

Prisilna hospitalizacija oseb z duševnimi motnjami z vidika standardov varstva človekovih pravic

Primož Baucon*

Avtor v prispevku opozarja na ustrezno ureditev ravnanja z osebami z duševnimi motnjami. Problematika položaja oseb z duševnimi motnjami zadeva celo vrsto temeljnih vrednot naše in vsakokratne demokratične družbe, kot so varstvo človekovih pravic in svoboščin ter sprejem meril za njihovo omejitve, varstvo oseb z duševnimi motnjami in varstvo družbe. Mednarodno pravo ureja pravni položaj oseb z duševnimi motnjami z mednarodnimi pogodbami in s t. i. mehkim pravom, ki ga sestavljajo mednarodni pravni dokumenti, ki niso pravno zavezujoči. Avtor opozarja tudi na neustrezno ureditev prisilnega pridržanja (zadržanja) in prisilne namestitve (t. i. »prisilne hospitalizacije«) t. i. »civilnih« in t. i. »kazenskih« pacientov z vidika nove slovenske kazenske zakonodaje in zakonodaje s področja duševnega zdravja. V zakonu, ki bo ustrezno urejal varstvo oseb z duševnimi motnjami (to bo: bodisi ustrezno spremenjen oziroma dopolnjen ZDZdr bodisi nov zakon, kar se zdi boljše rešitev), bo treba ustrezno urediti prisilno pridržanje (zadržanje) in prisilno namestitve »civilnih« oziroma »nekazenskih« pacientov, ki potrebujejo sodno varstvo svojih pravic. Ukrepe obveznega psihiatričnega zdravljenja neprištevnih in bistveno zmanjšano prištevnih storilcev bi bilo najboljšo normirati kot varnostni ukrep, ki ga bo izrekalo kazensko sodišče v kazenskem postopku, saj so varnostni ukrepi namenjeni tudi varstvu družbe (ob izpolnitvi strogih zakonskih pogojev zanje) in ne samo individualni prevenciji. Hkrati se bo treba vrniti k izvorni obliki krivdnega načela *nulla poena sine culpa*.

Glavne besede: prisilna hospitalizacija, ukrepi obveznega psihiatričnega zdravljenja, duševne motnje, mednarodni pravni dokumenti, človekove pravice

UDK: 616.89 : 616-035.4

Uvod

V Republiki Sloveniji si že nekaj časa prizadevamo za celovito pravno ureditev ravnanja z osebami z duševnimi motnjami. Tako je bil leta 2008 sprejet Zakon o duševnem zdravju¹ (ZDZdr), ki je začel veljati 12. 8. 2008, uporabljati pa se začne 12. 8. 2009, ki pa tega ni ustrezno uredil. Zato si bo treba še naprej prizadevati za sprejem ustrezne zakonodaje, ki bo celovito urejala pravice in svoboščine oseb z duševnimi motnjami.

Osebe z duševnimi motnjami imajo pravico do zdravljenja in varstva tako kot vse druge bolne osebe. Za vsak ukrep zdravljenja je praviloma potrebna privolitve (razen v primeru nujnega medicinskega posega). Osebe z duševnimi motnjami pa pogosto, prav zaradi svojega zdravstvenega stanja, niso sposobne presojeti, kaj je v njihovem interesu, in s svojim ravnanjem ogrožajo svoje življenje in zdravje. Zaradi tega je ob strogo določenih zakonskih pogojih dopustno takšno osebo prisilno namestiti in zdraviti tudi brez njene privolitve oziroma proti njeni volji. Poleg za samo sebe je oseba z duševnimi

motnjami pogosto nevarna za življenje in zdravje ali varnost drugih, zato sta tudi v teh primerih mogoča in upravičena prisilna psihiatrična namestitve in zdravljenje. Ker pomenita prisilna namestitve in zdravljenje z vidika osebe, zoper katero se uporabljata, hud poseg v njene pravice in temeljne svoboščine, zlasti v pravico do osebne svobode (prim. prvi odstavek 19. člena Ustave RS²), pravico do prostovoljnega zdravljenja (prim. tretji odstavek 51. člena Ustave RS, ki dopušča, da zakon določi izjeme od načela prostovoljnosti zdravljenja), pravico do varstva duševne integritete (prim. 35. člen Ustave RS), ki pomeni zlasti prepoved posegov v svobodo odločanja, pri čemer sta pravica do samoodločbe in pravica odločati o samem sebi,³ morata imeti podlago v ustavi, biti določena z zakonom, po sodišču in pod sodnim nadzorom.⁴

Psihično stanje oseb z duševnimi motnjami zahteva povečano opreznost in posebno varstvo pri določanju možnosti in pogojev za odvzem prostosti ter omejitev drugih pravic in svoboščin. Te osebe so še v posebej neugodnem položaju, ker

* Primož Baucon, univ. dipl. pravnik, Celje

¹ Uradni list RS, št. 77/08.

² Uradni list RS, št. 33/91-I, 42/97, 66/00, 24/03, 69/04, 68/06.

³ Polajnar-Pavčnik, s. 1272.

⁴ Prim. Goret; Jukić, s. 31–32.

težko (ali pa sploh ne) uveljavljajo svojo pravico do zdravljenja in ker se ne morejo učinkovito zoperstaviti omejitvam ali odvzemu svojih pravic in svoboščin. Številni primeri zlorab v preteklosti (in tudi v sedanjosti), ko gre za odvzem prostosti osebam, za katere se trdi, da imajo duševne motnje, še bolj poudarjajo to problematiko. Vidimo, da problematika varstva oseb z duševnimi motnjami zadeva številne temeljne vrednote vsake demokratične družbe.⁵

Pravne norme s področja duševnega zdravja

Današnje področje in usmeritve

Z razvojem sodobnih oblik zdravljenja duševnih motenj smo v zadnjih dveh desetletjih in pol priča znatnim spremembam zakonov o duševnem zdravju. Mnogo zakonov vsebuje določbe, ki dopuščajo ali zagotavljajo *proaktiven* pristop k varstvu duševnega zdravja, še posebej s pomočjo varstva duševnega zdravja v okviru skupnosti.⁶

V skoraj vseh državah so osebe z duševnimi motnjami ranljive zlasti na naslednje tri načine, ki se pojavljajo kot sodobno upravičevanje za sprejem zakonov o duševnem zdravju:

1. vse te osebe so boljne in verjetno potrebujejo zdravljenje;
2. njihova sposobnost za razumevanje, razmišljanje in odločanje je lahko (ali pa ne) prizadeta;
3. nagnjene so k stigmatizaciji.⁷

Upravičevanje je podano tudi za druge skupine. Družine oseb z duševnimi motnjami nosijo velik del bremena, povezanega z duševnimi motnjami. Strokovnjaki s področja duševnega zdravja (npr. psihiatri, psihologi, medicinske sestre in zdravstveni tehniki, delovni terapevti, socialni delavci), zavodi za varstvo zdravja, sodstvo, tožilstvo, policija idr. so se dolžni soočiti z občutljivimi razmerami, v katerih se pojavljajo osebe z duševnimi motnjami. Ministrstva za zdravje se soočajo z izzivom koordinacije navedenega. Javnost ima pravico biti zaščitena pred grozečim ravnanjem oseb z duševnimi motnjami ipd.⁸

