznivih dejanj«) ne ločuje od ostalih oseb z duševnimi motnjami. Pri tem je potrebno opozoriti, da so že naši sosedi Hrvati, pri njihovem Zakonu o zaščiti oseba s duševnim smetnjama¹⁷⁷ (ZZODS) navajali kot veliko pomanjkljivost prav izenačevanje dveh kategorij potencialno nevarnih bolnikov, kar je v praksi povzročilo številne težave (izdaje strokovno, etično in zakonsko spornih sodnih odločitev in na njih utemeljenih sklepov o prisilni namestitvi in kasnejšem podaljšanju namestitve, ipd.). Te argumente in izkušnje bi veljalo upoštevati tudi pri nas.¹⁷⁸

¹⁷⁶ Primož Baucon, (Kazensko)pravni položaj oseb z duševnimi motnjami, *Revija Pravnika*, letnik 64 (2009), str.274-275.

¹⁷⁷ Narodne novine 111/97 od 22.10.1997.

¹⁷⁸ Primož Baucon, (Kazensko)pravni položaj oseb z duševnimi motnjami, *Revija Pravnika*, letnik 64 (2009), str. 275.

Tako neustrezno izenačevanje »civilnih« in »kazenskih« storilcev se v ZDZdr kaže že v neustrezni terminologiji, iz katere izvirajo tudi številne postopkovne posledice. Tako je v tretji točki 2. člena ZDZdr opredeljena duševna motnja kot začasna ali trajna motnja v delovanju možganov, ki se kaže kot spremenjeno mišljenje, čustvovanje, zaznavanje, vedenje ter dojemanje sebe in okolja. V KZ-1 je duševna motnja le biološki pogoj neprištevnosti oziroma bistveno zmanjšane prištevnosti, v ZDZdr pa je mešanica med biološkimi in psihološkimi vzroki neprištevnosti oziroma bistveno zmanjšane prištevnosti. Pri tem pa manjka opredelitev neprištevne osebe oziroma eventualno bistveno zmanjšano prištevne osebe, ki bi vsebovala oba pogoja, če naj urejanje ukrepov obveznega zdravljenja bistveno zmanjšano prištevni storilcev ostane zunaj kazenskega prava. Izrek ukrepa obveznega psihiatričnega zdravlja (oziroma t.i. »kazenskopravne« prisilne namestitve v ustrezni ustanovi) neprištevni oseb (oziroma eventualno tudi bistveno zmanjšano prištevni oseb), bi bilo treba vezati na obstoj hudih motenj take osebe in na nevarnost za okolico, ki je podana v primeru velike verjetnosti, da bi taka oseba zaradi takšnih hudih duševnih motenj, ki so povzročile neprištevnost (oziroma bistveno zmanjšano prištevnost), lahko znova storila dejanje, za katerega kazenski zakonik predvideva kazen (oziroma kaznivo dejanje v primeru bistveno zmanjšane prištevnosti). Prav tako iz prvega odstavka 39. člena ZDZdr izhaja, da je namestitev osebe v oddelek pod posebnim nadzorom brez njene privolitve dopusten zaradi zdravljenja, če so kumulativno izpolnjeni pogoji ogrožanja življenja ali hujše ogrožanje svojega zdravlja, ogrožanja tujega življenja ali hujšega ogrožanja tujega zdravlja in hujšega povzročanja premoženjske škode sebi ali drugim. Iz navedenega sledi, da gre formalno za popolno izenačitev t.i. »civilnih« in »kazenskih« prisilno zadržanih oz. nameščenih oseb, čeprav gre za dve bistveno različni skupini, katerih ne moremo nikakor povsem enačiti. Iz dikcije 39. člena ZDZdr je namreč razvidno tudi, da je v času zdravljenja najpomembnejši kriterij visoka stopnja aktualne nevarnosti, ne pa stopnja verjetnosti (nevarnosti) ponovitve nekega drugega hudega dejanja za katerega kazenski zakonik KZ-1 predvideva kazen oziroma drugega hudega kaznivega dejanja, če gre za bistveno zmanjšano prištevne storilce, zaradi iste psihopatologije.¹⁷⁹

Dejstvo je, da mora neprištevnost in zlasti tudi bistveno zmanjšano prištevnost ugotavljati kazensko sodišče v kazenskem postopku na podlagi izvida in mnenja sodnega izvedenca

¹⁷⁹ Primož Baucon, (Kazensko)pravni položaj oseb z duševnimi motnjami, *Revija Pravnika*, letnik 64 (2009), str.276-277.

psihiatrične stroke. Po veljavnem ZKP kazensko sodišče hkrati ugotavlja tudi nevarnost storilca za okolico. Po mnenju mnogih se zdi smiselno, da neprištevnost in bistveno zmanjšano prištevnost ugotavlja še vedno kazensko sodišče v kazenskem postopku, ne glede na uporabo ZDZdr, in sicer zaradi namena, cilja in zgradbe kazenskega postopka in ker pride do seznanitve z izvršitvijo dejanja, za katerega KZ-1 predvideva kazen (pri neprištevni storilcih) oziroma kaznivo dejanje (pri bistveno zmanjšano prištevni storilcih), najprej v predkazenskem in nato v nadaljnjem kazenskem postopku pa tudi kazensko sodišče je bolj usposobljeno za ugotavljanje tega pa tudi za izrekanje ukrepa obveznega psihiatričnega zdravljenja in tudi za pravni položaj teh oseb je z vidika varstva njihovih pravic in svoboščin najprimernejši kazenski postopek. Hkrati je trenutek prehoda iz kazenskega v nepravdni postopek neopredeljen, ne v ZKP niti v ZDZdr. Če bi hoteli dosledno preiti na model, po katerem bi neprištevnost ugotavljalo kazensko sodišče v kazenskem postopku, nevarnost za okolico in zase pa civilno sodišče v nepravdnem postopku, po ustreznih določbah ZDZdr, bi prišlo glede na določilo ZDZdr do situacije, ki je tudi z vidika psihiatrične stroke nesmiselna, saj bi prišlo, na podlagi 43. člena ZDZdr po izvedenstvu v kazenskem postopku do novega izvedenstva v nepravdnem postopku, pri čemer pa bi obe oceni temeljili na istih informacijah iz biografije in psihičnega statusa osebe, zaradi česar bi bilo logično, da se obe oceni sprejemata v okviru istega postopka. Hkrati bi se pacienti pošiljali v isto ustanovo, kjer je bilo opravljeno že prvo izvedenstvo, izvedenstvo, ki pa bi se zaupalo eventualno nekemu zunanjemu izvedencu, brez možnosti vpogleda v prejšnjo dokumentacijo, pa ne bi bilo enako kvalitetno kot tisto, ki je bilo opravljeno po najvišjih strokovnih standardih v okviru kazenskega postopka. Če bi imel drugi izvedenec vpogled v dokumentacijo prvega, bi ob enakem zaključku obstajala nevarnost prepisa prve dokumentacije, pri razhajanju ugotovitev, pa bi bila strokovna »teža« drugega mnenja vprašljiva v primerjavi s prvim, opravljenim po vseh pravilih »velikega« psihiatričnega izvedenstva. Tako bi prišlo do nepotrebnega podvajanja postopka, to je najprej vodenja kazenskega postopka za ugotovitev neprištevnosti, nato pa še nepravdnega postopka za ugotovitev nevarnosti za okolico in sebe. Tako naj bi zadržanje in namestitve »civilnih« pacientov, ki potrebujejo sodno varstvo bilo urejeno v ZDZdr ali drugem primernem zakonu, prisilno pridržanje in namestitve (kot varnostni ukrep) »kazenskih« pacientov pa naj bi ostala še vedno v pristojnosti kazenskih sodišč.¹⁸⁰

¹⁸⁰ Primož Baucon, (Kazensko)pravni položaj oseb z duševnimi motnjami, Revija Pravnika, letnik 64 (2009), str.280-282.

Da je tovrstno področje pravno neprimerno urejeno oziroma niti ni urejeno, izhaja tudi iz slovenske sodne prakse. Tako je Vrhovno sodišče RS s sodbo iz dne 25.3.2010 ugotovilo, da: »Zaenkrat tudi po uveljavitvi Zakona o duševnem zdravju še ni bil sprejet zakon, ki bi urejal ukrepe obveznega psihiatričnega zdravljenja neprištevnih in bistveno zmanjšano prištevnih storilcev kaznivih dejanj.«¹⁸¹

V obrazložitvi je sodišče navedlo, da: »Ker v zakonodaji nikjer izrecno ni pojasnjeno (niti v ZDZdr, niti v KZ-1, niti v ZKP), ali je ZDZdr predpis, predviden v 376. člen KZ-1, je potrebno pri presojanju ali je Zakon o duševnem zdravju predpis, predviden v 376. členu KZ-1, izhajati iz materije, ki jo ta zakon ureja. V 376. členu KZ-1 je namreč predvidena ureditev ukrepov obveznega zdravljenja neprištevnih in bistveno zmanjšano prištevnih storilcev kaznivih dejanj. ZDZdr ureja sistem zdravstvene in socialno varstvene skrbi na področju duševnega zdravja, nosilce oziroma nosilke te dejavnosti ter pravice osebe med zdravljenjem v oddelku pod posebnim nadzorom psihiatrične bolnišnice, obravnavo v varovanem oddelku socialno varstvenega zavoda in v nadzorovani obravnavi. ZDZdr določa tudi postopke sprejema osebe na zdravljenje v oddelek pod posebnim nadzorom psihiatrične bolnišnice, v obravnavo v varovani oddelek socialno varstvenega zavoda, v nadzorovano obravnavo ter v obravnavo v skupnosti. Ne vsebuje pa za sisteme s civilnopravnim konceptom prisilne hospitalizacije storilcev kaznivih dejanj običajne ureditve prehoda med kazenskim in civilnim postopkom. ZDZdr torej v ničemer ne ureja ukrepov obveznega zdravljenja storilcev kaznivih dejanj, pač pa ureja zgolj zdravljenje duševnih bolnikov na splošno. Do zaključka, da z ZDZdr še ni uveden t.i. civilnopravni koncept prisilne hospitalizacije storilcev kaznivih dejanj, ki je s prehodno določbo 376. člena KZ-1 in obsegom urejanja varnostnih ukrepov v KZ-1 (to je z opustitvijo urejanja medicinskih varnostnih ukrepov) sicer napovedan, nas privede tudi zgodovinska razlaga. Prvotni predlog besedila zakona je vključeval tudi poglavje z naslovom varnostni ukrepi, kjer je bilo predvideno izrekanje treh varnostnih ukrepov neprištevnim oziroma bistveno zmanjšano prištevnim storilcem kaznivih dejanj (obvezno psihiatrično zdravljenje in varstvo v oddelku pod posebnim nadzorom, na prostosti ali v nadzorovani obravnavi ter obvezno zdravljenje odvisnikov). Kasneje pa je bilo poglavje, kjer so bili urejeni varnostni ukrepi, črtano iz predloga besedila ZDZdr, zato je mogoče sklepati, da se je zakonodajalec odločil, da zaenkrat te materije še ne uredi.«¹⁸²

¹⁸¹ VS2005144 - [Sodba I Ips 221/2009](#).

¹⁸² VS2005144 - [Sodba I Ips 221/2009](#).

12 POSTOPEK HOSPITALIZACIJE BREZ PRIVOLITVE BOLNIKA PO SLOVENSKEM PRAVU PRED ZDZdr

Slovenska zakonodaja je postopek hospitalizacije brez privolitve bolnika urejala s pomočjo kombinacije določb, ki so bile uzakonjene v ZNP in v ZZDej. Bolnišnice, sodišča in vsi ostali sodelujoči, pri postopku so se opirali na omenjeno pravno podlago.

