

ALMA MATER EUROPAEA
FAKULTETA ZA HUMANISTIČNI ŠTUDIJ – INSTITUTUM
STUDIORUM HUMANITATIS, LJUBLJANA
Humanistične znanosti

DOKTORSKA DISERTACIJA

Petra Koprivnik

ALMA MATER EUROPAEA
FAKULTETA ZA HUMANISTIČNI ŠTUDIJ – INSTITUTUM
STUDIORUM HUMANITATIS, LJUBLJANA

Humanistične znanosti

Petra Koprivnik, dr. med., spec. psih.

Mentor:izr. prof. dr. Rok Svetlič

Somentor:izr. prof. dr. Borut Škodlar, dr. med., spec. psih.

**NEPROSTOVOLJNO ZDRAVLJENJE IN VAROVANJE
ČLOVEKOVIH PRAVIC V PSIHIATRIJI**

Doktorska disertacija

Ljubljana, 2021

Zahvala

Najprej se iz srca zahvaljujem mentorjema, izr. prof. dr. Roku Svetliču in izr. prof. dr. Borutu Škodlarju, dr. med., spec. psih., za njuno potrpežljivost, naklonjenost, dostopnost, usmerjanje, skrb in spodbudo.

Za prostodušno privolitev v sodelovanje sem izjemno hvaležna gospodu, čigar zasebnost v disertaciji varujem in ga posledično imenujem le bolnik J.

Najlepša hvala Mateji Strbad, dr. med., spec. psih. in univ. dipl. slov., za skrbno lektoriranje tega besedila. Hvala tudi dragi prijateljici, dr. Andreji Avberšek, dr. med., spec. nevrologije, za angleški prevod povzetka.

Zahvaljujem se družini in prijateljem, ki so me med raziskovanjem in pisanjem disertacije venomer spodbujali in poskrbeli tudi za nujne delovne premore.

Nenazadnje, iskreno se zahvaljujem študijskim kolegom in profesorjem na Alma Mater Europaea – *Institutum Studiorum Humanitatis*. Brez kvalitetne in kontinuirane interakcije z njimi se na zame novem področju humanistike verjetno ne bi zadostno znašla.

Izjava o avtorstvu

Spodaj podpisana Petra Koprivnik izjavljam, da je doktorska disertacija v celoti moje avtorsko delo in da so uporabljeni viri in literatura korektno navedeni.

Slovenske Konjice, 8. 2. 2021

Lastnoročni podpis avtorice

Neprostopoljno zdravljenje in varovanje človekovih pravic v psihiatriji

Povzetek disertacije

Neprostopoljno zdravljenje bolnikov s hudimi duševnimi motnjami velja za kontroveržno in pogosto kritizirano psihiatrično prakso. Bolniki s hudo duševno motnjo, pri katerih presojamo utemeljenost neprostopoljnega zdravljenja, predstavljajo manjšino specifično ranljivih bolnikov v psihiatriji. S sprejemom bolnika brez njegove privolitve na varovano enoto psihiatričnega oddelka posežemo v njegovo pravico do prostosti. Za tovrsten terapevtski ukrep je nujna ustrezna zakonska podlaga – samo zakon lahko v določenih pogojih poseže v človekove pravice. Zakonska ureditev vprašanja neprostopoljnega zdravljenja predstavlja izrazito interdisciplinaren problem, h kateremu različne znanosti pristopajo z različnih vidikov. Še več, različne države (za okvir te disertacije služijo evropske) v nacionalnih zakonodajah zelo različno utemljujejo neprostopoljno zdravljenje v psihiatriji, kar nakazuje različne interpretacije abstraktnih človekovih pravic. Tako zagovorniki neprostopoljnega zdravljenja kot njegovi striktni nasprotniki se sklicujejo na posameznikovo avtonomijo (in z njo povezano pravico do zavrnitve zdravljenja), zaščito posameznikovega dostojanstva in iz le-tega izpeljanih človekovih pravic. Ti koncepti delujejo v kompleksni soodvisnosti. Bolnikova bolezensko zmanjšana avtonomija je med najpogostejšimi razlogi zavračanja zdravljenja – bolnik npr. nima uvida v lastno bolezen. Zakonodaje tega ne upoštevajo zadostno. Odločitev proti neprostopoljnemu zdravljenju je hkrati odločitev za opustitev zdravljenja. Zato bi morali v specifičnem kontekstu tehtati med posledicami neprostopoljnega zdravljenja za dostojanstvo bolnikov in nedostojanstvenim stanjem nezdravljene bolezni. Človekove pravice so soodvisne, da omogočimo koriščenje ene, moramo pogosto (začasno) poseči v drugo(e).

V disertaciji sem problem neprostopoljnega zdravljenja in varovanja človekovih pravic v psihiatriji raziskovala interdisciplinarno. Preverjala – in potrdila – sem tri **hipoteze**. Najprej, neprostopoljno zdravljenje v psihiatriji kot *ultima ratio* ukrep je nujno za varovanje človekovih pravic in dostojanstva ter ne pomeni *a priori*ne kršitve človekovih pravic. Opustitev neprostopoljnega zdravljenja lahko prav tako povzroči kršitev človekovih pravic. Na to hipotezo se tesno navezuje tretja, ki pravi, da je neutemeljeno neprostopoljno zdravljenje le ena plat kršitve dostojanstva psihiatričnega bolnika, saj nezdravljena huda duševna motnja večinoma vodi v popolno destrukcijo socialnega življenja, kar pa ima prav tako za posledico izgubo dostojanstva človeka. To utemljuje smiselnost neprostopoljnega zdravljenja kot zaščito dostojanstva in s tem človekovih pravic bolnika. Kar zadeva drugo hipotezo, preozka interpretacija obstoječega nevarnostnega principa v slovenskem *Zakonu o duševnem zdravju* ogroža zaščito bolnikovega dostojanstva in nekaterih njegovih pravic, zato bi moralo biti za boljšo zaščito bolnikovih pravic neprostopoljno zdravljenje utemeljeno s potrebo po zdravljenju, ki izhaja iz motene avtonomije subjekta, in ne (oz. ne zgolj) z nevarnostnim principom. Bolezenski uvid bi moral imeti centralno vlogo v procesu sprejemanja odločitve o neprostopoljnem zdravljenju.