Mednarodne pravne norme

Čeprav gre za resno problematiko, mednarodno pravo ni posvetilo dovolj pozornosti pravnemu položaju oseb z

duševnimi motnjami. Z izjemo nekaj mednarodnih pravnih dokumentov, ki se nanašajo izključno na osebe z duševnimi motnjami, se njihov položaj v glavnem ureja v okviru splošnega varstva človekovih pravic ali v okviru varstva pravic invalidnih oseb – kot širše kategorije.⁹

Mednarodno pravno varstvo oseb z duševnimi motnjami je zagotovljeno z mednarodnimi pogodbami (t. i. »hard law«) in s pomočjo t. i. »mehkega prava« (ang. »soft law«). Mednarodne pogodbe so danes najpomembnejši pravni vir za varstvo človekovih pravic in vsebujejo pravno zavezujoče norme. Med t. i. mehko pravo sodijo številne norme o človekovih pravicah, ki niso pravno zavezujoče. Gre za številne odločitve mednarodnih organizacij, ki se običajno imenujejo priporočila, deklaracije, resolucije, načela, pravila ali akcijski načrti. Prednost t. i. mehkega prava, ki dejansko predstavlja mednarodne standarde človekovih pravic, je v hitrosti in enostavnosti njegovega nastajanja in v tem, da zavezuje širši krog mednarodnih subjektov¹⁰ (za razliko od mednarodnih pogodb, ki veljajo le za tiste mednarodne subjekte, ki so jih ratificirali oziroma k njim pristopili). Lahko pa bi norme t. i. mehkega prava, ki ga je sprejelo večje število držav, postale mednarodno običajno pravo, ki bi veljalo za vse države.

1. Norme OZN

V okviru OZN je bilo sprejetih nekaj mednarodnih pravnih dokumentov, ki se nanašajo na osebe z duševnimi motnjami.¹¹ Ti, ki bodo prikazani v nadaljevanju, kažejo trenutne usmeritve:

a) Generalna skupščina OZN je leta 1991 soglasno sprejela *Načela za varstvo oseb z duševno boleznijo in za izboljšanje varstva duševnega zdravja*.¹² Čeprav formalno ne zavezujejo držav članic OZN, štejemo teh petindvajset načel za najpomembnejša sodobna načela o pravicah oseb z duševnimi motnjami in določbe varstva duševnega zdravja. Kritike na račun teh načel se nanašajo predvsem na očitek, da imajo ta načela nezadosten doseg in da so slabo oblikovana.¹³

Svetovna zdravstvena organizacija (angl. WHO) je v okviru svojih pristojnosti usmerjanja mednarodnih zdravstvenih vprašanj izdelala dva mednarodna pravna dokumenta

⁵ Prim. prav tam, s. 32.

⁶ Prim. Poitras; Bertolote, s. 120.

⁷ Prim. prav tam.

⁸ Prim. prav tam.

⁹ Prim. tudi Radivojević; Raičević, s. 11–12.

¹⁰ Prim. tudi prav tam, s. 12.

¹¹ Npr. Declaration on the Rights of Mentally Retarded Persons, UNGA Resolution 2856 (XXVI) of 20 December 1971; Declaration on the Rights of Disabled Persons, UNGA Resolution 3447 (XXX) of 9 December 1975.

¹² Principles for the Protection of Persons with Mental Illness and for the Improvement of Mental Health Care, UNGA Resolution 46/119 of 17 December 1991.

¹³ Prim. Poitras; Bertolote, s. 120.

kot pomoč k širjenju načel OZN: podroben sklop vprašanj, namenjen načrtovanju možnega dosega načel OZN,¹⁴ in kratek delovni dokument z naslovom *Zakon o varstvu duševnega zdravja: deset temeljnih načel*,¹⁵ katerega namen je opredelitev, razčlenitev in pomoč pri praktični izvedbi desetih temeljnih postavk iz omenjenih petindvajsetih načel OZN.¹⁶

b) *Standardna pravila o izenačevanju možnosti za invalidne osebe*¹⁷ – so sklop dvaindvajsetih proaktivnih pravnih pravil s pojasnili, ki naj bi zagotovili, da bodo lahko takšne osebe (vključujoč osebe z duševnimi motnjami) uveljavljale enake pravice in prevzemale enake obveznosti kot druge osebe. Njihov podarek na izvedbi v praksi se kaže v pravilu 15, imenovanem »Zakonodajca«, ki se glasi: »Države so dolžne ustvariti zakonsko podlago za ukrepe, s katerimi bi se dosegli cilji polnega sodelovanja in enakosti za invalidne osebe.«¹⁸ Ta pravila, za razliko od predhodnih dokumentov, ki so se v glavnem opirali na medicinski pristop, upoštevajo pristop na človekovih pravicah.¹⁹

c) *Deklaracija iz Caracasa*, ki so jo sprejeli številni zakonodajalci, združenja, nevladne organizacije, strokovnjaki s področja duševnega zdravja, javnozdravstvene veje oblasti in pravniki ob konferenci o »Restrukturiranju psihiatričnega varstva v Latinski Ameriki«, ki je potekala v Caracasu (v Venezueli) od 11. do 14. novembra 1990 pod pokroviteljstvom Panameriške zdravstvene organizacije. Kot novost Deklaracija iz Caracasa zahteva, da razne javne ustanove podprejo restrukturiranje psihiatričnega varstva v skladu s šestimi temeljnimi načeli, ki izhajajo iz premise, da »bolnišnične konvencionalne psihiatrične službe ne omogočajo doseganja ciljev, vsebovanih v varstvu, ki temelji na skupnosti, ki je decentralizirana, ki vključuje soudeležbo, ki je integrirajoča, stalna in preventivna«. In kar je pomembno, ob proklamiranju, da je treba psihiatrično varstvo rekonstruirati na ravni primarnega zdravstvenega varstva, ta deklaracija zahteva ponovno načrtovanje nacionalnih zakonodaj, da bi se zavarovale človekove in državljanske pravice duševno bolnih oseb in organizirale službe za varstvo duševnega zdravja, ki bi jamčile za izvajanje teh pravic.²⁰

č) Varstvo oseb z duševnimi motnjami ureja tudi *Konvencija o varstvu človekovih pravic in dostojanstvu človeškega bitja v zvezi z uporabo biologije in medicine: Konvencija o človekovih pravicah v zvezi z biomedicino*²¹ (v nadaljevanju: MVCPCB). V 7. členu te konvencije je izrecno urejeno varstvo oseb z duševnimi motnjami. Osebi s hudo duševno motnjo se sme brez njene privolitve opraviti poseg z namenom zdravljenja te motnje le, kadar bi opustitev takšnega zdravja 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 pridobiti ustreznih privolitve, se smejo brez odlašanja opraviti vsi tisti medicinski posegi, ki so nujno potrebni za zdravljenje prizadete osebe (8. člen MVCPCB). 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 (9. člen MVCPCB). 10. člen MVCPCB zagotavlja pravico do zasebnosti in do obveščenosti (poučenosti). Na podlagi te določbe ima vsakdo pravico do spoštovanja zasebnosti, ko gre za podatke o njegovem zdravju. Vsakdo ima pravico zvedeti za vsak podatek, pridobljen o njegovem zdravju. Spoštovati pa je treba tudi želje posameznika, da se mu ti podatki ne povedo. Izjemoma se lahko uresničevanje teh pravic zaradi koristi bolnika zakonsko omeji.²²

d) Najnovejša mednarodna pravna dokumenta, ki urejata varstvo oseb z duševnimi motnjami v okviru varstva pravic invalidnih oseb, sta Konvencija o pravicah invalidov²³ iz leta 2006 in pripadajoči Izbirni protokol k tej konvenciji. Ta konvencija je najpopolnejši tovrstni mednarodni pravni dokument, ki natančno ureja varstvo invalidnih oseb. Kot invalidnost (med drugim) obravnava tudi dolgotrajne duševne in intelektualne okvare, ki skupaj z različnimi ovirami lahko omejujejo, da bi ljudje s takimi okvarami enako kot drugi polno in učinkovito sodelovali v družbi (prim. 1. člen).²⁴