Nepravdno sodišče je odločilo o pridržanju osebe v zaprtem oddelku zdravstvene organizacije, če je zaradi narave duševne bolezni ali duševnega stanja osebe bilo nujno potrebno, da se ji omeji svoboda gibanja ali preprečijo stiki z zunanjim svetom, ker ogroža življenje ali povzroča hudo škodo bodisi sebi bodisi drugim ljudem. Poudarek na nujni potrebnosti pomeni, da nevarnosti ogrožanja življenja ali povzročitve hude škode ni mogoče odvrniti z milejšim ukrepom. Kljub človekovi pravici do prostovoljnega zdravljenja in človekovi pravici do osebne svobode je dopustna prisilna hospitalizacija ali pridržanje v psihiatrični zdravstveni organizaciji tudi take osebe, ki ogroža svoje življenje ali le sebi povzroča hudo škodo, če taka oseba zaradi duševne bolezni ali zaradi duševnega stanja ni sposobna sama sprejeti zavestne odločitve o zdravljenju in če je tak ukrep nujno potreben zaradi zagotovitve varstva ostalih ustavnih pravic take osebe, to je pravice do življenja, pravice do osebne dostojanstva in varnosti in pravice do zdravstvenega varstva.¹⁸³

Po ZNP je bil postopek hospitalizacije brez privolitve bolnika torej pravno zakonit, kadar je določena oseba ogrožala svoje ali tuje življenje kot tudi skupnost, okolico ter svoje ali tuje premoženje. Pri tem je moralo biti ogrožanje posledica psiholoških motenj, pri tem pa je nujno, da je to ugotovil strokovni izvedenec za takšna vprašanja. Da smo lahko govorili o zakonitosti postopka je bilo nujno, da zdravstvena organizacija v roku 48 ur od začetka prisilne hospitalizacije obvesti pristojne sodne organe in da v roku treh dni od pričetka hospitalizacije, sodni izvedenec poda mnenje o nujnosti prisilne hospitalizacije na osnovi katerega pristojno sodišče izda sklep o nujnosti hospitalizacije. Vsak postopek, ki je od tega odstopal pa je po zakonu bil nepravilen in oseba, ki je bila hospitalizirana se je nanj lahko pritožila v ustreznem roku za pritožbe. To problematiko je urejal tudi Zakon o zdravstveni dejavnosti, katerega določbe so se in se še danes uporabljajo. Leta 2003 je prišlo do pomembnega sodnega epiloga ne tem področju. Na podlagi ustavne presoje je bila izdana ustavna odločba, ki je dotedanje pravne podlage za ukrep prisilnega hospitaliziranega

¹⁸³ <http://www.rajnazemlji.net/pravnividikipsihiatrije>, 13.4.2010.

zdravljenja spremenila.¹⁸⁴ Izpodbijane so bile določbe sedmega poglavja (70. do 81. člen) ZNP, ki urejajo postopek o pridržanju oseb v psihiatričnih zdravstvenih organizacijah pa tudi določbe ZZDej, ki se nanašajo na ta postopek. Zatrjevano je bilo, da razlogi, ki jih je veljavna zakonska ureditev določala za pridržanje oseb v psihiatričnih zdravstvenih organizacijah, niso bile v okviru dopustnega omejevanja človekovih pravic, določenih z Ustavo.

¹⁸⁴ <http://www.rajnazemlji.net/pravnividikipsihiatrije>, 13.4.2010.

12.1 Odločba Ustavnega sodišča o (ne)zakonitosti določb ZNP in ZZDej

Ustavno sodišče je v postopku za oceno ustavnosti, na seji dne 4. decembra 2003 odločilo, da šesta alineja 47. člena, 48. člen, prvi odstavek 49. člena in četrti odstavek 51. člena Zakona o zdravstveni dejavnosti (Uradni list RS, št. 9/92, 37/95, 8/96, 90/99, 31/2000 in 45/01) niso v neskladju z Ustavo. Odločilo je tudi, da določbe 70. do 81. člena Zakona o nepravdnem postopku (Uradni list SRS, št. 30/86 in Uradni list RS, št. 87/02) so v neskladju z Ustavo.«¹⁸⁵

Prisilno pridržanje na zaprtem oddelku psihiatrične bolnišnice pomeni hud poseg v človekove pravice in temeljne svoboščine bolnika, zlasti v pravico do osebne svobode (prvi odstavek 19. člena Ustave) in pravico do varstva duševne integritete (35. člen Ustave), pa tudi v pravico do prostovoljnega zdravljenja (tretji odstavek 51. člena, ki zagotavlja tako pravico do zdravljenja kot tudi pravico do odklonitve zdravljenja). Naloga zakonske ureditve je, da prisilno pridržanje duševnih bolnikov na zaprtih oddelkih psihiatričnih bolnišnic uredi tako, da bo zagotovljena učinkovita uresničitev legitimnega namena, ki upravičuje tovrsten ukrep (tj. odvrnitev nevarnosti, ki jo bolnik zaradi duševne bolezni povzroča bodisi drugim bodisi sebi, in odprava razlogov, ki to nevarnost povzročajo), hkrati pa naj bo zagotovljeno tudi spoštovanje človekovih pravic in temeljnih svoboščin bolnikov v skladu z mednarodnimi standardi varstva človekovih pravic v evropskih zakonodajah.¹⁸⁶

Prisilno pridržanje na zaprtem oddelku psihiatrične bolnišnice je ukrep, ki naj bo uporabljen samo v primerih, ko nevarnosti ni mogoče odpraviti z drugimi ukrepi izven (zaprtega oddelka) psihiatrične bolnišnice. Ker zakonodajalec poleg možnosti izreka prisilnega pridržanja na zaprtem oddelku psihiatrične bolnišnice sodiščem ni dal na voljo nobenih drugih ukrepov, je v nasprotju z 2. členom Ustave posegel v osebno svobodo, ki jo zagotavlja prvi odstavek 19. člena Ustave. Pridržanemu duševnemu bolniku je treba na primeren način, upoštevajoč njegovo zdravstveno stanje, pojasniti razloge, zaradi katerih je pridržan v psihiatrični bolnišnici. Poleg tega mora biti seznanjen s tem, da ima pravico do pravne pomoči zagovornika, ki si gasvobodno izbere.¹⁸⁷

¹⁸⁵ Povzeto po: U-I-60/03 - 4-12-2003, Uradni list RS, št. 131/2003 in OdlUS XII, 93.

¹⁸⁶ Povzeto po: U-I-60/03 - 4-12-2003, Uradni list RS, št. 131/2003 in OdlUS XII, 93 in URS/Ur.l. RS, št. 33I/1991-I.

¹⁸⁷ Povzeto po: U-I-60/03 - 4-12-2003, Uradni list RS, št. 131/2003 in OdlUS XII, 93 in URS/Ur.l. RS, št. 33I/1991-I.

Ena izmed temeljnih pravic, ki mora biti zagotovljena vsakemu prisilno pridržanemu duševnemu bolniku, je pravica do sodnega varstva glede zakonitosti pridržanja. Po oceni Ustavnega sodišča bi moral zakonodajalec za postopek odločanja glede zakonitosti pridržanja na zaprtem oddelku psihiatrične bolnišnice določiti ustrezno kratke roke, saj le hiter sodni nadzor glede zakonitosti pridržanja lahko zagotovi učinkovito varstvo pravic bolnika.¹⁸⁸

Obvestilo o pridržanju mora obsegati podatke o pridržani osebi, o njenem zdravstvenem stanju in o tem, kdo jo je pripeljal v zdravstveno organizacijo. Zakon izrecno ni določal, naj obvestilo vsebuje tudi razloge, ki so narekovali izrek ukrepa prisilnega pridržanja bolnika. Le na podlagi teh razlogov pa sodišče lahko presodi, ali je bilo prisilno pridržanje v posameznem primeru dejansko nujno (ultima ratio). Glede na navedeno je Ustavno sodišče ocenilo, da je izpodbijana zakonska ureditev v neskladju s pravico do (učinkovitega) sodnega varstva, ki jo zagotavlja prvi odstavek 23. člena Ustave.¹⁸⁹

Bolniku, ki sam ni sposoben razumeti in uveljavljati svojih pravic v postopku, je treba zagotoviti ustrezno zastopanje, s katerim bo poskrbljeno za učinkovito varstvo pravic in interesov bolnika v postopku. Ker izpodbijane določbe ZNP tega niso omogočale, so bile v neskladju z 22. in s 25. členom Ustave.¹⁹⁰

Ukrep prisilnega pridržanja bolnika v psihiatrični bolnišnici je logično povezan z zdravljenjem. Njegov namen je med drugim tudi odpraviti vzroke, ki so narekovali izrek tega ukrepa. Pridržanje bolnika v psihiatrični bolnišnici torej vključuje določene oblike zdravljenja, ki izhajajo iz samega namena in narave tega ukrepa. Seveda pa to ne more pomeniti neomejenega pooblastila za izvajanje kakršnihkoli ukrepov zdravljenja brez ustreznega zunanjega nadzora.¹⁹¹

¹⁸⁸ Povzeto po: U-I-60/03 - 4-12-2003, Uradni list RS, št. 131/2003 in OdlUS XII, 93 in URS/Ur.l. RS, št. 33I/1991-I.

¹⁸⁹ Povzeto po: U-I-60/03 - 4-12-2003, Uradni list RS, št. 131/2003 in OdlUS XII, 93 in URS/Ur.l. RS, št. 33I/1991-I.

¹⁹⁰ Povzeto po: U-I-60/03 - 4-12-2003, Uradni list RS, št. 131/2003 in OdlUS XII, 93 in URS/Ur.l. RS, št. 33I/1991-I.

¹⁹¹ Povzeto po: U-I-60/03 - 4-12-2003, Uradni list RS, št. 131/2003 in OdlUS XII, 93 in URS/Ur.l. RS, št. 33I/1991-I.

Zakonodajalec bi moral na eni strani opredeliti, kateri so tisti ukrepi zdravljenja, ki izhajajo že iz samega namena in narave ukrepa prisilnega pridržanja in so z njim logično povezani, na drugi strani pa določiti tiste ukrepe zdravljenja, ki presegajo ta okvir in za katere je potrebna izrecna privolitev bolnika.¹⁹²

Ustavno sodišče je ugotovilo, da pravna neurejenost položaja in pravic bolnika v času pridržanja v psihiatrični bolnišnici pomeni protiustavno pravno praznino, ki je v neskladju z načelom pravne varnosti (2. člen Ustave). Izpodbijana zakonska ureditev pa je bila tudi v neskladju s tretjim odstavkom 51. člena Ustave, ki zakonodajalcu nalaga dolžnost, da določi primere, v katerih je dopustno prisilno zdravljenje.¹⁹³

Zaradi varstva pravic bolnika bi zakonodajalec moral jasno opredeliti primere in pogoje, pod katerimi je dopustno uporabiti ukrepe prisile in omejitev. Poleg tega bi bilo treba predvideti določeno obliko kontrole (nadzorne mehanizme) nad uporabo teh ukrepov.¹⁹⁴

Ker je Ustavno sodišče ugotovilo, da ZNP ne ureja nekaterih pomembnih vprašanj, povezanih s prisilnim pridržanjem oseb na zaprtih oddelkih psihiatričnih bolnišnic, je v skladu z določbo 48. člena ZUstS ugotovilo protiustavnost določb 70. do 81. člena Zakona o nepravdnem postopku. Državni zbor je moral neskladnost odpraviti v šestih mesecih od objave odločbe v Uradnem listu Republike Slovenije. Do odprave neskladnosti je bilo treba v postopku o pridržanju oseb v psihiatričnih zdravstvenih organizacijah zagotoviti sledeče pravice:

- prisilno pridržani osebi je moralo sodišče ob uvedbi postopka po uradni dolžnosti postaviti zagovornika;
- obvestilo o pridržanju, ki ga je pooblaščen oseba zdravstvene organizacije dolžna poslati sodišču, je moralo vsebovati tudi razloge, ki utemeljujejo nujnost pridržanja.¹⁹⁵

¹⁹² Povzeto po: U-I-60/03 - 4-12-2003, Uradni list RS, št. 131/2003 in OdlUS XII, 93 in URS/Ur.l. RS, št. 33I/1991-I.