S pomočjo različnih **raziskovalnih metod** sem analizirala in primerjala različne pristope k neprostopoljnemu psihiatričnemu zdravljenju v evropskem prostoru in primerjala druge zakonodajne rešitve s slovenskim *Zakonom o duševnem zdravju*. Pomagala sem si s študijami primerov nacionalnih zakonskih rešitev v točkah, ki utemljujejo neprostopoljno psihiatrično zdravljenje, kot tudi s študijo primera iz klinične psihiatrične prakse (primera bolnika s hudo duševno motnjo, pri katerem v isti epizodi bolezni sodišče najprej ni ugotavljalo danosti za neprostopoljno zdravljenje, v nadaljevanju pa). Uporabljala sem metodo hermenevitičnega branja temeljnih del s poudarkom na področjih avtonomije subjekta, dostojanstva in človekovih pravic, pri čemer sem vključila tudi pregled rezultatov razpoložljivih empiričnih študij.

Vključila sem analizo, primerjavo in shematizacijo psihiatričnih, pravnih in filozofskih konceptov, ki tvorijo osnovo različnih pristopov teh znanosti k problemu neprostoVOLjnega psihiatričnega zdravljenja. V smislu poskusa predloga uskladitve različnih evropskih zakonodaj, ki urejajo moment neprostoVOLjnega psihiatričnega zdravljenja, sem na osnovi raziskovalnih ugotovitev oblikovala sintetičen pogled na možno spremembo prakse. Pridobila sem soglasje Komisije Republike Slovenije za medicinsko etiko za izvedbo te doktorske disertacije (št. 0120 – 259/2020/3), ki vključuje podatke iz zdravstvenega spisa bolnika, imenovanega J.

V prvem poglavju se ukvarjam z vprašanjem avtonomije subjekta s hudo duševno motnjo. Danes v psihiatriji (pa tudi v pravu in filozofiji) velja, da je bolnikova avtonomija pri hudi duševni motnji lahko zmanjšana, posledično bolnik v določenih okoliščinah ne more sprejemati kompetentnih odločitev o zdravljenju. Eksplicitno se to dejstvo le redko nahaja v besedilu nacionalnih zakonodaj, ki urejajo neprostoVOLjno zdravljenje. Sposobnost sprejemanja odločitve o sebi – kot sicer pomanjkljivo definiran medicinsko-pravni koncept – je nujen pogoj za avtonomno delovanje posameznika. Potrebna je določena raven te sposobnosti, da posameznik lahko deluje avtonomno. V tem smislu sposobnost za sprejemanje odločitev o sebi deluje kot »vratar« pravice do avtonomije. Od nje je (oz. bolje, bi moralo biti) odvisno, ali bo pravica do avtonomije v individualnem primeru spoštovana. Sposobnost bolnika, da sprejema kompetentne odločitve o sebi, se giblje na kontinuumu, delovanje je torej avtonomno do določene mere, ocena je klinična. Ocenjuje se kontekstualno, zato se različno presoja tudi v odnosu do pristanka na zdravljenje na eni in do zavrnitve zdravljenja na drugi strani.

V grobem je prvo poglavje razdeljeno na tri sklope: etično-filozofskega (1.1), medicinsko-pravnega (1.2) in psihiatričnega (1.3). Najprej analiziram in primerjam različne koncepte avtonomije subjekta znotraj pluralistične medicinske etike. V drugem delu se posvetim analizi avtonomije bolnika v funkciji pravice do informiranega pristanka na zdravljenje oz. pravice do zavrnitve zdravljenja. Slednje je v Republiki Sloveniji različno urejeno v dveh vzporednih zakonih – *Zakonu o pacientovih pravicah* (ZPacP) in *Zakonu o duševnem zdravju* (ZDZdr). Nazadnje s psihiatričnega vidika izpostavim specifičen vpliv hudih duševnih motenj na avtonomijo subjekta, pri čemer posebno mesto zavzema posameznikov potencialno prizadeti bolezenski uvid do lastne spremenjenosti.

V drugem poglavju analiziram razvoj zakonodaj in aktualne različne pristope k vprašanju utemeljitve neprostoVOLjnega zdravljenja v psihiatriji, mednje umestim slovensko ureditev. Skozi desetletja je predhodno uveljavljeno načelo potrebe po zdravljenju v psihiatriji marsikje nadomestil nevarnostni princip. To je vodilo v nedostopnost zdravljenja za številne huje bolne posameznike, ki niso nikomur nevarni. Aktualno v Evropi obstajata dva modela regulacije neprostoVOLjnega psihiatričnega zdravljenja: a) izhajanje iz osnovnega kriterija hude duševne motnje v kombinaciji z različnima (kar je ključno) dodatnima kriterijema – nevarnosti in/ali potrebe po zdravljenju¹ in b) integrirana zakonodaja (ki odstopi od dihotomije med telesnim in duševnim zdravjem), kjer kriterija za neprostoVOLjno zdravljenje na vseh področjih medicine predstavljata oškodovana sposobnost za sprejemanje odločitev o zdravljenju in bolnikova največja korist. Tradicionalno v Evropi prevladuje prvi pristop, znotraj katerega se zaradi ohlapnosti definiranja hude duševne motnje pojavljajo pomembna odstopanja na ravni definiranja osnovnega kriterija, še večje razlike pa se pojavljajo na ravni rabe za neprostoVOLjno zdravljenje potrebnih dodatnih kriterijev (torej nevarnosti in/ali potrebe po zdravljenju).