2. Dokumenti Sveta Evrope

Drugi vir so pravne norme, nastale v okviru Sveta Evrope. Priporočilo Parlamentarne skupščine št. 818 o položaju mentalno bolnih oseb iz leta 1977 je bil prvi pomemben dokument

¹⁴ WHO: Guidelines for the Promotion of Human Rights of Persons with Mental Disorders (Doc.: WHO/MNH/MND/95.4), Geneva, WHO, 1995.

¹⁵ Prim. WHO: Mental Health Care Law: Ten Basic Principles (Doc.: WHO/MNH/MND/96.9), Geneva, WHO, 1996.

¹⁶ Prim. Poiras; Bertolote, s. 121.

¹⁷ Standard Rules of the Equalization of Opportunities for Persons with Disabilities, UNGA Resolution 48/96 of 20 December 1993, v: A Compilation of International Instrument: Volume 1 (Second Part): Universal Instruments. New York, Geneva, United Nations, 1994.

¹⁸ Prim. Poiras; Bertolote, s. 121.

¹⁹ Prim. Rioux; Carbert, s. 5; Radivojević; Raičević, s. 20.

²⁰ Prim. Poiras; Bertolote, s. 121.

²¹ Uradni list RS – Mednarodne pogodbe, št. 17/98 (Uradni list RS, št. 70/98).

²² Odločba Ustavnega sodišča RS, št. U-I 60/03-20 z dne 04. 12. 2003 (Ur. list RS, št. 131/2003), 16. točka.

²³ Resolucija Generalne skupščine A/RES/61/106 z dne 13. 12. 2006.

²⁴ Ta konvencija, ki jo je ratificirala tudi Republika Slovenija (Uradni list RS, št. 37/08), velja od 3. 5. 2008. Več o tem glej pri Radivojević; Raičević, s. 16–18.

s tega področja, ki je bil sprejet zaradi številnih kršitev človekovih pravic »mentalno bolnih oseb«. Priporočilo Parlamentarne skupščine št. 1235 o psihiatriji in človekovih pravicah iz leta 1994 obravnava obvezen sprejem osebe v ustanovo za mentalno zdravje in tretma v njih, onemogočanje zlorab pri psihiatričnem zdravljenju in psihiatrično zdravljenje oseb, ki jim je odvzeta prostost. Priporočilo Odbora ministrov No Rec(2004)10 o zaščiti človekovih pravic in dostojanstva oseb z duševnimi motnjami poziva države članice, da okrepijo dostojanstvo, človekove pravice in temeljne svoboščine oseb z duševnimi motnjami, posebej tistih, ki so izpostavljene prisilni namestitvi v ustanove za mentalno zdravje ali prisilnemu zdravljenju.²⁵

3. Dokumenti EU

Kot tretji vir bi omenil le t. i. »Zeleno knjigo: Izboljšanje duševnega zdravja prebivalstva, Pot k strategiji na področju duševnega zdravja« iz leta 2005, ki jo je sprejela Evropska komisija (COM/2005/484 konč.) in ki je sprožila številne odzive v strokovni in laični javnosti. Ta dokument predvideva vrsto pobud in možnosti, ki lahko vodijo k izboljšanju stanja na področju duševnega zdravja.

4. Evropsko običajno pravo

Četrty vir predstavlja običajno pravo, ki je nastalo na podlagi Konvencije o varstvu človekovih pravic.²⁶ Ta konvencija je pooblastila Evropsko sodišče za človekove pravice, da sprejema odločbe, ki zavezujejo države, ki so to konvencijo ratificirale. Sodišče je sprejelo kar nekaj odločitev, ki se nanašajo na osebe z duševnimi motnjami, s čimer je vplivalo na trende zakonov s področja duševnega zdravja. V Evropi in tudi zunaj nje. Evropsko sodišče za človekove pravice je v svoji prvi sodbi o pravicah oseb z duševnimi motnjami, ki je odprla pot številnim drugim odločitvam o duševnem zdravju, to je v zadevi Winterwerp proti Nizozemski,²⁷ postavilo tri temeljne zahteve (t. i. »Winterwerpove zahteve«), ki morajo biti izpolnjene za zakonito prisilno pridržanje in prisilno namestitev duševno bolne osebe: (1) da je na podlagi objektivnih zdravstvenih standardov (to je objektivnega medicinskega izvedenstva) ugotovljena duševna motnja; (2) da narava in stopnja duševne motnje upravičujeta prisilno pridržanje in namestitev (zaradi resne nevarnosti zase ali za druge); (3) da prisilno pridržanje oziroma prisilna namestitev traja le toliko časa, kot traja duševna motnja, ki ga opravičuje. Posledica te sodbe je, da mora biti duševna motnja racionalno, objektivno ugotovljena in do-

kumentirana, ustrezne stopnje in trajanja, da bi se upravičil odvzem prostosti.²⁸

5. Mednarodne nevladne organizacije

Peti vir predstavljajo pravne norme, ki so bile sprejete na podlagi smernic, ki so jih dale mednarodne nevladne organizacije. Kot mednarodni konsenz interesnih skupin predstavlja jo te smernice koristne reference za zakonodajalce. Med temi normami sta pomembna zlasti dva mednarodna pravna dokumenta: Madridska deklaracija, ki jo je sprejelo Svetovno psihiatrično združenje leta 1966, kot ilustracija etičnih smernic profesionalnega združenja, in Deklaracija iz Caracasa, ki je bila sprejeta leta 1990, kot ilustracija regionalnega delovanja.²⁹

Madridska deklaracija, ki jo je sprejela Generalna skupščina Svetovnega psihiatričnega združenja (angl. »WPA, World Psychiatric Association«) 25. 8. 1996 in je nadomestila Havajsko deklaracijo, sprejeto leta 1983, dejansko kaže perspektivo psihiatrije. Sestavljena je iz uvodnega dela, v katerem so predstavljena načela, in sedmih glavnih načel ter dopolnjena s petimi t. i. »smernicami, ki se nanašajo na posebne situacije«. Teh sedem načel: (1) opisuje namen psihiatrije; (2) zavezuje k stalnemu izobraževanju; (3) zahteva, da so pacienti partnerji v procesu zdravljenja; (4) navaja posebne okoliščine, v katerih je dopustno zdravljenje pacienta proti njegovi volji; (5) zavezuje k obveščanju pacienta, če se poseg opravi na zahtevo tretje osebe; (6) zahteva varovanje tajnosti podatkov, ki si bili sporočeni kot zaupni; (7) navaja standarde za raziskovanje.³⁰