¹⁹³ Povzeto po: U-I-60/03 - 4-12-2003, Uradni list RS, št. 131/2003 in OdlUS XII, 93 in URS/Ur.l. RS, št. 33I/1991-I.

¹⁹⁴ Povzeto po: U-I-60/03 - 4-12-2003, Uradni list RS, št. 131/2003 in OdlUS XII, 93 in URS/Ur.l. RS, št. 33I/1991-I.

¹⁹⁵ Povzeto po: U-I-60/03 - 4-12-2003, Uradni list RS, št. 131/2003 in OdlUS XII, 93 in URS/Ur.l. RS, št. 33I/1991-I.

12.2 Zakon o duševnem zdravju (ZDZdr)

ZDZdr je bil sprejet 15. julija 2008 in se je začel deloma izvajati 12. avgusta 2009. Njegovo vsebino sestavlja 114. členov, razdeljen pa je na devet poglavij in še več podpoglavij. Vsebina ZDZdr opredeljuje glavne izvajalce skrbi na področju zdravstvenega in socialnega varstva, določa in razmejuje njihove kompetence, pristojnosti in dolžnosti. Poleg tega vpeljuje in zagotavlja varstvo pravic ljudi s težavami v duševnem zdravju v vseh postopkih obravnave in zdravljenju. Pri tem upošteva primere neprostoVOLjne in prostovoljne hospitalizacije v nadzorovani ali skupnostni obravnavi ter tudi pri obravnavi in zdravljenju na varovanem oddelku socialnovarstvenega zavoda.

ZDZdr predstavlja rezultat dolgoletnih prizadevanj strokovnjakov psihiatrov, ostalih strokovnjakov, nevladnih organizacij, bolnikov in svojcev. Pravna ureditev na tem področju je bila pred zakonom nezadostna in kot se je izkazalo tudi neustavna. ZDZdr prinaša nekatere novosti, ki pa so s strani nekaterih uporabnikov in zlasti dela strokovne javnosti označene za slabo urejene, nejasne in v praksi le težko uporabne.

Zaradi številnih in obsežnih novosti, ki jih uvaja, po mnenju mnogih ni bilo mogoče pripraviti vsega potrebnega za njegovo celotno izvajanje. ZDZdr je skoraj v celoti namenjen varovanju pravic oseb z duševnimi motnjami. Ker pa v osnovi izhaja iz varstva človekovih pravic in ne hkrati iz klasične premise *Salus aegroti suprema lex* (bolnikovo zdravje je najvišji zakon), je zakonodajalec žal spregledal dejstvo, da bolnika z duševno motnjo v doseganju svobode najbolj ovira prav njegova bolezen. Velika večina zakonskih določb je namenjena nadzorovanju zdravljenja, s čimer zakonodajalec implicitno sporoča, da je največja težava in nevarnost za bolnike z duševnimi motnjami pravzaprav zdravljenje. Mnogi opozarjajo tudi na dejstvo, da gre v bistvu za več kot 15 let star zakon, katerega vsebina je zaradi tega zastarela. ZDZdr se je namreč sprejemal zelo dolgo časa in velik del določil je bilo zapisanih že pred leti. Kljub temu, pa naj bi bil sprejet na hitro in nepazljivo.¹⁹⁶

Na temo določil novega ZDZdr je bilo spisanih veliko člankov in mnenj, tako proti kot tudi v prid novemu zakonu. Po mnenju drugih zakon ljudem s težavami v duševnem zdravju in njihovim svojcem omogoča več participacije pri samem zdravljenju. ZDZdr namreč

¹⁹⁶ Povzeto po: Žmitek Andrej, Pravna praksa: Medicina in pravo, 2009/33, 27.8.2009, str.9.

predvideva seznanjanje o postopkih zdravljenja, metodah dela, o medikamentozni terapiji idr., k čemu so obvezani tudi vsi psihiatri oz. strokovni delavci. To ni prepuščeno osebni strukturi in zmožnostim empatije določenega strokovnjaka, ampak je sestavni del postopka zdravljenja in sprejema človeka v nadzorovane oblike obravnave. Za varstvo pravic ljudi in uresničitev njenih interesov skrbi zastopnik. Zastopnik pri svojem delu lahko tudi sodeluje z zastopnikom bolnikovih pravic. Zaradi ustrezno predstavljenega poteka zdravljenja so ljudje s težavami in njihovi svojci deležni večje aktivne vloge, več soudeležbe in pravnih varovalk. Zaradi večjega nadzora je manj možnosti za mogoče zlorabe ali kakršne koli nepravilnosti v samih postopkih sprejema v psihiatrično bolnišnico, nadzorovano obravnavo ali v varovani oddelek socialnovarstvenega zavoda. ZDZdr omogoča ljudem s težavami v duševnem zdravju pravico do zastopnika in odvetnika ter načrtovano skrb po odpustu. ZDZdr naj bi prinašal tudi pomoč za svojce. Svojci so prav tako manj obremenjeni, manj prepuščeni sami sebi in službam na tem področju. ZDZdr jasno opredeljuje vsebine dela, vloge in kompetence zdravstvenih, socialnih in pravnih služb. Te so zakonsko obvezane izvajati določene oblike pomoči in podpore v skupnosti, hkrati pa so zakonsko primorane medsebojno sodelovati. Da se pri sodelovanju ne bodo pojavljali zapleti ali prelaganja odgovornosti iz ene službe v drugo, ustrezno skrbi zakonsko postavljen koordinator skupnostne obravnave, ki usklajuje in na neki način nadzira izvajanje njihovih storitev s potrebami ljudi.¹⁹⁷

¹⁹⁷ Povzeto po: Malačič Emi, Dnevnik »Moje zdravje«, 25.08.2008, internetni časnik, http://www.nebojse.si/portal/index.php?option=com_content&task=view&id=436&Itemid=2, 6.5.2010.

12.3 Postopek hospitalizacije brez privolitve bolnika po ZDZdr

Ustavno sodišče je torej člene ZNP, ki so se uporabljali za postopek hospitalizacije brez privolitve bolnika z odločbo ocenila za neustavne. Omenjene določbe so bile derogirane, na mesto njih, se pa danes uporabljajo določbe ZDZdr. Postopek hospitalizacije brez privolitve bolnika danes poteka v skladu s členi novega zakona.

Postopek pridržanja brez privolitve je postopek, o katerem odloča pristojno sodišče v nepravdnem postopku (30. člen (1)ZDZdr). Sem med drugim spadata postopka za sprejem na zdravljenje v psihiatrično bolnišnico v oddelek pod posebnim nadzorom brez privolitve na podlagi sklepa sodišča in postopek za sprejem na zdravljenje v psihiatrično bolnišnico v oddelek pod posebnim nadzorom brez privolitve v nujnih primerih (30. člen (2)ZDZdr). V vseh postopkih pred sodišči po tem zakonu, torej tudi v prej navedenih, je obvezno zastopanje osebe po pooblaščenju, ki je odvetnik oziroma odvetnica (31. člen (1)ZDZdr). Za mladoletnika in polnoletno osebo, ki ji je odvzeta poslovna sposobnost, pooblasti odvetnika zakoniti zastopnik, razen če je bil postopek uveden na njegov predlog. V tem primeru odvetnika postavi sodišče (31. člen (2)ZDZdr). Omenjeni postopki pred sodiščem so nujni (33. člen (1)ZDZdr). Pri njih je javnost izključena. (33. člen (2)ZDZdr). Sodišče tiste, ki v teh postopkih sodelujejo, opozori, da so dolžni varovati kot tajnost vse, kar v njem zvedo, in na posledice kršitve tajnosti (33. člen (3)ZDZdr).

ZDZdr med drugim določa, da je zdravljenje osebe v oddelku pod posebnim nadzorom brez njene privolitve dopustno, če so izpolnjeni vsi naslednji pogoji: če oseba ogroža svoje življenje ali življenje drugih ali če huje ogroža svoje zdravje ali zdravje drugih ali povzroča hudo premoženjsko škodo sebi ali drugim, če je ogrožanje iz prejšnje alineje posledica duševne motnje, zaradi katere ima oseba hudo moteno presojo realnosti in sposobnost obvladovati svoje ravnanje in če navedenih vzrokov in ogrožanja iz prve in druge alineje tega odstavka ni mogoče odvrniti z drugimi oblikami pomoči, torej z zdravljenjem v psihiatrični bolnišnici izven oddelka pod posebnim nadzorom, z ambulantnim zdravljenjem ali z nadzorovano obravnavo (39.člen(1)ZDZdr).¹⁹⁸

¹⁹⁸ VS0012635 - [Sklep II Ips 36/2010](#): »Že v dosednji sodni praksi, oblikovani na podlagi ZNP, je bilo zavzeto stališče, da je pridržanje ultima ratio in da pride v poštev samo v primeru, če milejši ukrepi ne zadostujejo. Enako je temeljno izhodišče ZDZdr: v primeru neprivolitve se izreče najmilejši omejevalni ukrep, ki še zadošča za dosego cilja, se pravi za odpravo nevarnosti oziroma ogrožanja, katerih izvor je v duševni motnji. Prav tako je bilo že na podlagi ureditve v ZNP zavzeto stališče, da je pridržanje dopustno le, če konkretne okoliščine utemeljujejo sklep, da je zaradi duševne bolezni oziroma duševnega stanja prizadeta voljna sfera osebe in da je to vzrok za ogrožanje svojega življenja oziroma življenja drugih ali povzročanje hude škode sebi oziroma drugim. Enako velja za analogni institut zdravljenja v oddelku pod posebnim nadzorom v psihiatrični bolnišnici

Sprejem na zdravljenje brez privolitve se opravi na podlagi sklepa sodišča, ki se izda po predlogu za sprejem v oddelek pod posebnim nadzorom ali v nujnih primerih pred izdajo sklepa sodišča, če so izpolnjeni pogoji iz 53. člena zakona, torej, kadar je zaradi narave duševne motnje osebe nujno potrebno, da se ji omeji svoboda gibanja oziroma preprečijo stiki z okolico, še preden se izpelje postopek za sprejem brez privolitve (39. člen (2) ZDZdr). Postopek za sprejem osebe v oddelek pod posebnim nadzorom brez privolitve na podlagi sklepa sodišča se začne na predlog izvajalca psihiatričnega zdravljenja, centra za socialno delo, koordinatorja nadzorovane obravnave, najbližje osebe ali državnega tožilstva (40.člen(1)ZDZdr). Predlog lahko za mladoletnika in polnoletno osebo, ki ji je odvzeta poslovna sposobnost, poda tudi zakoniti zastopnik (40.člen(2) ZDZdr). V tem primeru se predlog vloži pri pristojnem sodišču, na območju katerega ima oseba stalno ali začasno prebivališče, oziroma, če oseba nima prijavljenega ne stalnega ne začasnega prebivališča, pri sodišču, na območju katerega dejansko biva (41. člen (1) ZDZdr). Predlog vsebuje podatke, ki jih mora vsebovati vsaka vloga, in navedbo razlogov, ki utemeljujejo obstoj pogojev iz prvega odstavka 39. člena tega zakona (41. člen (2) ZDZdr). Predlogu se priloži mnenje izbranega osebnega zdravnika ali psihiatra, ki je osebo pregledal in ne sme biti starejše od sedmih dni. Če pregled osebe ni mogoč, se predlogu priloži izjava izbranega osebnega zdravnika ali psihiatra, da pregleda ni mogoče opraviti.(41. člen (3) ZDZdr).