Tretje poglavje namenjam raziskovanju kompleksnega koncepta dostojanstva. Njegovo sodobno razumevanje predstavlja izhodišče za temeljne in univerzalne človekove pravice.

¹ Ta pristop sicer redko vključuje oceno sposobnosti sprejemanja odločitev o zdravljenju.

Prizadevanje za spoštovanje človekovega dostojanstva je vseprisotno, abstraktnost tega koncepta pa nas postavlja pred težek izziv njegove interpretacije v konkretnih okoliščinah. Številne taksonomije dostojanstva otežujejo oblikovanje specifičnih praks. Tako v bioetičnem kontekstu beremo tudi o »reduciranju« dostojanstva na spoštovanje posameznikove avtonomije, o »uporabnosti« oz. »neuporabnosti« koncepta dostojanstva ipd. Iz kulturnih razlik in kulturnega pluralizma neizogibno izhajajo različne interpretacije načela dostojanstva, kar pravzaprav postavlja pod vprašaj možnost poenotenja praks v specifičnem momentu neprostovoljnega zdravljenja bolnikov s hudimi duševnimi motnjami. Smiselni okvir raziskovanja v kontekstu te disertacije ponuja ločevanje med abstraktnjšim intrinzičnim dostojanstvom in dostojanstvom v socialnih interakcijah, na kar opozarja N. Jacobson.² S pomočjo tega razlikovanja analiziram problem neprostovoljnega zdravljenja bolnikov s hudimi duševnimi motnjami – kot tudi problem opustitve tovrstnega zdravljenja. Pri sprejemanju odločitev o neprostovoljnem zdravljenju bi morali tehtati med posledicami neprostovoljnega zdravljenja za dostojanstvo bolnikov in nedostojanstvenim stanjem nezdravljene bolezni. O neprostovoljno zdravljenih bolnikih in njihovih izkušnjah vemo zelo malo, domala ničesar pa ne vemo o nezdravljenih bolnikih.

V četrtem poglavju se podrobneje ukvarjam s človekovimi pravicami in poudarim njihovo kompleksno soodvisnost: za uveljavljanje ene je lahko potreben poseg v drugo(e). Duševno zdravje in človekove pravice sta komplementarna pristopa: po eni strani je določena stopnja duševnega zdravja nujna za uveljavljanje človekovih pravic, po drugi strani so človekove pravice ključne za zaščito pravice do (najvišjega dostopnega standarda) duševnega zdravja. Nekateri avtorji izpostavljajo pomanjkljivo sistematičnost v povezovanju duševnega zdravja in človekovih pravic. Evropsko sodišče za človekove pravice učinkoviteje ščiti negativne pravice (avtonomija, zasebnost, prostost), medtem ko enako učinkovito ne zagotavlja pozitivnih, afirmativnih pravic, npr. specifično pravice do zdravja. Mnogi pravniki poleg tega opozarjajo na sistematično prezrto potrebo po ocenjevanju posameznikove sposobnosti za sprejemanje odločitev o zdravljenju v obstoječih zakonodajah.

Tehtanje med posameznimi človekovimi pravicami je odvisno od kriterija, s katerim je neprostovoljno zdravljenje utemeljeno. Pa vendar je ukvarjanje s posegom v pravice neprostovoljno zdravljenih bolnikov le ena plat zgodbe, drugo – sistematično prezrto – plat predstavlja vprašanje pravic *nezdravljenih* bolnikov. Ker je odločitev sodišča proti neprostovoljnemu zdravljenju hkrati odločitev za opustitev zdravljenja, se moramo nujno vprašati, kako z odločitvijo proti neprostovoljnemu zdravljenju posežemo v človekove pravice obolelega. Tu ima pomembno vlogo razlog, zaradi katerega bolnik zdravljenje odklanja: kadar je bolezenski, namreč kompromitira bolnikovo sposobnost kompetentne zavrnitve zdravljenja.

V zaključku se na osnovi raziskovalnih ugotovitev opredelim tudi glede konkretnih predlogov za spremembo obstoječih zakonskih praks. Delim jih na: a) kratkoročne predloge znotraj obstoječega ZDZdr, b) dolgoročne predloge v slovenskem prostoru in c) razmislek o možnostih harmonizacije evropskih pristopov v momentu neprostovoljnega zdravljenja.

Ključne besede: *neprostovoljno psihiatrično zdravljenje, človekove pravice, dostojanstvo, avtonomija subjekta, bolezenski uvid.*

² Nora Jacobson, *Dignity and health: A review*, 2007.