Prisilna hospitalizacija oseb z duševnimi motnjami

Splošno

Prisilna hospitalizacija je reakcija na manifestacijo duševnih motenj. Njena upravičenost načeloma ni sporna (če so seveda izpolnjeni vsi strogi zakonski pogoji zanjo), čeprav se pojavljajo številni pomisleki in tudi resne kritike, naslovljene na psihiatrijo in psihiatre. Pripombe se nanašajo na to, da gre za posege na področjih, kjer je intervencija neprimerna, da gre za področje medicine, ki ni dovolj nadzorovano, ker se psihiatrom dopušča, da odvzamejo prostost ljudem na način, ki ni mogoč v sodnem postopku, s čimer se postavlja vprašanje razmerja med psihiatrijo in človekovimi pravicami. Poudarjajo se številni primeri zlorabe psihiatrije, zlasti v politične namene (tudi v

²⁵ Prim. prav tam, s. 22.

²⁶ Uradni list RS – Mednarodne pogodbe, št. 7/94 (Uradni list RS, št. 33/94).

²⁷ Winterwerp Judgment, E. C. H. R., Ser. A, No 33, par. 40, 24 October 1979.

²⁸ Prim. Poitras; Bertolote, s. 121.

²⁹ Prim. prav tam, s. 121 in 122.

³⁰ Prim. prav tam, s. 122.

Republiki Sloveniji). Prav tako se kritizira paternalističen pristop psihiatrov.³¹ V pravu duševno bolnih se je, kot je zapisal Zupančič, npr. predpostavljalo, da država *objektivno* nastopa v interesu duševno prizadetega, čeprav se ta »*subjektivno*« z lastno inkarceracijo v duševni bolnišnici ravno ne strinja. Do preobrata je prišlo tisti trenutek, ko se je predrla ta domneva o objektivni skladnosti prida države in prida posameznika tako v mladoletniškem kakor tudi v pravu duševno bolnih.³²

Odločilno vlogo v procesu prisilne hospitalizacije imajo psihiatri, to je zdravniki specialisti s področja psihiatrije in nevropsihiatrije. Ta njihova vloga se kaže od postavljanja diagnoze in dajanja mnenja o potrebi in naravi zdravljenja ipd. do sprejema (ali le izvedbe) ustreznih odločitev v zvezi s tretmajem oseb z duševnimi motnjami (kot je npr. pridržanje oziroma zadržanje v psihiatrični ustanovi, zdravljenje). Seveda pa ne smemo dovoliti, da bi namesto sodišča opravljali sodno funkcijo, saj so psihiatri samo zdravniki in je tako lahko njihova funkcija le strokovno-medicinske narave, ne pa odločanje o pravicah in dolžnostih (tudi prostosti) posameznikov.³³

Razlogi za prisilno hospitalizacijo so zdravljenje oseb z duševnimi motnjami,³⁴ izboljšanje njihovega zdravstvenega stanja (medicinska indikacija), zavarovanje družbe pred njimi (socialna indikacija) oziroma pred njihovim lastnim ravnanjem, npr. pred samomorom, samopoškodbo (vitalna indikacija).³⁵

Praviloma sama medicinska indikacija ne zadošča za prisilno hospitalizacijo. Le v izjemnih primerih, ko bolnik ni sposoben izraziti svoje privolitve za zdravljenje, se lahko taka privolitev domneva – lahko se domneva, da bi takšno privolitev dal, če bi bil zdrav oziroma če v tem trenutku lahko skrbi za svoje pravice in koristi.³⁶ Po drugi strani pa se kot standardna razloga za prisilno hospitalizacijo upoštevata socialna in/ali vitalna indikacija.³⁷

V kazenskem (in kazenskem medicinskem) pravu govorimo o domnevni privolitvi kot o sklicevanju na takšne dejansko obstoječe in zaznavne okoliščine, iz katerih je mogoče utemeljeno

sklepati, da bi posameznik kot potencialni oškodovanec privolil v določeno poseganje v lastne pravne dobrine, ko je jasno, da ni niti privolil niti ni nasprotoval in tega tudi ne more storiti.³⁸

Postavlja se tudi vprašanje, kako obravnavati prisilno hospitalizirano osebo – kot osebo, ki se ji ne prizna pravno relevantna volja, ali kot osebo, ki ji je treba takšno voljo priznati, razen če ji ni odvzeta poslovna sposobnost ali je v takšnem psihičnem stanju, v katerem ni sposobna izraziti svoje volje na pravno relevanten način. Etično-pravna dilema, ki se tukaj pojavlja, se nanaša na meje t. i. *psihiatričnega paternalizma*. Gre za vprašanje privolitve osebe v prisilno hospitalizacijo za določen ukrep zdravljenja. Menim, da bi morali v primeru, ko bi oseba z duševnimi motnjami ohranila kognitivno in voljno sposobnost, spoštovati njeno voljo in je ne podvreči ukrepu zdravljenja, ki mu nasprotuje! Temu v prid govori tudi nujnost spoštovanja pacientove osebnosti in neposeganje v njegovo integriteto. Problem pa so mejni primeri. Dileme, ki bi pri tem lahko nastale, bi morali razreševati s pomočjo domnevanja tistega, kar naj bi v prihodnosti, v nekem (relativno) normalnem stanju, prisilno hospitalizirana oseba želela,³⁹ kar pa bi pravzaprav pomenilo tisto, kar psihiatri menijo, da je v interesu prisilno hospitalizirane osebe. Zato je pri tem potrebna posebna previdnost. Seveda pa zdravniki ne smejo opraviti takšnih medicinskih posegov, s katerimi bi bistveno posegli v integriteto oseb z duševnimi motnjami.⁴⁰

Resnost nekaterih posegov, kot sta npr. kemoterapija in psihokirurgija (uporaba katere je zdaj pri nas prepovedana), odpira nekatera dodatna vprašanja, predvsem zaradi njihove ireverzibilnosti (kar zlasti velja za psihokirurgijo). Z etičnega vidika se postavlja vprašanje njihove dopustnosti. Zdi se, da so v skladu z zahtevami medicinske etike tiste metode zdravljenja, ki imajo za cilj izboljšanje ali olajšanje zdravstvenega stanja prisilno hospitalizirane osebe, ne pa tudi tiste, ki bi bile le socialno determinirane (onesposabljanje pridržane osebe, reduciranje ali sprememba njene osebnosti samo zaradi tega, da bi se zmanjšala njena družbena nevarnost ali da bi se dosegli kakšni drugi socialni cilji).⁴¹

V zvezi s tem menim, da takšne posebne metode zdravljenja, ki jih predvideva novi slovenski ZDZdr, niso dopustne. Gre za zdravljenje z elektrokonvulzivno terapijo in hormonsko zdravljenje (prim. peti odstavek 9. člena ZDZdr), uporabo psihotropnih zdravil v vrednostih, ki presegajo najvišji predpisani odmerek (prim. šesti odstavek 9. člena ZDZdr; po sedmem

³¹ Prim. npr. Mason; McCall-Smith; Dika, s. 55; Mujović - Zornić, s. 253; Petrušić, s. 26.