Če gre za sprejem na zdravljenje brez privolitve v nujnih primerih, pa se sprejem opravi na podlagi napotnice izbranega osebnega zdravnika, psihiatra ali drugega zdravnika, ki je pregledal osebo, če ugotovi, da so podani razlogi iz prejšnjega člena. Napotnici, ki ne sme biti starejša od treh dni, se priloži poročilo o zdravstvenem stanju osebe, v katerem so posebej navedene okoliščine, iz katerih izhaja, da je sprejem nujen (54. člen (1)ZDZdr). Ne glede na navedeno, se osebo lahko sprejme v oddelek pod posebnim nadzorom tudi brez napotnice, če gre za primer iz 57. člena tega zakona (54. člen (2)ZDZdr). Zdravnik, ki osebo napoti v psihiatrično bolnišnico, po potrebi odredi prevoz z reševalnim vozilom. Zdravnik lahko osebo, ki jo je napotil v psihiatrično bolnišnico in za katero je odredil prevoz z reševalnim vozilom, zadrži proti njeni volji do prihoda reševalnega vozila (55. člen (1) ZDZdr). Zdravnik, ki osebo napoti v psihiatrično bolnišnico, lahko pri izvedbi zadržanja in odreditvi prevoza z reševalnim vozilom skladno s predpisom iz drugega odstavka 56. člena tega zakona zahteva pomoč policije (55. člen (2) ZDZdr). Pri prevozu osebe z reševalnim vozilom je

po ZDZdr in glede na to, da gre prav tako kot pri neprostovoljni hospitalizaciji za poseg v osebno svobodo – za nov institut sprejema v varovani oddelek socialno-varstvenega zavoda«.

prisoten zdravnik, ki je osebo napotil v psihiatrično bolnišnico ali drug zdravstveni delavec, ki ga pisno določi navedeni zdravnik (55. člen (3) ZDZdr). Kadar ta zakon določa, da lahko zdravnik ali direktor psihiatrične bolnišnice oziroma socialno varstvenega zavoda zahteva pomoč policije, je policija dolžna sodelovati z zdravstvenim osebjem in službo nujne medicinske pomoči ter jim nuditi potrebno pomoč, dokler ogrožanja, ki jo oseba povzroča, ni mogoče omejiti z zdravstvenimi ukrepi (56. člen (1) ZDZdr). Način sodelovanja med zdravstvenim osebjem in reševalno službo ter policijo določi minister v soglasju z ministrom, pristojnim za notranje zadeve. (56. člen (2) ZDZdr). Če policija ob posredovanju na javnem mestu, v zasebnih prostorih ali pri izsleditvi tujega državljana, za katerim je razpisana tiralica ali iskanje, domneva, da so pri osebi podani razlogi iz 53. člena tega zakona, o tem nemudoma obvesti službo nujne medicinske pomoči. (57. člen (1) ZDZdr). Zdravnik, član enote službe nujne medicinske pomoči, osebo na kraju takoj pregleda in če ugotovi, da so podani razlogi iz 53. člena tega zakona, odredi prevoz osebe z reševalnim vozilom v najbližjo psihiatrično bolnišnico. (57. člen (2) ZDZdr). Členi, ki določajo pristojnosti in sodelovanje organov policije, so zlasti zelo pomembni za svojce, ki jim v primerih, ko gre za fizično močnega, nevarnega in neposlušnega bolnika, pomoč policije in drugih organov pomeni veliko pomoč in je pogosto edini način da zavarujejo bolnika ali pa sebe in svoje premoženje. Ob sprejemu v oddelek pod posebnim nadzorom osebo pregleda sprejemni zdravnik in izpolni obrazec. Če sprejemni zdravnik ob pregledu osebe ugotovi, da razlogi za zadržanje iz 53. člena tega zakona niso podani, sprejem odkloni. (58. člen (2) ZDZdr). Če sprejemni zdravnik ugotovi, da so podani razlogi za zadržanje iz 53. člena tega zakona, osebo zadrži na zdravljenju ter jo pouči o razlogih, zaradi katerih je zadržana, in o pravici do odvetnika. (58. člen (3) ZDZdr). Sprejemni zdravnik obvesti najbližjo osebo, zakonitega zastopnika in zastopnika o sprejemu osebe v oddelek pod posebnim nadzorom, in sicer v štirih urah od sprejema (58. člen (4) ZDZdr). O zadržanju osebe sprejemni zdravnik v štirih urah pisno obvesti direktorja psihiatrične bolnišnice (58. člen (5) ZDZdr). Direktor psihiatrične bolnišnice o sprejemu iz prejšnjega člena takoj obvesti pristojno sodišče (59. člen (1) ZDZdr). Obvestilo sodišču iz prejšnjega odstavka vsebuje najmanj naziv psihiatrične bolnišnice, osebno ime, EMŠO in naslov osebe, osebno ime, naslov in telefonsko številko najbližje osebe, osebno ime, naslov in telefonsko številko zakonitega zastopnika osebe, osebno ime zdravnika, ki je osebo napotil v psihiatrično bolnišnico, dan, uro in razlog napotitve, obrazložitev razlogov, ki utemeljujejo sprejem na zdravljenje brez privolitve, osebno ime in sedež odvetnika ter osebno ime zastopnika in naziv psihiatrične bolnišnice, na območju katere deluje. (59. člen (2) ZDZdr). Za odločanje o sprejemu brez privolitve v nujnih primerih je

pristojno sodišče, na območju katerega je sprejemna psihiatrična bolnišnica. (60. člen (1) ZDZdr). Postopek sprejema brez privolitve v nujnih primerih sodišče začne po uradni dolžnosti, ko prejme obvestilo direktorja psihiatrične bolnišnice o sprejemu osebe ali ko na kakšen drug način izve zanj (61. člen (1) ZDZdr). Sodišče v enem dnevu od prejema obvestila direktorja iz prejšnjega odstavka oziroma od dneva, ko izve, da je oseba sprejeta v psihiatrično bolnišnico brez svoje privolitve, s sklepom uvede postopek, v katerem postavi izvedenca in odvetnika osebe ter jo pouči o pravici, da lahko postavljenega odvetnika zamenja. Sklep vroči osebi, odvetniku, kateremu se vroči tudi obvestilo direktorja psihiatrične bolnišnice, zakonitemu zastopniku, najbližji osebi in zastopniku. (61. člen (2) ZDZdr). Sodišče v enem dnevu po izdaji sklepa o uvedbi postopka osebo obišče v oddelku pod posebnim nadzorom in jo v prisotnosti odvetnika, izvedenca in zastopnika zasliši, razen če na podlagi neposrednega stika z osebo ugotovi, da zaslišanje glede na njeno zdravstveno stanje ni mogoče. Sodišče lahko odvetniku in izvedencu sporoči datum in uro obiska v psihiatrični bolnišnici tudi po telefonu ali po elektronski pošti (62. člen (1) ZDZdr). Ob obisku izvedenec osebo pregleda in na zapisnik poda mnenje o njenem zdravstvenem stanju, ki vsebuje tudi oceno, ali obstaja možnost zdravljenja v nadzorovani obravnavi oziroma sprejema v varovani oddelok (62. člen (5) ZDZdr). Če sodišče ob obisku osebe iz prejšnjega člena presodi, da je za ugotovitev, ali so podani razlogi za zadržanje v oddelku pod posebnim nadzorom, potrebno opraviti nadaljnje medicinske preiskave, z začasno odredbo odloči, da oseba ostane na opazovanju v oddelku pod posebnim nadzorom največ dva dni od dneva izdaje začasne odredbe (63. člen (1) ZDZdr). Sodišče ob obisku zasliši izvedenca, lahko pa tudi zakonitega zastopnika, najbližjo osebo, lečečega zdravnika in druge, ki bi lahko dali podatke, pomembne za odločitev (64. člen (1) ZDZdr). Sodišče v treh dneh po obisku osebe izda sklep, s katerim odloči, da se osebo zadrži v oddelku pod posebnim nadzorom, osebo odpusti iz oddelka pod posebnim nadzorom, osebi odredi sprejem v varovani oddelok socialno varstvenega zavoda ali osebi odredi nadzorovano obravnavo (65. člen (1) ZDZdr).

V primeru, ko gre za hospitaliziranje brez privolitve bolnika na podlagi sklepa sodišča, pa po prejemu predloga sodišče odredi, da osebo pregleda izvedenec oziroma izvedenka psihiatrične stroke in v treh dneh poda mnenje o njenem zdravstvenem stanju, ki vsebuje tudi oceno, ali obstaja možnost zdravljenja v nadzorovani obravnavi oziroma obravnave v varovanem oddelku. V odredbi sodišče določi izvajalca psihiatričnega zdravljenja, pri katerem se opravi pregled. Odredbo posreduje osebi, odvetniku, izvedencu in izvajalcu psihiatričnega zdravljenja. (43. člen (1) ZDZdr). Osebo lahko izvedenec pregleda tudi proti njeni volji, pod

pogoji, ki jih določa 44. člen tega zakona (43. člen (2) ZDZdr). Na predlog izvedenca lahko sodišče s sklepom odloči, da se oseba za največ dva dni zadrži v psihiatrični bolnišnici, če je to potrebno zaradi narave duševne motnje ali zato, ker se noče prostovoljno podvreči pregledu in ni mogoče drugače ugotoviti obstoja pogojev iz prvega odstavka 39. člena tega zakona (44. člen (1) ZDZdr). Če se pri zadržanju osebe ugotovi, da so izpolnjeni pogoji iz 53. člena tega zakona, se osebo sprejme na zdravljenje v skladu z določbami, ki urejajo sprejem na zdravljenje brez privolitve v nujnih primerih (44. člen (5) ZDZdr). Po pridobitvi mnenja izvedenca sodišče razpiše narok, na katerega povabi predlagatelja, osebo, odvetnika, zakonitega zastopnika, najbližjo osebo, zastopnika in druge, ki bi lahko dali podatke, pomembne za odločitev (46. člen (1) ZDZdr). Sodišče na naroku zasliši izvedenca, ki je izdelal mnenje iz prvega odstavka 43. člena tega zakona, in druge, ki bi lahko dali podatke, pomembne za odločitev. Sodišče zasliši tudi osebo, če je to glede na njeno zdravstveno stanje mogoče. Osebo, ki se zaradi svojega zdravstvenega stanja ne more udeležiti naroka, se lahko zasliši tam, kjer biva (47. člen (1) ZDZdr). Če sodišče po izvedenem dokaznem postopku ugotovi, da so izpolnjeni pogoji iz prvega odstavka 39. člena za sprejem v oddelek pod posebnim nadzorom, s sklepom odloči, da se osebo sprejme v oddelek pod posebnim nadzorom in določi tudi čas zadržanja, ki ne sme biti daljši od šestih mesecev, ter psihiatrično bolnišnico, ki naj osebo sprejme (48. člen (1) ZDZdr). Če sodišče ugotovi, da so izpolnjeni pogoji iz 75. člena tega zakona za sprejem v varovani oddelek brez privolitve, s sklepom odloči, da se osebo sprejme v varovani oddelek. V sklepu se določi tudi čas zadržanja v varovanem oddelku, ki ne sme biti daljši od enega leta, in socialno varstveni zavod, ki naj osebo sprejme (48. člen (2) ZDZdr). Če sodišče ugotovi, da so izpolnjeni pogoji iz drugega odstavka 80. člena tega zakona za sprejem v nadzorovano obravnavo, s sklepom odloči, da se osebo sprejme v nadzorovano obravnavo za obdobje, ki ne sme biti daljše od šestih mesecev. V sklepu sodišče na predlog psihiatrične bolnišnice, na območju katere ima oseba stalno ali začasno prebivališče, oziroma kadar nima prijavljenega ne stalnega ne začasnega prebivališča, na območju, na katerem dejansko biva, določi tudi koordinatorja nadzorovane obravnave ter vrsto in obseg njegovih pooblastil iz četrtega odstavka 87. člena tega zakona. (48. člen (3) ZDZdr). S sklepom iz prvega, drugega in tretjega odstavka tega člena sodišče osebi lahko omeji pravice iz drugega in tretjega odstavka 12. člena tega zakona (48. člen (4) ZDZdr). Če sodišče ugotovi, da niso izpolnjeni pogoji za sprejem iz prvega, drugega in tretjega odstavka tega člena, s sklepom predlog zavrne (48. člen (5) ZDZdr). Sklep iz prvega, drugega, tretjega in petega odstavka tega člena sodišče izda najkasneje v treh dneh po koncu naroka (48. člen (6) ZDZdr). Zoper sklep iz 48. člena tega zakona je dovoljeno vložiti pritožbo v treh dneh od