Involuntary treatment and the respect for human rights in psychiatry

Thesis Summary

Involuntary treatment of patients with severe mental disorders is considered a controversial and often criticised psychiatric practice. Patients with severe mental disorders for whom we assess the justification for involuntary treatment represent a specifically vulnerable minority of the psychiatric patient population. Compulsory admission of a patient in a high-security psychiatric unit violates the human right to liberty. An appropriate legal framework is a prerequisite for such therapeutic interventions as only law can under certain conditions interfere with human rights. The legal regulation of involuntary treatment represents a distinctly interdisciplinary problem, with differential approaches by different scientific disciplines. Furthermore, different countries (the European ones serve as the framework for this dissertation) justify involuntary treatment in psychiatry in very different ways, suggesting different interpretations of the abstract human rights. Both proponents and firm opponents of involuntary treatment refer to the autonomy of an individual (with the associated right to decline treatment), the protection of an individual's dignity, and the human rights deriving from them. There is a complex interdependence between these concepts. Reduced autonomy resulting from a disease is one of the most common reasons why patients decline treatment, e.g. a patient has no insight into their own illness. In general, this is not adequately taken into account by legislations. A decision against involuntary treatment is at the same time a decision to omit treatment. Therefore, the consequences of involuntary treatment for the patients' dignity should be weighed against the undignified state of untreated disease. As human rights are interdependent, we must often (temporarily) compromise one in order to allow honouring another.

In the present dissertation, I utilised an interdisciplinary approach to explore the problem of involuntary treatment and protection of human rights in psychiatry. I tested – and confirmed – three **hypotheses**. First, involuntary treatment in psychiatry as an *ultima ratio* measure is essential to protect human rights and dignity, and it does not *a priori* constitute a violation of human rights. On the other hand, omission of involuntary treatment can result in a violation of human rights. This hypothesis is closely linked to the third hypothesis which states that unjustified involuntary treatment is only one aspect of the violation of human dignity, as untreated severe mental disorders usually lead to a complete destruction of social lives of those affected by them, which in turn also results in the loss of human dignity. This represents a rationale for involuntary treatment as a measure to protect human dignity and consequently also human rights. The second hypothesis states that an excessively narrow interpretation of the existing principle of danger (i.e. danger of harm to self or others) in the Slovenian *Mental Health Act* compromises the protection of the patient's dignity and some of their rights. Consequently, involuntary treatment should be justified as the need for treatment deriving from the compromised autonomy of a subject and not (or not exclusively) the principle of danger. Patient's insight into their disease should play a central role in the process of deciding whether involuntary treatment is justified.

I used multiple **research methods** to analyse and compare different approaches to involuntary treatment in the European region and I compared other legislative solutions with the Slovenian *Mental Health Act*. I utilised studies of national legal solutions concerning the clauses covering involuntary psychiatric treatment, as well as a case study from psychiatric clinical practice (a case of a patient with a severe mental disorder in which the court initially rejected and later supported the justification for involuntary treatment for the same disease episode). I used the method of hermeneutic reading of fundamental works with the emphasis on subject autonomy, dignity, and human rights, including a review of the results of available empirical studies. Furthermore, I included an analysis, comparison, and schematisation of psychiatric, legal, and

philosophical concepts that form the basis of the different approaches of these sciences to the problem of involuntary psychiatric treatment. As an attempt at a proposal of harmonisation of diverse European legislations regulating the issue of involuntary psychiatric treatment, I formed a synthetic recommendation for a possible change in practice on the basis of my research findings. I obtained ethics approval from the Republic of Slovenia National Medical Ethics Committee to conduct this doctoral dissertation (ref. 0120 – 259/2020/3) which includes medical records data of a patient referred to as J.

In **Chapter 1**, I cover the question of the autonomy of a subject with a severe mental disorder. The current thinking in psychiatry (as well as in law and philosophy) is that a patient's autonomy may be reduced in the context of a severe mental disorder, in certain circumstances resulting in the lack of capacity to make competent decisions on treatment. This fact is rarely explicitly stated in the wording of various national legislations regulating involuntary treatment. The capacity to take decisions about oneself – as a generally insufficiently defined medico-legal concept – is a fundamental prerequisite for the autonomous functioning of an individual. A certain level of this capacity is necessary for an individual to act autonomously. In this sense, the capacity to make decisions about oneself functions as a »gatekeeper« of the right to autonomy. It determines (or should determine) whether the right to autonomy will be respected. The patient's capacity to make competent decisions about themselves exists on a continuum, so the actions are autonomous to a certain extent; the assessment is clinical. Clinical assessment is contextual; i.e. judgement also varies in relation to treatment consent on one hand and refusal of treatment on the other.

Chapter 1 is divided into three main sections: ethical-philosophical (1.1), medico-legal (1.2), and psychiatric (1.3). I first analyse and compare different concepts of subject autonomy within pluralistic medical ethics. In the second section, I focus on the analysis of the autonomy of a subject as a function of the right to informed consent to treatment or the right to decline treatment. In Slovenia, the latter is differentially regulated by two parallel Acts: the *Patients' Rights Act* and the *Mental Health Act*. Finally, I explore the specific impact of severe mental disorders on the autonomy of a subject, with the emphasis on an individual's potentially disease-related compromised insight into their own condition.

In **Chapter 2**, I analyse the evolution of legislation and the currently diverse approaches to the issue of the justification of involuntary treatment in psychiatry, positioning the Slovenian legislation among them. Over the past decades, the previously well established principle of the need for treatment in psychiatry has been replaced in many places by the principle of danger. This has resulted in the lack of access to treatment for many seriously ill individuals who do not pose a danger to anyone. As of now, there are two existing paradigms of regulation of involuntary treatment in Europe: a) deriving from the basic criterion of a severe mental disorder in combination with various (which is crucial) additional criteria: danger and/or the need for treatment,³ and b) integrated legislation (which disregards the dichotomy between the physical and mental health) where the criteria for involuntary treatment in all medical specialties include reduced capacity to make decisions regarding treatment and the patient's best interest. Traditionally, in Europe, there is a predominance of the first paradigm, within which there are significant deviations at the level of defining the fundamental criterion, caused by the lax definition of severe mental disorder, and even greater variability at the level of utilising the additional criteria needed for involuntary treatment (i.e. danger and/or the need for treatment).