³² Prim. Zupančič, s. 249, ki navaja primere iz sodne prakse ZDA: Kent v. U. S., 541 (1966); Williams v. U. S., 250 F. 2d 19 (D. C. Cir. 1957); Wyat v. Stickney, 32 F. Supp. 781 (1971); Jackson v. Indiana, 92 S. Ct. 1845 (1972) idr.

³³ Horvatić, s. 915, ki opozarja, da je preozko govoriti le o »duševno bolnih osebah«.

³⁴ Prim. Dika, s. 56.

³⁵ Prim. Dika, prav tam; Kaličanin, s. 45; Petrušić, s. 27.

³⁶ Prim. Mason; McCall-Smith, s. 288 in 289.

³⁷ Prim. Dika, s. 56; Grozdanić, s. 43.

³⁸ Prim. Bavcon in drugi, s. 252.

³⁹ Prim. tudi Mason; McCall-Smith, s. 288 in nasl.

⁴⁰ Prim. Dika, s. 72 in 73.

⁴¹ Prim. Mason; McCall-Smith, s. 294 in nasl.; Dika, s. 73.

odstavku 9. člena ZDZdr celo brez prisilne privolitve osebe ali skrbnika in brez odobritve zdravniškega konzilija, če oseba potrebuje nujno medicinsko pomoč in so izpolnjeni pogoji iz prvega odstavka 39. člena ZDZdr). Pri tem uporabo navedenih posebnih metod zdravljenja odobri sodišče v nepravdnem postopku le, če gre za sprejem na zdravljenje v oddelek pod posebnimi nadzorom brez privolitve po 39. in 53. členu ZDZdr (prim. deveti odstavek 9. člena ZDZdr). Prav tako se mi zdi nedopustno opravljanje znanstvenega raziskovanja na takšnih osebah po 11. členu ZDZdr. Uporaba takšnih posebnih metod zdravljenja ali opravljanje znanstvenega raziskovanja pri osebah z duševnimi motnjami (z vidika varstva človekovih pravic in temeljnih svoboščin) ne sodi v 21. stoletje!

Prisilna hospitalizacija z vidika psihiatrične stroke

Prisilna hospitalizacija vključuje številna resna etična vprašanja – splošna medicinsko-etična in psihiatrično-etična – ki jih je treba upoštevati pri pripravi in implementaciji zakonodaje s tega področja. Temeljna zahteva, ki jo moramo postaviti s tega vidika, je, da morajo zdravniki, ki sodelujejo pri prisilni hospitalizaciji, spoštovati temeljne človekove pravice svojih pacientov, to je oseb z duševnimi motnjami. Pri tem je treba spoštovati z zakonom predpisani postopek o ravnanju z osebami z duševnimi motnjami, kar pomeni udeleževanje pravice posameznika do zakonitega, poštenega postopka (t. i. »*fair trial*«), ko se odloča o njegovi usodi, saj se le tako lahko preprečijo ali vsaj omejijo zlorabe s strani tistih oseb, ki imajo moč, med drugim tudi s kontrolo njihovega ravnanja. Svoboda je preveč pomembna pridobitev sodobne, demokratične družbe, da bi odločanje o njej, oziroma o odvzemu prostosti, prepustili le psihiatrom. V vsaki pravni državi odločajo o odvzemu prostosti sodišča, ki morajo tako dobiti tudi ustrezno vlogo v postopku prisilne hospitalizacije. Prav zaradi tega se spoštovanje zakonskih norm kaže kot eden glavnih postulatov psihiatrične etike na pripravljenost psihiatrov, da spoštujejo osebnost svojih pacientov; je najboljša zaščita pred »znanstveno« aroganco in paternalizmom ter kaže na demokratično kulturo psihiatrov in drugih zdravnikov.⁴²

Ukrepi obveznega psihiatričnega zdravljenja in ZDZdr

Intencija slovenskega zakonodajalca je bila, da se pravni položaj neprištevnih in bistveno zmanjšano prištevnih storilcev ne ureja več s pravnimi normami kazenskega materialnega in procesnega prava. Jakulin je že pred leti zapisal, 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 sodijo med kazenske sankcije; da je izrek kazenske sankcije ne glede na njeno ime in namen lahko legitimen samo v primeru, če je sankcija izrečena storilcu za dejanje, ki ga je storil, ne pa za dejanje, ki bi ga storilec v prihodnosti šele utegnil storiti; da tako zasnovani ukrepi ne sodijo v sodobno kazensko pravo!⁴³

Zakonodajalec je torej želel doseči izključitev vseh kazensko-pravnih sankcij zoper neprištevnih in bistveno zmanjšano prištevnih storilcev. Ukrepi obveznega psihiatričnega zdravljenja neprištevnih in bistveno zmanjšano prištevnih storilcev po uveljavitvi zakona, ki bo urejal take ukrepe, ne bodo več varnostni ukrepi, ampak bodo to ukrepi nekazenske narave, ki se bodo izrekli po določbah tega bodočega zakona, kot je to mogoče sklepati iz dikcije 376. člena Kazenskega zakonika⁴⁴ (KZ-1). Vendar bi takšen model postopanja s storilci z duševnimi motnjami lahko uveljavili tudi brez spremembe krivdnega načela (po katerem je zdaj krivda predpostavka vseh kazensko-pravnih sankcij, in ne le kazni). Kot je zapisal Novoselec, je tudi takrat, ko je krivda le predpostavka kazni, povsem vseeno, ali se bodo neprištevnim storilcem izrekli ukrepi, predvideni s kazenskim, civilnim ali upravnim pravom, ker se v nobenem od teh primerov ne izreka kazen. In nadalje, da je pravilna trditev,⁴⁵ da se »ne more reči, da sistemi, ki izrekajo varnostni ukrep obveznega psihiatričnega zdravljenja v okviru kazenskega postopka, manj dosledno sprovajajo načelo krivde kot sistemi, ki izrekajo prisilno hospitalizacijo neprištevnim storilcem kaznivih dejanj v okviru civilnega postopka.«⁴⁶

Iz 376. člena KZ-1 izhaja, da bo urejal ukrepe obveznega psihiatričnega zdravljenja neprištevnih in bistveno zmanjšano prištevnih storilcev neki bodoči zakon. Pri tem pa ostaja nejasno, kateri je ta zakon, saj ZDZdr tega ne ureja ustrezno. Nekoliko pozneje sprejeti⁴⁷ ZDZdr očitno ni bil ustrezno usklajen⁴⁸ s KZ-1, tako da se postavlja vprašanje, ali se lahko šteje, da se napotilna norma iz 376. člena KZ-1 nanaša na ZDZdr.

⁴³ Prim. Jakulin, zlasti s. 56 in 109–110.

⁴⁴ Uradni list RS, št. 55/08, 66/08-popr. .

⁴⁵ Novoselec, s. 271.

⁴⁶ Turković, s. 80.