vročitve sklepa. Pritožba ne zadrži izvršitve sklepa (50. člen (1) ZDZdr). Na podlagi sklepa o sprejemu iz prvega in drugega odstavka 48. člena tega zakona psihiatrična bolnišnica oziroma socialno varstveni zavod v treh dneh od vročitve sklepa pozove osebo, da se določenega dne, najkasneje v sedmih dneh po pozivu, zgłosi v psihiatrični bolnišnici oziroma socialno varstvenemu zavodu. Izvod poziva pošlje tudi sodišču, ki je izdalo sklep, in odvetniku osebe. (52. člen (1) ZDZdr). Če oseba določenega dne ne pride v psihiatrično bolnišnico oziroma socialno varstveni zavod in svojega izostanka ne opraviči, direktor psihiatrične bolnišnice oziroma socialno varstvenega zavoda o tem obvesti sodišče, ki je izdalo sklep, izbranega osebnega zdravnika in odvetnika osebe ter odredi prevoz osebe z reševalnim vozilom. Direktor psihiatrične bolnišnice oziroma socialno varstvenega zavoda lahko pri izvedbi nujnega prevoza zahteva pomoč policije (52. člen (2) ZDZdr). Če tudi na način iz prejšnjega odstavka ni bilo mogoče izvršiti sklepa sodišča, direktor psihiatrične bolnišnice oziroma socialno varstvenega zavoda obvesti o tem sodišče. Če sodišče ugotovi, da je bil poziv za sprejem v oddelek pod posebnim nadzorom oziroma v varovani oddelek pravilno vročen, odredi privedbo (52. člen (3) ZDZdr).

12.4 Nekatere novosti ZDZdr in postopka hospitalizacije brez privolitve bolnika

ZDZdr prinaša novosti, ki jih je mogoče zaznati na veliko področjih. Do sprememb je prišlo v številnih postopkih, zlasti pomembne in nujno potrebne spremembe pa so nastale v postopkih, katerim je potrebno nameniti še več skrbi in premisleka, saj gre za postopke posebne narave, ki pomenijo dovoljene izjeme od varovanja človekove telesne in osebnostne integritete. Tak postopek je postopek prisilnega zdravljenja v zdravstveni organizaciji. Ker prejšnja pravna podlaga, po kateri je postopek potekal ni bila v skladu z ustavo in je kršila človekove pravice, je bila nadomeščena z novo. Sicer z dobrim ciljem sprejeta zakonodaja v ZDZdr pa žal odraža površnost in nepremišljenost pa tudi pomanjkanje upoštevanja mnenj stroke pri vsebinskem oblikovanju besedila. Nekatere pomembne novosti, ki so kar same kričale po novi ureditvi in so uzakonjene v novem ZDZdr, so bile resnično nujno potrebne, toda način in dikcija je pogosto takšna, da zakon nalaga prizadetim osebam ravnanja, ki jih je le težko ali nemogoče doseči in določa celo ponovne kršitve človekovih pravic. Vsebina ZDZdr, kakršna že pač je, rešuje veliko do zdaj odprtih vprašanj, nekatere pa odpira na novo.

Med najbolj pomembne novosti, zlasti v postopku hospitalizacije brez privolitve bolnika v zdravstveno organizacijo spadajo nasploh določbe o sprejemu na hospitalizacijo brez privolitve bolnika na podlagi sklepa sodišča, določbe o obrazloženosti obvestila o pridržanju, določbe o posebnih varovalnih ukrepih, določbe o nadzorovani obravnavi, določbe o obravnavi v skupnosti, določbe o zastopniku in zagovorniku, določbe o nacionalnem programu duševnega zdravja in določbe o rokih obveščanja, če omenim le nekatere.

Postopek hospitalizacije brez privolitve bolnika na podlagi sklepa sodišča je po mnenju mnogih preveč zapleten, kar naj bi se poznalo že zdaj v praksi. Že pri opravljenih simulacijah postopka je bilo ugotovljeno, da bi lahko preteklo več mesecev, celo pol leta, preden bi bolnik po tem postopku prišel do ustreznega zdravljenja. Razlog je zlasti v številnih zaporednih korakih postopka in možnih zapletov pri vročanju pozivov. Takšno odlašanje pa lahko odločilno vpliva na življenjsko kvaliteto bolnika in njegovih svojcev, še zlasti, ker je tak način sprejema predviden za ekstremne situacije, ko gre za ogrožanje življenja, zdravja ali premoženja bolnika ali drugih. Kako živijo določila v praksi, bo pokazal čas, zakon pa vsebuje tudi t.i. postopek v nujnih primerih, ki se zdi veliko bolj uporaben in ki bi lahko celo nadomestil običajni postopek.¹⁹⁹

¹⁹⁹ Povzeto po: Žmitek Andrej, Pravna praksa: Medicina in pravo, 2009/33, 27.8.2009, str.9.

Obvestilo o pridržanju mora obsegati podatke o pridržani osebi, o njenem zdravstvenem stanju in o tem, kdo jo je pripeljal v zdravstveno organizacijo. ZDZdr izrecno določa, naj obvestilo vsebuje tudi razloge, ki so narekovali izrek ukrepa hospitaliziranja brez privolitve bolnika. Le na podlagi teh razlogov pa sodišče lahko presodi, ali je bilo hospitaliziranje brez privolitve bolnika v posameznem primeru dejansko nujno. Ker gre za najhujše možno poseganje pravice in za najhujše možne ukrepe (ultima ratio), je obveščenost in obrazloženost obvestila nujno potrebna v postopku in predstavlja način za zagotavljanje pravne varnosti.

Poseben varovalni ukrep (telesno oviranje s pasovi in omejitev gibanja znotraj enega prostora) je ukrep, ki se uporablja za omogočanje zdravljenja bolnika ali zaradi odprave ali obvladovanja nevarnega vedenja. Zakon v 29. členu določa da: »posebni varovalni ukrep telesnega oviranja s pasovi ne sme trajati več kot štiri ure (...) Po preteku navedenega obdobja zdravnik preveri utemeljenost ponovne uvedbe posebnega varovalnega ukrepa.« Glede na dikcijo tega člena je treba telesno oviranje prekiniti, ne glede na telesno in psihično stanje bolnika, čeprav bi lahko utemeljeno pričakovali ponovitev avto- ali hetero- agresivnega vedenja. Pravilna dikcija bi morala biti: »Zdravnik preveri utemeljenost nadaljevanja posebnega varovalnega ukrepa.« Izvajanje uzakonjenega navodila tako pomeni resno ogrožanje tako bolnika, kot medicinskega osebja. Zdravnik je postavljen pred težko rešljivo dilemo, ali naj pusti bolnika privezanega oz. mu še naprej omejuje gibanje, torej, da ravna po svoji vesti in krši zakon, ali pa naj ravna po zakonu in tvega hud varnostni zaplet.²⁰⁰

Nadzorovana obravnava v skladu z 80. ZDZdr zakona pomeni obravnavo oseb s hudo in ponavljajočo se duševno motnjo, ki se izvaja na podlagi sklepa sodišča pod nadzorom psihiatrične bolnišnice, na območju katere ima oseba stalno ali začasno prebivališče, oziroma kadar nima prijavljenega ne stalnega ne začasnega prebivališča, na območju, na katerem dejansko biva, v skladu z načrtom nadzorovane obravnave izven psihiatrične bolnišnice v domačem okolju osebe. Zdravljenje osebe v nadzorovani obravnavi je dopustno, če gre za osebo s hudo in ponavljajočo se duševno motnjo, če se je že zdravila v psihiatrični bolnišnici brez privolitve, če je že ogrožala svoje življenje ali življenje drugih ali če je huje ogrožala svoje zdravje ali zdravje drugih ali povzročila hudo premoženjsko škodo sebi ali drugim, če je ogrožanje posledica duševne motnje, zaradi katere ima oseba hudo moteno presojo realnosti

²⁰⁰ Povzeto po: Žmitek Andrej, Pravna praksa: Medicina in pravo, 2009/33, 27.8.2009, str.9.

in sposobnost obvladovati svoje ravnanje in če se oseba lahko ustrezno zdravi v domačem okolju. Gre za nadomestilo zdravljenja v bolnišnici brez privolitve.²⁰¹

Zakon tako določa, da je mogoča nadzorovana oskrba tudi izven bolnišnice v domačem okolju. Gre za zelo pomembno določilo, ki je ogromnega pomena ne samo za bolnika, temveč tudi za svojce, ki so nemalokrat prepuščeni skupaj z bolnikom sami sebi. Svojci namreč verjamejo, da bo tako zdravljenje rešilo pogost problem nejemanja zdravil, predvsem v prvi fazi zdravljenja, ko je sprejemanje bolezenskega stanja zelo odklonilno. V tem občutljivem času, ki je tudi odločilen za nadaljnje življenje vseh vpletenih, je strokovna podpora in nadzor ter skupno sodelovanje še kako pomembno za ozdravitev bolnika in ponovno normalno vključitev v življenje.²⁰²

Po mnenju nekaterih pa je v tem primeru zelo težko nadzorovati dejanski potek nadomestnega, torej izvenbolnišničnega zdravljenja. Pri bolnikih, hospitaliziranih brez njihove privolitve, gre ponavadi za akutne duševne motnje iz skupine psihoz, psihiatrična stroka pa do zdaj še ne ve kako z zadostno in potrebno stopnjo zanesljivosti preverjati sodelovanje te skupine bolnikov, za katero je značilen pomanjkljiv uvid v bolezen, v pogojih ambulantnega zdravljenja. Tako naj bi pogosto prihajalo do zavlačevanja z zdravljenjem, ki se na koncu le mora opravljati v bolnišnici.²⁰³

Določbe 91. člena ZDZdr govorijo o **obravnavi v skupnosti**. Gre za izvajanje pomoči osebam, ki ne potrebujejo več zdravljenja v psihiatrični bolnišnici ali nadzorovani obravnavi, vendar potrebujejo pomoč pri psihosocialni rehabilitaciji, vsakdanjih opravilih, urejanju življenjskih razmer in vključevanju v vsakdanje življenje na podlagi načrta obravnave. V skupnosti se lahko obravnava oseba, ki pisno privoli v načrt obravnave v skupnosti. Gre za veliko podporo in pomoč, ki sta nujni za ljudi, ki ne potrebujejo več zdravljenja v bolnišnici ali v okviru nadzorovane obravnave. ZDZdr pa po mnenju mnogih v tem primeru zaradi doseganja kompromisa, določa tudi nedoslednosti in podvojitve. Vloge in funkcije nadzorovane obravnave in obravnave v skupnosti naj bi bile nejasne.

Po ZDZdr **zastopnik oziroma zastopnica pravic oseb na področju duševnega zdravja** varuje pravice, interese in koristi osebe v postopkih obravnave v oddelku pod posebnim

²⁰¹ Povzeto po: Žmitek Andrej, Pravna praksa: Medicina in pravo, 2009/33, 27.8.2009, str.9.

²⁰² <http://www.viva.si/Psihijatrija/2955/Zakon-o-du%C5%A1evnem-zdravju>, 6.5.2010.