Chapter 3 is dedicated to exploring the complex concept of dignity. Contemporary understanding of this concept represents the basis for the fundamental and universal human

³ This approach rarely involves an assessment of the ability to make treatment decisions.

rights. The pursuit of respect for human dignity are universal, but the abstract nature of this concept poses a difficult challenge in its interpretation in real-life circumstances. Variable taxonomies of dignity make it difficult to formulate specific practices. Thus, in the bioethical context, we also read about the »reduction« of dignity to respect for individual autonomy, and about the »usefulness« or »lack of usefulness« of the concept of dignity, etc. Cultural interpretations and cultural pluralism invariably lead to different interpretations of the principle of dignity, essentially calling into question the possibility of unifying the practices in the specific moment of involuntary treatment of patients with severe mental disorders. Distinction between the more abstract intrinsic dignity and social dignity, as pointed out by N. Jacobson,⁴ offers a meaningful framework for research in the context of this dissertation. Using this distinction, I analyse the problem of involuntary treatment of patients with severe mental disorders – as well as the problem of omitting such treatment. When making decisions about involuntary treatment, the consequences of involuntary treatment for the dignity of patients should be weighed against the undignified state of the untreated disease. We know very little about the experiences of patients undergoing involuntary treatment, and close to nothing about untreated patients.

In **Chapter 4**, I provide a detailed analysis of human rights, highlighting their complex interdependence: honouring one may require interfering with another. Mental health and human rights are complementary approaches: on the one hand, a certain level of mental health is essential for the realisation of human rights, on the other hand, human rights are key to protecting the right to (the highest attainable standard of) mental health. Some authors point out the lack of consistency in linking mental health and human rights. The European Court of Human Rights more effectively protects the negative rights (autonomy, privacy, liberty), but is not equally effective in protecting the positive, affirmative rights, e.g. specifically the right to health. Many lawyers additionally emphasise the systematic neglect of the need to assess an individual's ability to make decisions about treatment in existing legislations.

The balance between different human rights depends on the criteria on which involuntary treatment is justified. Nevertheless, dealing with the interference with the rights of involuntarily treated patients represents only one aspect, the other – systematically ignored – aspect is the question of the rights of untreated patients. Since the decision of the court against involuntary treatment is at the same time a decision to omit treatment, we must urgently ask ourselves how the decision against involuntary treatment encroaches on the human rights of the patient. Here, the reason why a patient refuses treatment plays an important role: when it is disease-related, it compromises the patient's ability to competently decline treatment.

In the **Conclusion**, I formulate tangible proposals for a change of the existing legislation on the basis of the research findings. I divide them into: a) short-term proposals within the existing Slovenian *Mental Health Act*, b) long-term proposals for the Slovenian region, and c) a consideration of the possibilities of harmonising European approaches in the moment of involuntary treatment.

Key words: *involuntary psychiatric treatment, human rights, dignity, autonomy of a subject, disease insight.*

⁴ Nora Jacobson, *Dignity and health: A review*, 2007.

KAZALO

UVOD IN IZHODIŠČA	1
1 PROBLEM AVTONOMIJE SUBJEKTA PRI HUDI DUŠEVNI MOTNJI	5
1.1 Avtonomija v medicinski etiki	9
1.1.1 Etika štirih načel in koncept individualne avtonomije	10
1.1.2 Integrativna psihiatrična etika in koncept relacijske avtonomije	15
1.1.3 Raba etičnega načela avtonomije v evropski bioetiki in biopravu.....	18
1.2 Informirani pristanek na zdravljenje ter dvojna zdravstvena zakonodaja – <i>Zakon o pacientovih pravicah in Zakon o duševnem zdravju</i>	21
1.2.1 Sposobnost sprejemanja odločitev o sebi – pravni in medicinski vidik	37
1.3 Huda duševna motnja in sposobnost sprejemanja odločitev o zdravljenju	48
1.3.1 Bolezenski uvid v psihiatriji	56
2 RAZLIČNE ZAKONODAJNE REŠITVE V EVROPSKIH DRŽAVAH	70
2.1 Kratek pogled v zgodovino psihiatričnih institucij – od varovanja do zdravljenja	75
2.1.1 Na poti do aktualnega slovenskega <i>Zakona o duševnem zdravju</i>	84
2.2 Različne utemeljitve neprostovoljnega psihiatričnega zdravljenja v evropskih nacionalnih zakonodajah	88
2.2.1 Osnovni in dodatni kriteriji kot temelj neprostovoljnega psihiatričnega zdravljenja	94
2.2.1.1 Nevarnostni kriterij	97
2.2.1.2 Kriterij potrebe po zdravljenju	100
2.2.2 Kriterija sposobnosti za sprejemanje odločitev o zdravljenju in bolnikove največje koristi	102
2.3 Utemeljitev neprostovoljnega zdravljenja v slovenskem <i>Zakonu o duševnem zdravju</i> – umestitev med evropske prakse	106