⁴⁷ KZ-1 je bil sprejet 20. 5. 2008 in objavljen 4. 6. 2008, ZDZdr pa je bil sprejet 15. 7. 2008 in objavljen 28. 7. 2008.

⁴⁸ Vzrok temu je očitno v tem, da Ministrstvo za zdravje RS, ki je pripravljalo ZDZdr, ni ustrezno sodelovalo z Ministrstvom za pravosodje RS, v okviru katerega se je pripravljala KZ-1, predvsem pa v tem, da pri pripravi ZDZdr niso sodelovali strokovnjaki za kazensko pravo, in tudi ne pravi strokovnjaki za civilno pravo, tako da so preveliko »težo« dobili psihiatri. Samo Ministrstvo za zdravje RS pa nima takšnih strokovnjakov (kot tudi nima ustreznih zadevnih pravnih strokovnjakov niti Ministrstvo za pravosodje RS), kar je tudi posledica njihove neustrezne kadrovske politike.

⁴² Zelo podobno tudi Dika, s. 57.

ZDZdr ne ureja posebej postopka za neprištevne in bistveno zmanjšano prištevne storilce (t. i. »kazenske« paciente). Tako t. i. »kazenskih« pacientov ne ločuje od drugih oseb z duševnimi motnjami. To neupravičeno izenačevanje »civilnih« in »kazenskih« pacientov (storilcev) se v ZDZdr kaže že v neustrezni terminologiji,⁴⁹ iz katere izvirajo tudi številne postopkovne posledice. Tako je že v tretji točki 2. člena ZDZdr (ki sicer opredeljuje pomen izrazov, uporabljenih v zakonu) 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 za neprištevno oziroma bistveno zmanjšano prištevno, v ZDZdr pa je mešanica med biološkimi in psihološkimi vzroki neprištevni oziroma bistveno zmanjšane prištevni. Pri tem pa manjka opredelitev neprištevne osebe oziroma eventualno bistveno zmanjšano prištevne osebe, ki bi vsebovala oba pogoja neprištevni oziroma bistveno zmanjšane prištevni (če bi urejanje ukrepov obveznega psihiatričnega zdravljenja bistveno zmanjšano prištevni storilcev ostalo zunaj kazenskega prava). Izrek ukrepa obveznega psihiatričnega zdravljenja (oziroma t. i. »kazensko-pravne« prisilne namestitve v ustrezni ustanovi) neprištevne osebe (oziroma eventualno tudi bistveno zmanjšano prištevne osebe) 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 neprištevno (oziroma bistveno zmanjšano prištevno), lahko ponovno storila dejanje, za katerega zakon (tj. kazenski zakonik) predvideva kazen (oziroma kaznivo dejanje v primeru bistveno zmanjšane prištevni).

Iz prvega odstavka 39. člena ZDZdr izhaja, da je sprejem (ustreznejše: namestitve) osebe v oddelek pod posebnim nadzorom brez njene privolitve dopusten zaradi zdravljenja (t. i. »medicinska« indikacija), če so kumulativno izpolnjeni naslednji pogoji: če ogroža svoje življenje ali če huje ogroža svoje zdravje (t. i. »vitalna« indikacija) ali če ogroža življenje drugih ali huje ogroža zdravje drugih ali povzroča hudo premoženjsko škodo drugim (t. i. »socialna« indikacija) ali sebi. Iz navedenega je razvidno, da gre za formalno popolno izenačitev t. i. »civilnih« in t. i. »kazenskih« prisilno zadržanih oziroma nameščenih oseb, čeprav gre za dve bistveno drugačni kategoriji oseb, ki jih nikakor ne moremo povsem enačiti. Iz dikcije prvega odstavka 39. člena ZDZdr je namreč tudi razvidno, da je v času zdravljenja najpomembnejši kriterij visoka stopnja aktualne nevarnosti (zase in za okolico), ne pa stopnja verjetnosti (nevarnosti) ponovitve nekega drugega hudega dejanja,⁵⁰ za katerega zakon (tj.

kazenski zakonik) predvideva kazen (oziroma drugega hudega kaznivega dejanja – pri bistveno zmanjšano prištevni storilcih), zaradi iste psihopatologije.

V prvem odstavku 40. člena ZDZdr je določeno, da se »postopek za sprejem osebe v oddelek pod posebnim nadzorom brez privolitve na podlagi sklepa sodišča začne na predlog izvajalca psihiatričnega zdravljenja, centra za socialno delo, koordinatorja nadzorovane obravnave, najbližje osebe ali državnega tožilstva«. Za neprištevne in bistveno zmanjšano prištevne storilce bo tak predlog nedvomno podal državni tožilec. Postavlja pa se vprašanje, v kakšnem postopku (kazenskem ali nepravnem), oziroma gre za vprašanje prehoda iz kazenskega v civilni (nepravdni) postopek.

Dejstvo je, da se določbe iz XXVIII. poglavja Zakona o kazenskem postopku⁵¹ (ZKP), ki urejajo t. i. varnostne ukrepe medicinske narave, niso spremenile (uskladile z KZ-1 in ZDZdr). Po začetku uporabe ZDZdr bo tako postalo sporno: določbe katerega zakona uporabiti (ZDZdr ali ZKP) za neprištevne in bistveno zmanjšano prištevne storilce (t. i. »kazenske« paciente). Glede na to, da gre za storilce dejanja, za katerega zakon (tj. kazenski zakonik) predvideva kazen (neprištevni storilci) oziroma za storilce kaznivih dejanj (bistveno zmanjšano prištevni storilci), bi morali uporabiti ZKP tako, da bi neprištevno oziroma bistveno zmanjšano prištevno ugotavljalo kazensko sodišče v kazenskem postopku in tudi izreklo ukrep obveznega psihiatričnega zdravljenja (bodisi kot varnostni ukrep bodisi kot prisilni ukrep, določen s predpisi s področja duševnega zdravlja – to bi bil lahko tudi spremenjeni in dopolnjeni ZDZdr), saj je ob ugotavljanju obstoja dejanja in neprištevni (oziroma bistveno zmanjšane prištevni) dobro spoznalo tudi osebnost storilca. V kazenskem postopku se tudi temeljiteje in po resnici ugotavlja dejansko stanje (razumljeno v smislu doktrine veljavnega modela ZKP), pa tudi več procesnih kvantel vsebuje kot nepravdni postopek, ki že zaradi svoje narave, zgradbe in manjših pravnih jamstev ni primeren za to, saj bi lahko komu vse prelahko izrekli takšne prisilne ukrepe medicinske narave. Pa tudi da lahko državni tožilec vložil predlog iz prvega odstavka 40. člena ZDZdr, mora biti podana podlaga v nekem pravnem dejstvu, za katero izve (se z njim seznaniti) verjetno le v kazenskem postopku. ZDZdr namreč o tem ne vsebuje nobenih določb. To pravno dejstvo pa je prav izvršitev dejanja, za katerega zakon (tj. kazenski zakonik) predvideva kazen (s strani neprištevni storilcev oziroma kaznivega dejanja bistveno zmanjšano prištevni storilcev). Zaradi navedenega menim, da bo treba uporabiti ustrezno spremenjene (oziroma dopolnjene) določbe (zdajšnjega XXVIII. poglavja ZKP).