²⁰³ Povzeto po: Žmitek Andrej, Pravna praksa: Medicina in pravo, 2009/33, 27.8.2009, str.9.

nadzorom, v varovanem oddelku in v nadzorovani obravnavi. S svojim delom zagotavlja učinkovitejšo zaščito ustavnih, zakonskih in drugih posebnih pravic oseb, nadzor nad sprejemom in pomoč pri uveljavljanju pravic pridržanih oseb v različnih vrstah obravnave. Hkrati pomaga preprečevati zlorabe, prikrajšanost, ki izhaja iz ranljivega položaja oseb z duševno stisko in pomaga k čim večji kvaliteti življenja ljudi, ki se znajdejo v takem položaju. Po eni strani si prizadeva, da oseba s težavami v duševnem zdravju ohrani svoje človeške in državljanske pravice, da ne pride do zlorab moči, nepotrebnega prikrajšanja, po drugi pa, da kljub svojemu položaju lahko uresničuje svoje interese, ostane dejaven in povezan s svojim okoljem. Podvojevanje funkcij in nejasne vloge pa so bile očitek nekaterih tudi v primeru določil o zastopniku. Ta se dodeli bolniku, čeprav je v postopek sprejema brez privolitve že vključen odvetnik. Poleg odvetnika in zastopnika na oddelku, ima bolnik tudi zastopnika na podlagi Zakona o pacientovih pravicah. Tako naj bi zakonodajalec, spet sicer v zasledovanju dobrega cilja, zaščite bolnika pred zlorabami, le-temu škodoval, saj je že v osnovi težko pridobiti zaupanje bolnika, ki ima moten stik z realnostjo, tu pa mu še zakonodajalec implicitno sporoča, da skuša zdravstveno osebje kršiti njegove pravice, saj ga ščiti s tremi oz. najmanj dvema zastopnikoma. Določbe zakona sicer prinašajo več delovnih mest, stroški in vpliv na stanje bolnikov pa se bo pokazal sčasoma.²⁰⁴

Za celovit in kvaliteten pristop k obravnavani problematiki in za potrebno kooperacijo pri razvoju inovacij in reševanju težav je uzakonjen program izvajanja programov v celotni Sloveniji. Razvojni cilji in potrebe na področju preventive, psihiatričnega zdravljenja, celovite socialno varstvene obravnave, nadzorovane obravnave in obravnave v skupnosti se opredelijo z **nacionalnim programom varovanja duševnega zdravja** za obdobje najmanj petih let. Nacionalni program duševnega zdravja vsebuje strategijo razvoja varovanja duševnega zdravja, akcijski načrt za varovanje duševnega zdravja, cilje, organizacijo, razvoj in naloge izvajalcev, mrežo izvajalcev programov in storitev za duševno zdravje, nosilce nalog za uresničevanje nacionalnega programa. Nacionalni program duševnega zdravja tako poudarja in uporablja večrazsežnostni pristop promocije in varovanja duševnega zdravja ter predlaga konkretne ukrepe, s katerimi bi omogočili usklajenost vrste dejavnosti na tem področju. Zajema tako programe promocije pozitivnega duševnega zdravja in preprečevanja duševnih bolezni kot tudi učinkovite načine in povečano dostopnost do zdravljenja duševnih težav. Mnenje nekaterih je, da je ključna točka ZDZdr prav nacionalni program varovanja duševnega zdravja, kajti tako je celotno področje duševnega zdravja bolje opredeljeno: razvojni cilji in

²⁰⁴ Povzeto po: Žmitek Andrej, Pravna praksa: Medicina in pravo, 2009/33, 27.8.2009, str.9.

preventiva, celovita obravnava v skupnosti z mrežo podpore in pomoči ter vse drugo, kar prispeva k ohranjanju nacionalnega duševnega zdravja.²⁰⁵

ZDZdr pogosto določa zelo **kratke roke**. Ker gre za postopke, kjer je od časa reakcije lahko odvisno tudi zdravje in varnost vpletenih je takšno predpisovanje razumljivo. Toda nekateri roki se zdijo le prekratki, s tem pa povzročajo nove težave. Veliko predpisanih rokov se niti tehnično ni mogoče držati. Tako npr. 58.člen(5) ZDZdr določa, da mora o zadržanju osebe sprejemni zdravnik v štirih urah pisno obvestiti direktorja psihiatrične bolnišnice. Direktor psihiatrične bolnišnice takoj o sprejemu obvesti pristojno sodišče. Ker sprejemi potekajo tudi popoldan, ob koncih tedna in ob praznikih, pisno obvestilo ni izvedljivo (telefaks pa se zaradi zaščite podatkov ne zdi primeren). Pa tudi če bi zdravnik oddal obvestilo – ali to pomeni, da mora biti direktor vedno in povsod, tudi doma, v stalni pripravljenosti in dosegljiv vsak dan v letu? Poleg vsega pa zakon v kazenskih določbah določa, da se odgovorne osebe, ki se morajo držati teh rokov, v primeru kršitve rokov kaznujejo z globami, ki niso nizke.²⁰⁶

»Zelo težko je izvajati procesna dejanja v takem sosledju, kot ZDZdr to predvideva.«, pravi tudi strokovnjakinja s pravnega področja, predsednica okrajnega sodišča v Ljubljani Vesna Pavlič Pivk. Opozarja tudi, da v postopkih o posebnih metodah zdravljenja, kjer odloča sodišče, primanjkuje strokovnjakov, ki pa so nujni za izdajo odločbe in da se strokovnjaki in ostali udeleženci le težko držijo procesnih rokov. Tako je zakonodajalec, sicer spet v želji narediti dobro zdravstvenemu stanju bolnika, predpisal nekatere očitno prekratke roke in s tem ponovno pahnili zdravnike in druge sodelujoče osebe v težko rešljivo situacijo.²⁰⁷

²⁰⁵ <http://www.ivz.si/index.php?akcija=novica&n=2054>, 10.5.2010.

²⁰⁶ Povzeto po: Žmitek Andrej, Pravna praksa: Medicina in pravo, 2009/33, 27.8.2009, str.9.

²⁰⁷ <http://www.tvslovenija.si/zdravje/zakon-o-dusevnem-zdravju-po-pol-leta-ze-cas-za-popravke/225260>, 15.5.2010.

13 SKLEP

Človek je na problematiko norosti oz. duševnega nezdravja zmeraj kot na nekaj tujega, ogrožajočega, nesprejemljivega, drugačnega in kot na nekaj, kar vzbuja strah. V človekovi psihi je globoko zasidrano, da je vsakršen odklon od »normalnega« pogleda na stvarnost aspekt, ki pomeni ogrožanje našega »malega sveta« v katerem dojemamo okolico in sebe in v katerem se počutimo varno. In ker bi sprememba malega sveta zavesti pomenila veliko grožnjo za našo varnost, se je pojavil strah. In prav strah je bil in še danes je, glavno gonilo za neprimerno ravnanje in dojemanje tovrstne problematike. Ljudje so se iz strahu do drugačnosti zatekali k nasilju in k trpinčenju ljudi z drugačnimi pogledi na svet, prepričanju pa tudi ljudi s psihičnimi težavami. To je veljalo tako za zgodovino, pa ponekod žal velja tudi še danes.

Z medkulturnega aspekta je nemogoče podati natančno in celovito definicijo mentalnega zdravja. Obstaja pa strinjanje o tem, da je definicija duševnega zdravja dosti širša, kot le pomanjkanje duševnih motenj. Zgodovinsko gledano je bila duševnost, v nasprotju z današnjim časom, velikokrat povezana z nadnaravnimi silami in usodo. Mogoče pa je opaziti velike razlike med zgodovinskim in današnjim pogledom. To je zasluga seznanjenja, izobraževanja in nabiranja znanja o duševnosti in duševnih težavah. Spremenil se je pogled na človeško bitje in na njegovo fiziologijo, pa tudi na ostale komponente človeške celovitosti in človeške narave. Človek je skozi čas, preko razvoja prišel do znanja, ki omogoča racionalne razlage prejšnjih demonskih del, pa tudi do tega, da so se zrušili marsikateri tabuji, ki so se pojavljali v povezavi s duševnimi težavami, zlasti zato, ker so ljudje začeli dojemati, da je enako, kot je lahko človekova fiziologija bolna, bolan tudi njegov duševni del ali pa osebna komponenta. Dandanes ima človeštvo na voljo visoko razvito tehnologijo, ki omogoča razumevanje marsikaterega pojava, ki se je pred časom zdel brez razloga, ali pa je bil razlog fantastične narave. Človekov razvoj in številna znanstvena dognanja, na področju genetike, biologije, kemije, medicine, psihe in še kje, je človeku omogočila, da razvije močno orožje za razumevanje, ki hkrati služi tudi za premagovanje strahu, saj tam, kjer je znanje in razumevanje, ni več potrebe za strah. To je pa zelo pomembno, saj omogoča bolj konstruktiven, konkreten in kar je najpomembnejše, prijazen in učinkovit način za premagovanje težav in za iskanje rešitev.

Razvoj na področju prava, pa tudi na področju medicine in duševnega zdravja, ni mogoče ločiti od splošnega trenda razvoja človeka skozi čas. Sicer je res, da je do razvoja na različnih

področjih človeške družbe, pa tudi za različne, sploh marginalne in deviantne družbene skupine, prišlo različno hitro in drugače. Kljub temu pa je potrebno na rezultate posameznih razvojnih trendov gledati kot na rezultate celovitega razvoja človeka s pomočjo interakcij, saj je s spremembo dojemanja na enem področju prišlo do spremembe tudi na drugem. Tako je na primer nedvomno razvoj, ki ga je človek bil deležen v humanizmu in konec temnih časov srednjega veka, ko so se začele krhati nekatere cerkvene dogme, močno vplival na mišljenje kasnejših generacij ljudi, ki so v povezavi z razširjeno zavestjo in novimi idejami o enakosti in človeku kot merilu, omogočili razvoj pravnih mehanizmov, ki prenašajo boljši položaj in kvaliteto življenja iz elit tudi na množice prebivalstva. Razvijali so se pravni mehanizmi, organizacije in institucije, ki so želele izboljšati bivanje vseh v družbi. To pomeni tudi obrobni skupini družbe, kamor spadajo ljudje z duševnimi težavami. Iz tega je razvidna močna korelacija med različnimi razvojnimi stopnjami segmentov v družbi.

Tako sem ugotovil, da se je človek zaradi neznanja, nepoznavanja dogajanja in ozkosti uma in zavesti, zatekal k nasilju in izživljanju nad osebami, ki so bile drugačne, hkrati, pa je to utemeljeval z krivičnimi »znanstvenimi« dognanji tistega časa. Kot je v diplomskem delu podrobneje opisano, se je to dolga stoletja in celo tisočletja manifestiralo kot vse mogoče zlorabe, kršitve človekovega dostojanstva, človekove telesne in duševne integritete in pogosto odvzem življenja. Ljudje so skozi zgodovino na duševne bolnike gledali kot na manjvredna bitja, pogosto jim niso priznavali niti človečnosti in so jih enačili z živalmi. Zaradi tega so bili bolniki žrtve človeškega strahu s strani svojcev, prijateljev, državnih oblasti, vladarjev, kapitala in nenazadnje nasploh žrtve nerazumevajoče družbe. Z razvojem je človek prišel do takšne stopnje razumevanja, da je postal sposoben premagati strah in se lotiti resničnih rešitev za težave duševnih bolnikov.

Med pomembne ugotovitve pri pisanju diplomskega dela štejem tudi vlogo nadnacionalnih organizacij in institucij, ki si prizadevajo za izboljšanje zdravja v družbi. Presenetil me je vpliv Svetovne zdravstvene organizacije, ki ga ima s svojimi mnenji in dajanjem smernic, hkrati pa me je to dejstvo prestrašilo. Do tega mišljenja me je napeljalo dejstvo, da tesno sodeluje z združenimi narodi in ostalimi organizacijami, za katerimi pa, resnici na ljubo, stoji kapital najmočnejših držav na svetu, ki si z njegovo pomočjo pomagajo do uveljavljanja lastnih interesov. Kljub vsemu pa je današnji čas enkraten, saj še nikoli do zdaj v človeški zgodovini, ni bilo toliko nadnacionalnih, nacionalnih in nevladnih organizacij, ki bi želele delati v smeri izboljšanja zdravja v celotni družbi, zlasti na pogosto pozabljenem področju duševnega zdravja.