2.3.1. Primer J. ter problem psihiatrične in pravne interpretacije <i>hujšega ogrožanja svojega zdravja</i>	113
2.4 Psihiatrična in pravna interpretacija	115
2.4.1 Terapevtska jurisprudenca	119
3 DOSTOJANSTVO V KONTEKSTU HUDE DUŠEVNE MOTNJE	122
3.1 Intrinzično dostojanstvo kot moralna osnova za človekove pravice	130
3.2 Socialno dostojanstvo v kontekstu duševnih motenj	132
3.2.1 Neprostoovoljno zdravljeni bolniki in subjektivna ocena dostojanstva	134
3.2.1.1 Različne evropske izkušnje neprostoovoljno zdravljenih bolnikov	140
3.2.2 Svojci bolnikov z duševnimi motnjami	144
3.2.3 Psihatri, terapevti oz. zdravstveni delavci	146
3.2.4 Izkušnje neprostoovoljno zdravljenih bolnikov, svojcev, terapevtov in taksonomija dostojanstva, kot jo predlaga Nora Jacobson	150
3.2.5 Nezdravljeni bolniki s hudimi duševnimi motnjami	154
4 SPOŠTOVANJE ČLOVEKOVIH PRAVIC V LUČI RAZLIČNIH PRISTOPOV K NEPROSTOVOLJNEMU ZDRAVLJENJU HUDIH DUŠEVNIM MOTENJ V EVROPSKIH NACIONALNIH ZAKONODAJAH	159
4.1 Evropske konvencije za zaščito človekovih pravic in Evropsko sodišče	163
4.2 Svoboda in prostost v kontekstu neprostoovoljnega zdravljenja duševnih motenj	176
4.2.1 Pravica do prostosti in osebne varnosti	177
4.3 Pravica do duševnega zdravja	178
4.4 Iskanje ravnovesja med različnimi človekovimi pravicami – evropske prakse	186
4.4.1 Pravice neprostoovoljno zdravljenih bolnikov	186
4.4.2 Pravice nezdravljenih bolnikov	190
5 ZAKLJUČKI	199
LITERATURA	206

PRILOGE

Priloga A – Seznam kratic

UVOD IN IZHODIŠČA

Duševne motnje so po podatkih Svetovne zdravstvene organizacije med vodilnimi vzroki obolenja in invalidnosti. Po ocenah trenutno zaradi duševnih motenj na svetu trpi 450 milijonov ljudi.⁵ V štiridesetih odstotkih držav sveta še vedno ni ustreznih zakonodaj, ki bi urejale področje duševnega zdravja.⁶ Posebej iz držav z nižjim socio-ekonomskim statusom prihajajo poročila o kršitvah človekovih pravic na različnih ravneh obravnave.⁷

Psihiatrija je medicinska stroka, neprostovoljno zdravljenje bolnikov z duševnimi motnjami pa verjetno njena najbolj kontroverzna in najpogosteje kritizirana praksa. Pravniki redno izpostavljajo poseg v človekove pravice, ki ga predstavlja sprejem bolnika brez njegove privolitve na varovano (intenzivno) enoto psihiatričnega oddelka ali bolnišnice.⁸ Tovrsten poseg je lahko utemeljen le z ustrežno zakonsko podlago – samo zakon lahko v določenih pogojih poseže v človekove pravice.

V disertaciji uporabljam izraz *neprostovoljno zdravljenje* bolnikov s hudimi duševnimi motnjami. V pravni literaturi je običajno govora o zdravljenju brez privolitve (brez soglasja) bolnika, v skladu s potrebo po informiranem pristanku na zdravstvene posege v medicini. Pogosto zasledimo tudi izraza prisilno in protivoljno zdravljenje/zdravljenje proti volji. Posebej slednje je zaradi vprašljivosti prave volje bolnika neustrezno. V psihiatriji namreč predpostavljamo, da je bolnikova prava volja biti zdravljen, kadar bolezensko stanje zmanjša njegovo pravo oz. svobodno voljo. Mnogi avtorji izpostavljajo konflikt med posameznikovo voljo in njegovimi preferencami, ki so običajno medsebojno skladne, bolezensko pogojene spremembe preferenc pa pridejo v konflikt s (pravo) voljo. Gre za pomanjkljivo definirane pojme (takih je na interdisciplinarnem področju raziskovanja neprostovoljnega zdravljenja še več). Svobodna volja velja za enega najtežjih filozofskih konceptov. Filozofi izpostavljajo duševne motnje kot primere stanj, ki svobodno voljo okrnijo.

V disertaciji za subjekt v kontekstu zdravljenja duševnih (pa tudi telesnih) motenj uporabljam izraz *bolnik*. Sama sem zdravnica, specialistka psihiatrije, zato mi je raba izraza bolnik intuitivno bližja. Kot bomo videli, glede terminologije nista enotna niti v Republiki Sloveniji

⁵ World Health Organization, *World health report, Mental disorders affect one in four people*.

⁶ Mfoafo-M'Carthy in Huls, 2014, 1.

⁷ Mfoafo-M'Carthy in Huls, 2014, 1.

⁸ Za nazoren prikaz različnih izhodišč prava in psihiatrije glej npr. Saks, 2002, 5-19.

soobstoječa *Zakon o pacientovih pravicah* in *Zakon o duševnem zdravju*. Prvi striktno govori o pacientih, drugi o osebah.