⁴⁹ Več o predlagani terminologiji še pred sprejetjem KZ-1 in ZDZdr glej pri Baucon, s. 398–399.

⁵⁰ Za hrvaško pravo prim. tudi Goreta (2000/1), s. 321.

⁵¹ Uradni list 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.

Dejstvo je, da mora neprištevnost (in še zlasti bistveno zmanjšano prištevnost) ugotavljati kazensko sodišče v kazenskem postopku na podlagi izvida in mnenja sodnega izvedenca psihiatrične stroke. Prav tako po zdaj veljavnem ZKP kazensko sodišče hkrati ugotavlja tudi nevarnost storilca za okolico. Neprištevnost (in še zlasti bistveno zmanjšano prištevnost) bo moralo ugotavljati kazensko sodišče v kazenskem postopku tudi po začetku uporabe ZDZdr, že zaradi namena, cilja in zgradbe kazenskega postopka in ker pride do seznanitve z izvršitvijo dejanja, za katerega zakon (tj. kazenski zakonik) predvideva kazen (pri neprištevnih storilcih), oziroma kaznivega dejanja (pri bistveno zmanjšano prištevnih storilcih), najprej v (predkazenskem in) kazenskem postopku. Tudi kazensko sodišče je najbolj usposobljeno za ugotavljanje tega (kot 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. Tudi točka (trenutek) prehoda iz kazenskega v civilni (nepravdni) postopek ni opredeljena (ne v ZDZdr in ne v ZKP).

Če bi hoteli dosledno preiti (kar se s sprejemom KZ-1 in ZDZdr nakazuje samo po sebi) na model, po katerem bi neprištevnost ugotavljalo kazensko sodišče v kazenskem postopku, nevarnost za okolico (in zase) pa civilno sodišče v nepravdnem postopku (po neustreznih 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, že po zelo kratkem času (nekaj dni), do novega izvedenstva v nepravdnem postopku.⁵² Pri tem bi obe navedeni oceni temeljili na istih informacijah iz biografije in psihičnega statusa osebe, zaradi česar je logično, da se obe oceni sprejemata v okviru istega postopka. Nadaljnja nesmiselnost novega (»civilnega«) izvedenstva je v tem, da bi se: 1) paciente najpogosteje pošiljalo v isto ustanovo (zavod), kjer je bilo opravljeno že prvo izvedenstvo; 2) izvedenstvo, ki bi se eventualno zaupalo (na podlagi 43. pa tudi 44. člena ZDZdr) zunanjemu izvedencu (brez možnosti vpogleda v prejšnjo dokumentacijo, opravljeno morda celo na podlagi enega samega pregleda), ne moglo šteti za tako kakovostno kot tisto, opravljeno po najvišjih strokovnih standardih v okviru kazenskega postopka; 3) izvedenstvo, ki bi bilo zaupano zunanjemu izvedencu, ki bi dobil na vpogled prvo mnenje, ne bi moglo šteti za neodvisno od tega prvega mnenja in bi bilo lahko to drugo mnenje često le prepis prvega mnenja (če pa bi to drugo mnenje nasprotovalo prvemu, bi bila njegova strokovna »teža« vprašljiva – ponovno v primerjavi z ugotovitvami iz prvega mnenja, opravljenega po vseh pravilih »velikega« psihiatričnega izvedenstva).⁵³ Tako bi prišlo do nepotrebne podvajanja postopka, to je najprej vodenja kazenskega postopka za ugotovitev neprištevnosti in nato še nepravdnega postopka za ugotovitev nevarnosti za okolico.

Prisilni ukrepi, predvideni z ZDZdr, so podobni varnostnim ukrepom, vendar jih ne moremo imenovati varnostni ukrepi, ker jih ne izreka kazensko sodišče v kazenskem postopku. So pa ti prisilni ukrepi lahko dejansko časovno neomejeni, kar je nedopustno. Pri ukrepu sprejema: a) na zdravljenje v psihiatrično bolnišnico v oddelek pod posebnim nadzorom brez privolitve na podlagi sklepa sodišča se sicer določi čas zadržanja (po dikciji ZDZdr), ki ne sme biti daljše od šestih mesecev (prim. prvi odstavek 48. člena ZDZdr), a se lahko podaljšuje, vsakič največ za šest mesecev (prim. tretji odstavek 70. člena ZDZdr); b) v obravnavo v varovani oddelek socialnovarstvenega zavoda brez privolitve na podlagi sklepa sodišča se zadržanje lahko določi za največ eno leto (prim. drugi odstavek 48. člena ZDZdr), a se lahko podaljšuje vsakič največ za šest mesecev (prim. drugi odstavek 77. člena ZDZdr); c) na zdravljenje v nadzorovano obravnavo brez privolitve na podlagi sklepa sodišča se oseba sprejme v nadzorovano obravnavo za obdobje, ki ne sme biti daljše od šestih mesecev (prim. tretji odstavek 48. člena ZDZdr), a se lahko podaljšuje, vsakič največ za šest mesecev (prim. prvi odstavek 83. člena ZDZdr). Vidimo, da tako velja enak režim za t. i. »kazenske« in t. i. »civilne« paciente. Pri t. i. »kazenskih« pacientih gre tako za vrnitev na stanje pred 1. 1. 1995 (to je preden je začel veljati KZ iz leta 1994), ko je bilo trajanje varnostnih ukrepov medicinske narave časovno neomejeno.

Sklepne ugotovitve

Iz vsega navedenega vidimo, da problematika varstva oseb z duševnimi motnjami zadeva celo vrsto temeljnih vrednot naše in vsake demokratične družbe, kot so varstvo temeljnih človekovih pravic in svoboščin ter sprejem kriterijev za njihovo omejitve, varstvo oseb z duševnimi motnjami in varstvo družbe.

Formalna pravna pravila so potrebna, ker morajo biti pravice in dolžnosti vsem vnaprej znane, določene, logične, jasne in predvidljive. Varstvo oseb z duševnimi motnjami le z neformalno prakso lahko privede do arbitrarnega odločanja in neomejene uporabe postopkov po lastnem občutku.

Pomembno pa je predvsem izvajanje določb, ki jih vsebujejo formalni zakoni, saj sama reforma zakonodaje s področja duševnega zdravja, ki se v praksi ne izvaja, povzroča veliko škodo osebam z duševnimi motnjami, ker ustvarja lažen občutek doseženega.

Iz vsega do zdaj navedenega izhaja, da bi bilo najbolje ukrepe obveznega psihiatričnega zdravljenja neprištevnih in bistveno zmanjšano prištevnih storilcev normirati kot varnostni ukrep, ki ga bo izrekalo kazensko sodišče v kazenskem postopku.

⁵³ Prim. Za hrvaško pravo prim. Goret (2000/2), s. 313.

V zakonu, ki bo ustrezno urejal varstvo oseb z duševnimi motnjami (to bo: bodisi ustrezno spremenjen oziroma dopolnjen ZDZdr bodisi nov zakon, kar se zdi boljša rešitev), bo treba ustrezno urediti prisilno pridržanje (zadržanje) in prisilno namestitvev »civilnih« oziroma »nekazenskih« pacientov, ki potrebujejo sodno varstvo svojih pravic. Prisilno pridržanje (zadržanje) in prisilna namestitvev (kot varnostni ukrep) »kazenskih« pacientov pa morata ostati v pristojnosti kazenskih sodišč.