Ugotovil sem, da je razvoj pravnih mehanizmov na področju duševnega zdravja, v prvi vrsti zasluga razvoja splošnih človekovih pravic in ideje, da ima vsak človek neodtujljive pravice, ki jih pridobi že s samim rojstvom. Vsak ima pravice, ne glede na njegove lastnosti in okoliščine v katerih se je rodil. Tako imajo tudi osebe z duševnimi težavami pravice, enako kot vsi ostali člani družbe. Do te stopnje razumevanja, še bolj pa do realizacije le tega, je bila dolga pot, ki je bila še bolj mukotrpna in trnova kot boj za ostale družbene skupine, zlasti zaradi zgodovinskega zatiralskega pogleda na duševne bolnike. Na koncu je ideja enakosti zaživela in živi tudi za osebe z duševnimi težavami. To danes izhaja tako iz smernic in direktiv nadnacionalnih organizacij, iz predpisov na evropski ravni pa tudi iz predpisov na nacionalni ravni. Pri tem ima zelo pomembno vlogo sistem zagotavljanja človekovih pravic, zlasti v Evropi, ki temelji na podlagi Evropske konvencije o človekovih pravicah, v kombinaciji z delovanjem Evropskega sodišča za človekove pravice. Pravni temelj za zaščito pravic vseh, torej tudi pravic bolnikov je prav ta konvencija, katere varuh je Evropsko sodišče. Odločitve sodišča so pomembne, ker so zavezujoče in so vzgled za nadaljnja ravnanja. Tako je sodišče v primeru Winterwerp proti Nizozemski, prvemu primeru duševnega zdravja, ki ga je obravnavalo, postavilo tri zahteve za zakonit pripor umsko bolne osebe. Ta zahteve pa so zavezujoče še danes.

Pri pisanju sem spoznal, da je za duševno zdravje namenjenih veliko sredstev, zlasti za zdravljenje in za preventivne ukrepe. Ugotovil sem, da duševni bolniki uživajo veliko podpore in zaščite, tudi na pravni ravni. Obstaja ogromno število predpisov in pravilnikov, ki želijo zaščititi in izboljšati stanje bolnikov, ter jim hkrati omogočiti pogoje za rehabilitacijo in vključitev v normalno življenje in vsakdan. Ugotovil sem, da se s to problematiko ukvarja veliko število vladnih (v okviru ministrstev) pa še več nevladnih organizacij (v Sloveniji so to npr. Šent, Mostovi, Altra, Ozara,...) in institucij ter organizacij na nadnacionalni ravni (npr. CPT - Evropski komite za preprečevanje mučenja in nehumane ali ponižujoče obravnave ali kaznovanja družbenih skupin) pa tudi nekatere samoiniciativne skupine in da je tej problematiki nasploh namenjeno več pozornosti kot sem pričakoval, hkrati pa me je začudila pogostost tovrstnih težav doma in po svetu. Med pisanjem diplomske naloge sem naletel tudi na podatek, da po ocenah nekaterih strokovnjakov, prihodnost prinaša še več težav z duševnim zdravjem kot jih je danes. Po teh ocenah naj bi v prišlo do porasta duševnih bolezni med prebivalstvom, in sicer naj bi v bodoče imela takovrstne težave kar ena četrtnina družbe. Pri tem pa je potrebno upoštevati mejo, kaj se šteje kot duševna motnja ali bolezen, pa tudi kje je meja »normalnosti«.

Ugotovil sem, da Slovenija, do pred kratkim, ni poznala enotnega zakona, ki bi vsebinsko določal cilje in strategije, postopke in omejitve pri zdravljenju duševnih bolnikov. V Sloveniji, je do leta 2003 področje duševnega zdravja določal del Zakona o nepravdnem postopku in Zakona o zdravstveni dejavnosti. Ta zakona, sta se v kombinaciji členov enega in drugega uporabljala za zdravljenje in ostale ukrepe na tem področju. Kljub mnogim pritiskom s strani svojcev, delavcev v zdravstvenih organizacijah, v nevladnih organizacijah in drugje, pa je zakonodajalec kar petnajst let odlašal z enotno uzakonitvijo potrebne vsebine, kar nakazuje na zelo mačehovski odnos države do problematike duševnega zdravja.

Do pomembnega pravnega dogodka je prišlo leta 2003, ko je ustavno sodišče Republike Slovenije, na podlagi ustavne presoje o ustavnosti in zakonitosti ugotovilo, da so členi 70. do 81. Zakona o nepravdnem postopku v neskladju z ustavo in da kršijo človekove pravice. Presojala so se tudi določila Zakona o zdravstveni dejavnosti, za katere pa je bila ugotovljena skladnost z ustavo. Zaradi tega in zaradi vedno večje potrebe po novi zakonodaji in posledično vedno večjega pritiska z vseh strani, je zakonodajalec sprejel Zakon o duševnem zdravju. Strokovna javnost in osebe, ki so udeležene pri izvajanju novega zakona, so zakon sprejeli z odprtimi rokami. Vzrok temu pa ni bila vsebina ZDZdr, temveč dejstvo, da se je slovenski zakonodajalec po dolgih letih prigovarjanja iz vseh strani, nazadnje le odločil za uzakonitev potrebnih določil, ki bi celostno uredila področje problematike duševnega zdravja.

Ugotovil sem tudi, da se je v Sloveniji zgodila sprememba kazenske zakonodaje, in sicer je prejšnji KZ, nadomestil novi KZ-1, ki je začel veljati 1. novembra leta 2008. Sprememba KZ je prinesla številne novosti, zlasti tudi na področju problematike storilcev kaznivih dejanj z duševnimi motnjami. Ko gre za storilce z duševnimi motnjami, vse več držav opušča model postopanja z njimi v okviru kazenskega prava, po katerem se jim lahko izrečejo varnostni ukrepi kot posebna vrsta kazenskih sankcij in ga nadomešča z modelom, po katerem se v kazenskem postopku uporabljajo določbe kazenskega materialnega in procesnega prava o nesposobnosti za krivdo in nesposobnosti za sodelovanje v kazenskem postopku, v primeru ugotovljene neprištevnosti ali trajne nesposobnosti za sodelovanje v kazenskem postopku pa se storilec z duševnimi motnjami izrekajo posebni prisilni ukrepi, ki pojmovno oz. vsebinsko ustrezajo našim varnostnim ukrepom (zlasti tistim medicinske narave), ki so nadalje določeni s predpisi s področja duševnega zdravja, v kombinaciji s predpisi s področja kazenskega in ki se sicer izrekajo bodisi v posebnih kazenskih postopkih bodisi v civilnih postopkih bodisi v upravnih postopkih bodisi v kombinaciji naštetih postopkov.

Zakonodajalec je sicer dobronamerno sprejel KZ-1, ki pa ni ustrezno usklajen z ostalo zakonodajo na kazenskem področju (ZKP) kot tudi ne z zakonodajo s področja duševnega zdravja (ZDZdr). Tako je namesto jasnosti in ekonomičnosti prinesel le nove ovire za efektivno in kvalitetno reševanje težav. Zakonodajalec je zaradi površnosti povzročil veliko zmedo na področju usklajevanja omenjenih zakonov z KZ-1. Zakonodajalec je želel doseči izključitev vseh kazenskopравnih sankcij zoper neprištevne in bistveno zmanjšano prištevne storilce. Tako so na primer ukrepi hospitalizacije brez privolitve bolnika za neprištevne in bistveno zmanjšano prištevne danes urejeni v ZDZdr, kot ukrepi nekazenske narave, kar je mogoče sklepati tudi iz 376. člena KZ-1. Na prvi pogled se zdi, kot da je zakonodajalec ravnal dosledno, ko v KZ-1 ni uvrstil določb o varnostnih ukrepih medicinske narave, ki se izrekajo neprištevni in bistveno zmanjšano prištevni storilec. Vendar pa je hkrati v KZ-1 uvrstil določbe o varnostnih ukrepih nemedicinske narave. Tako je ohranil dosednji pluralistični sistem kazenskih sankcij in tako tudi ni nobenega tehtnega razloga, da se tudi reakcija na manifestacijo duševnega motenj neprištevni in bistveno zmanjšano prištevni storilcev obravnava kot varnostni ukrep. Tovrstnih nepravilnosti je še mnogo, zaradi česar ugotovitve v zvezi z novim kazenskim normiranjem niso pozitivne, saj nova zakonodaja onemogoča tekoče delo sodišč in nasploh onemogoča pravno varstvo naslovnikov.

ZDZdr določa veliko novosti, ki so bile nujno potrebne za usklajeno in učinkovito delo. Prinaša veliko inovacij, med katerimi so zlasti pomembne obveznost odvetniške podpore uporabnikom v postopkih pred sodiščem, zastopništvo in zastopnik, nadzorovana obravnava v skupnosti in koordinator v skupnosti, obravnava v skupnosti in koordinator obravnave v skupnosti in Nacionalni program duševnega zdravja. Poleg tega jasno določa pravice, način omejevanja in ohranjanja pravic med bivanjem v ustanovi, regulira tvegane načine zdravljenja, regulira uporabo posebnih (prisilnih) sredstev med bivanjem v zdravstveni ali socialni ustanovi in vzpostavi razliko med namestitvijo v bolnišnico in socialno varstveni zavod.

Ugotovil sem tudi, da je zakon zastarel, saj je njegova vsebina stara kar 15 let, to pa je tudi čas, ki je bil potreben da se je zakonodajalec odločil za njegov sprejem. ZDZdr je po mnenju mnogih konservativen in nemalokrat podvaja funkcije sodelujočih v postopkih. To je moč zaslediti pri vlogi odvetnika in zastopnika ter nadzorovane obravnave v skupnosti in obravnave v skupnosti oz. koordinatorjev. Zakonodajalcu se očita tudi, da je po tako dolgem času čakanja, na hitro in brez zadostne strokovne podpore in konsenza naslovnikov zakona in sodelujočih, torej tako rekoč na lastno pest sprejel zakon, da pomiri duhove. Na pomanjkanje strokovne podpore pri oblikovanju teksta nakazuje tudi dejstvo, da so med drugim predpisani taki procesni roki, ki se jih je moč držati le na papirju in take določbe, ki stare nepravilnosti in kršitve, nadomeščajo z novimi.

ZDZdr pa je prinesel tudi veliko novega in potrebnega, kar daje novo upanje tako bolnikom, zdravnikom in ostalim delavcem pa tudi svojcem, ki so pogosto v težkem položaju in prepuščeni sami sebi. Zlasti je pomembno, da obstaja urejena pravna podlaga, za svojce pa še zlasti novosti kot nadzorovana obravnava in obravnava v skupnosti. Na premik na področju duševne problematike nakazujejo tudi strategije s tega področja, zlasti Nacionalni program duševnega zdravja, ki vsem udeleženi, še posebej pa bolnikom in svojcem obeta boljšo kvaliteto življenja in učinkovito podporo pri reševanju težav.

Postopek hospitalizacije brez privolitve bolnika po novem zakonu je doživel veliko težko pričakovanih sprememb. Mnogo med njimi je veliko takih, da jih vsi sodelujoči v postopku pozdravljajo, kot npr. obrazložitev sklepa o prisilnem zdravljenju, ki prej ni vseboval utemeljenih razlogov za tako globoke posege v človekove pravice. Nekateri člani ZDZdr pa so take narave, da je skozi njih jasno vidna zakonodajalčeva površnost pri kreiranju njihove vsebine. Zakon nadomešča derogirane člene Zakona o nepravdnem postopku in zelo podrobno določa procesna opravila in ravnanja. ZDZdr je zelo procesne narave. Je poln procesnih določil in pravil. Natančna določenost je bila sicer potrebna, toda ravno ta podrobnost in številčnost po mnenju mnogih nepotrebnih formalnih pravil pa se skozi zakonsko besedilo pogosto pokaže kot nevarno zavlačevanje. Kritizirana je tudi zapletenost in kopica procesnih pravil, ki po nepotrebnem le zavlačujejo postopek, ki bi moral potekati hitro, enostavno in transparentno in tako ovirajo hitro in uspešno zdravljenje bolnikov pri katerih je kritična prav začetna faza bolezni.