Dvojna zdravstvena zakonodaja – ločeno za telesno in duševno zdravje – je sicer prevladujoča praksa večine evropskih držav, s čimer vzdržujemo v medicini preživeto dihotomijo med telesnim in duševnim zdravjem. Omenjeno vodi v neenakopravno obravnavo in diskriminacijo bolnikov z duševnimi motnjami ter pogloblja stigmo bolnikov in duševnih bolezni, nenazadnje pa tudi psihiatrije kot stroke. Mnoge aktualne spremembe zakonodaj zadnjih dveh desetletij se posledično odmikajo od omenjene dihotomije in iščejo ustrežnejše rešitve.

Zakone o duševnem zdravju pogosto opredeljujejo kot »pogodbo med psihiatrijo in družbo«.⁹ Kot taki močno presegajo medicinsko polje psihiatrije, ki se primarno ukvarja z diagnosticiranjem, zdravljenjem in rehabilitacijo bolnikov z duševnimi motnjami. Psihiatrija se na izrazito interdisciplinarnem področju določenih perečih vprašanj (med njimi vprašanja neprostovoljnega zdravljenja) slabše znajde. Mejna področja so praviloma »znanstveno podhranjena«, zaradi svoje kompleksnosti pa zahtevajo pozornost vseh vpletenih znanosti, skladno z njihovim razvojem.

Na področju vprašanja neprostovoljnega zdravljenja bolnikov s hudimi duševnimi motnjami se tako v ožjem smislu srečujejo medicina, pravo in filozofija, v širšem smislu pa gotovo tudi psihologija, socialne vede, antropologija, kriminologija, moralna teologija in druge vede. Biomedicinska etika je po naravi sicer izrazito interdisciplinarna, aktualno pa ne nudi zadostne opore pri razreševanju nekaterih najtežjih etičnih dilem sodobne psihiatrije. Že medicinska etika je pluralistična, posamezne etične teorije in metode so pogosto v konfliktu, mnogi avtorji pa izpostavljajo predvsem konflikte vrednot različnih strok (npr. medicine in prava).

V disertaciji k problemu neprostovoljnega zdravljenja in varovanja človekovih pravic v psihiatriji pristopam interdisciplinarno. Izhajam iz klinične realnosti težkih strokovnih in etičnih dilem sprejemanja odločitve o neprostovoljnem zdravljenju bolnika na varovani enoti in izrazito različnih pristopov evropskih nacionalnih zakonodaj, ki omenjeno regulirajo. Dejstvo, da je bolnik s hudo duševno motnjo v vsaki evropski državi obravnavan drugače (zdravljen ali ne) – v odvisnosti od zakonske dikcije in ne v odvisnosti od klinične slike – je edinstvena situacija v medicini, ki sicer stremi k ravnanju v skladu z mednarodno sprejetimi smernicami. Ustreznih smernic na tem področju nimamo, kar je rezultat pomanjkanja

⁹ Bhugra idr., 2017, 776; glej tudi Bhugra, 2008.

empiričnih dokazov o »najboljši praksi«. To pa je posledica različnih zdravstvenih in pravnih sistemov ter različnih kulturnih tradicij v odnosu do duševnega zdravja, zaradi česar smo pri raziskovanju soočeni z neprimerljivimi podatki (na kar redno opozarjajo mednarodna poročila).

Izhajam iz sledečih hipotez:

1) NeprostoVOLjno zdravljenje v psihiatriji kot *ultima ratio* ukrep je nujno za varovanje človekovih pravic in dostojanstva ter ne pomeni *a priori* kršitve človekovih pravic. Opustitev neprostoVOLjnega zdravljenja lahko prav tako povzroči kršitev človekovih pravic.

2) Preozka interpretacija obstoječega nevarnostnega principa v slovenskem *Zakonu o duševnem zdravju* ogroža zaščito bolnikovega dostojanstva in nekaterih njegovih pravic. Zato bi moralo biti za boljšo zaščito bolnikovih pravic neprostoVOLjno zdravljenje utemeljeno s potrebo po zdravljenju, ki izhaja iz motene avtonomije subjekta, in ne (oz. ne zgolj) z nevarnostnim principom. Bolezenski uvid bi moral imeti ključno vlogo v procesu sprejemanja odločitve o neprostoVOLjnem zdravljenju.

3) Neutemeljeno neprostoVOLjno zdravljenje je le ena plat kršitve dostojanstva psihiatričnega bolnika, saj nezdravljena huda duševna motnja večinoma vodi v popolno destrukcijo socialnega življenja, kar pa ima prav tako za posledico izgubo dostojanstva človeka. To utemeljuje smiselnost neprostoVOLjnega zdravljenja kot zaščito dostojanstva in s tem človekovih pravic bolnika.

Cilji disertacije so oblikovati prepričljiv koncept avtonomije subjekta pri hudi duševni motnji; prikazati prednosti in slabosti posameznih uveljavljenih zakonskih temeljev za neprostoVOLjno psihiatrično zdravljenje znotraj držav članic EU; raziskati koncepte dostojanstva, tako s teoretičnim pregledom kot iz maloštevilnih razpoložljivih empiričnih študij, in sicer z vidika vseh deležnikov v procesu (bolnikov, njihovih skrbnikov in terapevtov); poiskati prepričljivo ravnovesje v procesu tehtanja med posameznimi, pogosto medsebojno izključujočimi se človekovimi pravicami, in preveriti, ali je na točki odločitve o neprostoVOLjnem zdravljenju v evropskem prostoru vendarle možen konsenz (skupna praksa).