Literatura

1. Baucon, P. (2007): Varstvo oseb z duševnimi motnjami. **Pravnik**, št. 62/6–8, s. 373–402.
2. Bavcon, L., in drugi (2003): **Kazensko pravo**: Splošni del. Ljubljana, Uradni list Republike Slovenije.
3. Bluglass, R.; Bowden, P., eds. (1990): **Principles and Practice of Forensic Psychiatry**, Edinburgh, London, Melbourne, New York, Churchill Livingstone.
4. Dika, M. (2000): Prisilni smeštaj i prisilno zadržavanje osoba s duševnim smetnjama prema Prijedlogu ZZODS-a, v: Goreta, M.; Jukić, V., ur.: **Zakon o zaštiti osoba s duševnim smetnjama**: ideje, norme, implementacija, evalvacija. Zagreb, Medicinska naklada: Psihijatrijska bolnica Vrapče, s. 55–83
5. Goreta, M. (2000/4): Nekoliko priloga za komentar Zakona o zaštiti osoba s duševnim smetnjama. V: Goreta, M.; Jukić, V., ur.: **Zakon o zaštiti osoba s duševnim smetnjama**: ideje, norme, implementacija, evalvacija, Medicinska naklada: Psihijatrijska bolnica Vrapče, s. 319–325.
6. Goreta, M. (2000/2): Prijedlozi izmjena i dopune Zakona o zaštiti osoba s duševnim smetnjama. V: Goreta, M.; Jukić, V.: **Zakon o zaštiti osoba s duševnim smetnjama**: ideje, norme, implementacija, evalvacija, Medicinska naklada: Psihijatrijska bolnica Vrapče, s. 308–315.
7. Goreta, M.; Jukić, V., ur. (2000): **Zakon o zaštiti o osoba s duševnim smetnjama**: ideje, norme, implementacija, evalvacija, Medicinska naklada: Psihijatrijska bolnica Vrapče.
8. Goreta, M.; Peko-Čović, I.; Buzina, N. (2004): **Psihijatrijska veštačenja**: Zbirka ekspertiza, Knjiga prva: Kazneno pravo. Zagreb, Naklada Zadro: Psihijatrijska bolnica Vrapče.
9. Grozdanić, V. (2005): Pravni položaj forenzičke psihiatrije. V: Kozarić-Kovačić, D.; Grubišić-Ilić, M.; Grozdanić, V.: **Forenzička psihiatrija**, Zagreb, Medicinska naklada, s. 9–56.
10. Gunn J.; Taylor, P. S. (1993): **Forensic Psychiatry**: Clinical, Legal and Ethical Issues. Oxford, Butterworth-Heinemann.
11. Horvatić, Ž. (1989): Neka zapažanja o mogućim povredama ljudskih prava prinudnom hospitalizacijom duševno bolesnih i/ili poremećenih osoba. **Suplement Zbornika Pravnog fakulteta u Zagrebu**, št. 39/5-6, s. 911–926.
12. Jakulin, V. (1990): **Varnostni ukrepi**, Ljubljana, ČZ Uradni list Republike Slovenije.
13. Kaličanin, P. (1999): **Medicinska etika i medicinsko pravo**, Beograd, Institut za mentalno zdravlje.
14. Kobaš, M. F. (2000): **Psihopatologija za varnostno in pravno področje**. Ljubljana, Ministrstvo za notranje zadeve: Visoka policijsko-varnostna šola.
15. Novoselec, P. (2000): Kritički osvrt na neke odredbe općeg dijela Kaznenog zakona. **Hrvatski ljetopis za kazneno pravo i praksu**, št. 7/2, s. 263–293.
16. Mason, J. K.; McCall-Smith, R. A. (1987): **Law and Medical Ethics**. London, Butterworths.
17. Petrušić, N. (2007): Postupak za prinudnu hospitalizaciju osoba s mentalnim poremećajem u svetlu standarda zaštite ljudskih prava. **Temida**, št. 10/3, s. 25–39.
18. Poitras, S.; Bertolote, J. M. (2000): Zakonodavstvo u području duševnog zdravlja. V: Goreta, M.; Jukić, V., ur.: **Zakon o zaštiti osoba s duševnim smetnjama**: ideje, norme, implementacija, evalvacija. Zagreb, Medicinska naklada: Psihijatrijska bolnica Vrapče, s. 119–142.
19. Polajnar-Pavčnik, A. (1998): Varstvo ustavnih človekovih pravic med zdravljenjem. **Podjetje in delo**, št. 24/6-7, s. 1270–1276.
20. Radivojević, Z.; Raičević, N. (2007): Međunarodna zaštita osoba s mentalnim poremećajem. **Temida**, št. 10/3, s. 11–25.
21. Rioux, M.; Carbert, A. (2003): Human Rights and Disability: The International Context. **Journal on Development Disabilities**, št. 10/2, s. 1–14.
22. Rosner, R., es. (1998): **Principles and Practice of Forensic Psychiatry**. London, Arnold.
23. Venzlaff, U.; Förster, K., Hrsg. (2000): **Psychiatrische Begutachtung**: Ein praktisches Handbuch für Ärzte und Juristen. München, Jena, Urban in Fisher.
24. Turković, K. (1997): Pravni položaj osoba s duševnim smetnjama protiv kojih se vodi kazneni postupak. **Hrvatski ljetopis za kazneno pravo i praksu**, št. 4/1, s. 77–109.
25. Zupančič, B. M. (1991): **Kazensko procesno pravo**: Odločbe in razprave. Ljubljana, Časopisni zavod Uradni list Republike Slovenije.

Compulsory hospitalisation of persons with mental disorders from the aspect of the protection of human rights

Primož Baucon, LL.B.

The author calls attention to the adequate regulation of treatment of persons with mental disorders. The problem of the situation of persons with mental disorders concerns the whole range of basic values of any democratic society, such as protection of human rights and liberties and adoption of criteria for their restriction, protection of persons with mental disorders and protection of society. International law regulates the legal status of persons with mental disorders through international treaties and so called soft law, which consists of international instruments that are not legally binding. The author also highlights the inadequate regulation of compulsory detention and compulsory commitment (»compulsory hospitalization«) of so called »civil« and »penal« patients, from the perspective of the new Slovene penal legislation and mental health legislation. By an act that will regulate the protection of persons with mental disorders (this will be either a properly amended Mental Health Act or a new law, which seems to be a better solution), it will be necessary to regulate adequate compulsory detention and compulsory commitment of »civil« or »non-penal« patients in need of judicial protection of their rights. On the other hand, it would be best to define measures of compulsory psychiatric treatment of insane offenders and offenders committing acts in a state of diminished responsibility as safety measures, which would be imposed by a criminal court in criminal proceedings. Safety measures, namely, do not serve only the needs of individual prevention, but also the protection of society (by fulfilling very strict legal conditions for their imposition). At the same time, it will be also necessary to return to the original form of the principle of culpability *nulla poena sine culpa*.

Key words: compulsory hospitalisation, measures of compulsory psychiatric treatment, mental disorders, international instruments

UDC: 616.89 : 616-035.4