ZDZdr je bil s strani psihiatrične strokovne javnosti pa tudi s strani pravnih strokovnjakov deležen veliko kritik, bilo pa je tudi veliko pozivov, da bi zakon šel v ponovno obravnavo v državni zbor, kar se bo tudi verjetno zgodilo. Kljub temu, da ima zakon pomanjkljivosti pa je vseeno pomembna novost, na katero je javnost dolgo čakala. Skuša vzpostaviti kompromis med zahtevo po zaščiti pravic uporabnikov služb duševnega zdravja in ohranjanjem strokovne moči pa tudi med naprednejšim modelom duševnega zdravja in tradicionalnim-institucionalnim in med medicinskim in socialnim.

14 LITERATURA IN VIRI

Arhar France, Bučar France, Šturm Lovro, et.al., Komentar Ustave Republike Slovenije, Fakulteta za podiplomske in državne in Evropske študije, Ljubljana 2002.

Baucon Primož, (Kazensko)pravni položaj oseb z duševnimi motnjami, Revija Pravniki, letnik 64 (2009), str. 251 – 282.

Brulc Urban, Pirc Musar Nataša, Zakon o pacientovih pravicah (ZPacP), Uvodna pojasnila, Založba GV, Ljubljana 2008.

CPT, Poročilo o obisku v Estoniji (Vakla Social Welfare House), 1997, CPT (97) 61.

CPT, Poročilo o Romuniji iz leta 1995 »Combating Torture in Europe«, Rod Morgan in Malcolm Evans.

CPT, Poročilo o Hrvaški, 1998, CPT (99).

CPT, Poročilo o obisku v bivši jugoslovanski Republiki Makedoniji, 1998.

Flaker Vinko, Glasilo slovenskega združenja za duševno zdravje, Šent, Št. 02 April - Maj letnik XIV, str.6.

Foucault Michel, Zgodovina norosti v času klasicizma, Ljubljana, 1998.

Frangež Viktorija - Žigon, Mentalno zdravje, Univerza v Mariboru, Visoka zdravstvena šola, Maribor 1997.

Jeriček Klanšček Helena, Zorko Maja, Bajt Maja, Roškar Saška, Duševno zdravje v Sloveniji, Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije, Ljubljana 2009.

Korez - Plesničar Blanka, 18. posvetovanje medicina in pravo 2009, Zbornik izvlečkov, Zakon o duševnem zdravju z vidika psihiatra, Univerzitetni klinični center Maribor, 2009.

Kraljić Suzana, Diskriminacija in pravice človeka v slovenskih zaporih, Mednarodnopravne norme o prepovedi mučenja, ISCOMET, Maribor 2008, str. 11- 25.

Oreški Suzana, Družbeno pojmovanje duševnega zdravja: primer dveh slovenskih medijev, Ljubljana: Fakulteta za družbene vede, 2008, str. 8 – 25.

Žmitek Andrej, Pravna praksa: Medicina in pravo, 27.8.2009, str.9.

Internetni viri

http://www.who.int/features/2005/mental_health/beginnings/en/index.html, (22.3.2010).

http://bos.zrc-sazu.si/cgi/a03.exe?name=sskj_testa&expression=ge%3Dzdravje&hs=1, (13.3.2010).

http://en.wikipedia.org/wiki/Mental_health, (23.3.2010).

http://www.google.si/search?hl=sl&q=foucault+zgodovina+norosti&btnG=Iskanje&meta=&aq=f&aqi=&aql=&oq=&gs_rfai=, (24.3.2010).

http://www.mzz.gov.si/si/coe/o_svetu_evrope/organi_in_institucije_sveta_evrope/evropsko_sodisce_za_clovekove_pravice/, (1.4.2010).

<http://www.who.int/about/en/>, (26.3.2010).

<http://www.who.int/about/role/en/index.html>, (26.3.2010).

<http://www.wfmh.org/00about.htm>, (26.3.2010).

http://www.obzornikzdravstvenenega.si/Celoten_clanek.aspx?ID=078de839-8740-4886-b3c5-150a31cd6803, (17.5.2010).

http://ec.europa.eu/health-eu/health_problems/mental_health/index_sl.htm, (2.4.2010).

<http://daigaku20.wfmh.com/PDF/DeclarationHR&MH.pdf>, (29.3.2010).

http://www.mzz.gov.si/si/coe/o_svetu_evrope/organi_in_institucije_sveta_evrope/evropsko_sodisce_za_clovekove_pravice/, (1.4.2010).

http://www.coe.si/sl/evropsko_sodisce_za_clovekove_pravice/kako_se_pritoziti_na_sodisce/v_prasanja_in_odgovori/, (1.4.2010).

<http://vestnik.szd.si/st9/477-480.pdf>, (15.5.2010).

http://www.google.si/search?hl=sl&source=hp&q=u%C4%8Dni+material+za+odvetnike+in+NVO&meta=&aq=f&aqi=&aql=&oq=&gs_rfai=, (1.4.2010).

http://www.1cor.com/1315/?form_1155.replyids=758, (13.3.2010).

<http://www.rajnazemlji.net/pravnividikipsihiatrije>, (5.4.2010).

<http://www.rajnazemlji.net/pravnividikipsihiatrije>, (5.4.2010).

<http://www.uradni-list.si/1/objava.jsp?urlid=2003131&stevilka=5589>, (19.4.2010).

http://www.nebojse.si/portal/index.php?option=com_content&task=view&id=436&Itemid=2, (6.5.2010).

<http://www.viva.si/Psihiatrija/2955/Zakon-o-du%C5%A1evnem-zdravju>, (6.5.2010).

<http://www.ivz.si/index.php?akcija=novica&n=2054>, (10.5.2010).

<http://www.tvslovenija.si/zdravje/zakon-o-dusevnem-zdravju-po-pol-leta-ze-cas-za-popravke/225260>, (15.5.2010).

<http://www.zveza-sozitie.si/razlike-med-dusevnimi-bolezni-in-motnjami-v-dusevnem-razvoju.html>, (2.6.2010).

<http://www.psihiater-leser.com/452/494.html>, (2.6.2010).

http://www.hrastovec.org/fileadmin/user_upload/dokumenti/Strokovna_knjiznica/Ocepek_Julija_-_Mo__nosti_pla__anega_dela_stanovalcev_v_Zavodu_Hrastovec_-_Trate.pdf, (3.6.2010).

http://www.experiencefestival.com/mental_health_-_world_health_organization_definition_of_mental_health, (13.3.2010).

[http://www.fsd.uni-](http://www.fsd.uni-lj.si/mma_bin.php/$fId/2009091412224599/$fName/DRUZHENI+KONSTRUKTI+DUSEV+NEGA+ZDRAVJA.pdf)

[lj.si/mma_bin.php/\\$fId/2009091412224599/\\$fName/DRUZHENI+KONSTRUKTI+DUSEV+NEGA+ZDRAVJA.pdf](http://www.fsd.uni-lj.si/mma_bin.php/$fId/2009091412224599/$fName/DRUZHENI+KONSTRUKTI+DUSEV+NEGA+ZDRAVJA.pdf), (24.3.2010).

Pravni viri:

Deklaracija o človekovih pravicah in duševnem zdravju, (Declaration of Luxor), World federation for mental health (WFMH), 17.1.1989.

Evropska konvencija človekovih pravic, Uradni list RS(13.6.1994) MP, št. 7-41/1994 (RS 33/1994).

Evropski pakt za duševno zdravje in dobro počutje, UL L 201/49, 742/2008/ES, 2008.

Evropska konvencija o preprečevanju mučenja in nečloveškega ali ponižujočega ravnanja ali kaznovanja, Uradni list RS(14. 1. 1994) - MP, št. 1-1/1994 (RS 2/1994).

Kazenski zakonik, (KZ), Ur. L. RS, št. 95/2004, 2004.

Kazenski zakonik, (KZ-1), Ur. l. RS, št. 55/08 – popr.

Konvencija Združenih narodov proti mučenju in drugim oblikam okrutnega in nečloveškega ali ponižujočega ravnanja ali kaznovanja, Ur. L. RS – MP, št. 7/1993.

Mednarodni pakt o ekonomskih, socialnih in kulturnih pravicah, Ur.l. SFRJ, št. 7/1971.

Oviedska konvencija, Ur. L. RS, št. 70/1998, Ur.l. RS-MP, št. 17/1998.

Resolucija ZN 46/1991, Načela za zaščito oseb z duševno boleznijo in izboljšanje duševnega zdravja, 1991.

Splošna deklaracija o človekovih pravicah, resolucija št. 217 A (III), 10.12.1948.

Ustava Republike Slovenije /URS/Ur.l. RS, št. 33I/1991-I, 42/1997, 66/2000, 24/2003, 69/2004, 68/2006.

Zakon o duševnem zdravju, Ur.l RS, št. 77/2008, 2008.

Zakon o kazenskem postopku, Ur.l. RS, št. 63/1994 (70/1994 popr.).

Zakon o pacientovih pravicah, Uradni list RS, št. 15/2008, 2008.

Zakon o nepravdnem postopku Ur.l. SRS, št. 30/1986 (20/1988 popr.).

Zakon o zdravstveni dejavnosti, Ur.l. RS, št. 23/2005, 2005.

Zakonu o zašiti osoba s duševnim smetnjama (ZZODS), Narodne novine 111/97, 1997.

Primeri iz sodne prakse Slovenskih sodišč:

U - I - 25/95, 8.5.1997.

U - I - 158/95, 2.4.1998.

U - I - 96/06 - 13, 23/08 – ZBPP – B, 65/08.

U - I - 60/03 - 4 - 2 - 2003.

US - U - I- 328/04 - 22, 68/08.

US - U - I - 25/07 - 43.

VS07871 - Sklep II Ips 291/2004.

VS2005144 - Sodba I Ips 221/2009.

VS0012635 - Sklep II Ips 36/2010.

VS07871 - Sklep II Ips 291/2004.

Primeri iz sodne prakse Evropskega sodišča za človekove pravice:

Aerts proti Belgiji, številka primera: 61/1997/845/1051, (1998).

Aksoy proti Turčiji, številka primera: 21987/93, (1996).

Ashingdane proti Veliki Britaniji, številka primera: 8225/78, (1985).

Bensaid proti Veliki Britaniji, številka primera: 44599/98, (2001).

Botta proti Italiji, številka primera: 153/1996/772/973, (1998).

Chahal proti Združenemu kraljestvu, 70/1995/576/662, (1996).

Dudgeon proti Veliki Britaniji, številka primera: 7525/76, (1981).

Edwards proti UK, številka primera: 4647/99, (2002).

Greek case, Comm. Rep, 5. november, 1969.

Herczegfalvy proti Avstriji, številka primera: 10533/83, (1993).

Kawka proti Poljski, številka primera: 25874/94, (2001).

Keenan proti Veliki Britaniji, številka primera: 27229/95, (2001).

Nikolova proti Bolgarija, številka primera: 31195/96, (2001).

Niemietz proti Nemčiji, številka primera: 13710/88, (1992).

Rakevich proti Rusiji, številka primera: 58973/00, (2003).

Selmouni proti Franciji, številka primera: 25803/94, (1999).

Tomasi proti Franciji, primer številka: 12850/87, (1992).

Tyrer proti Združenemu kraljestvu, številka primera: 5856/72, (1978).

Varbanov proti Bolgariji, številka primera: 31365/96, (2000).

Winterwerp proti Nizozemski, številka primera: 6301/73, (1979).