Kar zadeva raziskovalne metode, bom izhajala iz primerjave različnih pristopov k neprostoVOLjnemu psihiatričnemu zdravljenju v evropskem prostoru in, specifično, primerjave drugih zakonodajnih rešitev s slovenskim *Zakonom o duševnem zdravju*. Pomagala si bom s študijami primerov nacionalnih zakonskih rešitev v točkah, ki utemeljujejo neprostoVOLjno psihiatrično zdravljenje, kot tudi s študijo primera iz klinične psihiatrične prakse (primera

bolnika s hudo duševno motnjo, pri katerem v isti epizodi bolezni sodišče najprej ni ugotavljalo danosti za neprostovoljno zdravljenje, v nadaljevanju pa). Uporabljala bom metodo hermenevtičnega branja temeljnih del s poudarkom na področjih avtonomije subjekta, dostojanstva in človekovih pravic, pri čemer bom vključila tudi pregled rezultatov razpoložljivih empiričnih študij. Vključila bom analizo, primerjavo in shematizacijo psihiatričnih, pravnih in filozofskih konceptov, ki tvorijo osnovo interdisciplinarnega področja različnih pristopov k problemu neprostovoljnega psihiatričnega zdravljenja. V smislu poskusa predloga uskladitve evropskih zakonodaj, ki urejajo moment neprostovoljnega psihiatričnega zdravljenja, bom oblikovala sintetičen pogled na možno najboljšo prakso.

Komisija Republike Slovenije za medicinsko etiko je 16. junija 2020 podala soglasje za izvedbo te doktorske disertacije (št. 0120 – 259/2020/3), ki vključuje podatke iz zdravstvenega spisa bolnika, imenovanega J. Namenoma ne uporabljam imena in drugih biografskih podatkov bolnika ali njegovih družinskih članov, ki bi lahko vodili v njihovo prepoznavo.

1 PROBLEM AVTONOMIJE SUBJEKTA PRI HUDI DUŠEVNI MOTNJI

*Avtonomni subjekti lahko sami poskrbijo zase, medtem ko moramo neavtonomne zaščititi.*¹⁰

Problemi, povezani z bolnikovo avtonomijo, so pogost argument tako pri zagovoru¹¹ kot pri nasprotovanju neprostovoljnemu zdravljenju.¹² Danes v psihiatriji velja, da je pri hudi duševni motnji lahko motena bolnikova avtonomija (običajno začasno), posledično bolnik torej ne more sprejemati avtonomnih in kompetentnih odločitev, v prvi vrsti o potrebi po zdravljenju.¹³ Omenjeno je v ozadju (ne pa tudi v besedilu) večine zakonodaj, ki dovoljujejo oz. narekujejo odločitev o psihiatričnem zdravljenju brez bolnikovega soglasja. Kadar psihiater ocenjuje, da je zdravljenje nujno, sme in mora takega bolnika zadržati tudi, če se bolnik z zdravljenjem ne strinja. Za neprostovoljno zdravljenje v neizbežnih situacijah med drugim argumentirajo liberalni egalitarizem in druge moralne filozofije kot utilitarizem, komunitarizem in princip dobronamernosti oz. koristnosti (angl. *principle of beneficence*).¹⁴

Psihiatrija kot veja medicine, filozofija (specifično etika) in pravo se iz različnih perspektiv srečujejo s subjektovo avtonomijo. Sposobnost (zmožnost) odločanja o sebi (kot medicinsko-pravni koncept, angl. *mental capacity*) in pravica do avtonomnega odločanja (angl. *decisional autonomy*) predstavljata interdisciplinaren izziv, ki je v pravu ključen za institut informiranega pristanka na zdravljenje. Sposobnost odločanja o sebi je v medicini in pravu kompleksen koncept, ki ga je pogosto težko interpretirati,¹⁵ tesno je povezan s filozofskim konceptom avtonomije.¹⁶ Sposobnost odločanja o sebi je nujen pogoj za avtonomno delovanje oseb.¹⁷ Obstaja konsenz, da je potrebna določena raven te sposobnosti, da lahko delujemo kot avtonomne osebe, vendar obstajajo razhajanja glede vsebine oz. kvalitete avtonomije.¹⁸

¹⁰ Beyleveld in Brownsword, 2001, 42.

¹¹ Cilj zdravljenja (tudi neprostovoljnega) je tudi izboljšanje bolnikove bolezensko kompromitirane avtonomije, še posebej pri psihotičnih motnjah.

¹² Sjöstrand idr., 2015.

¹³ Omenjeni deficiti se poimenujejo zelo različno, motene so različne duševne funkcije. Pogosto je govor o moteni sposobnosti za racionalno presojo (Salize idr., 2002, 18).

¹⁴ Robertson in Walter, 2014, 91.

¹⁵ Freyenhagen in O'Shea, 2013, 53.

¹⁶ Owen idr., 2009a, 80; navedeno tudi v Koprivnik, 2020, 115.

¹⁷ Freyenhagen in O'Shea, 2013, 54.

¹⁸ Owen idr., 2009a, 81-82; Freyenhagen in O'Shea, 2013, 53-54; navedeno tudi v Koprivnik, 2020, 115.

Sposobnost odločanja o sebi deluje kot vratar za pravico do avtonomije, od nje je namreč odvisno, ali bo pravica do avtonomije v individualnem primeru spoštovana.¹⁹ Medicina, pravo in filozofija k sposobnosti odločanja o sebi pristopajo iz različnih perspektiv. G. S. Owen idr. dokazujejo, da sta jim skupni dve dilemi: a) ali je sposobnost odločanja o sebi (in z njo avtonomija) moralni ali psihološki pojem (angl. *notion*) in b) ali je racionalnost njena ključna sestavina.²⁰

Vprašanje svobodne volje je eno najtežjih filozofskih vprašanj. Filozofi, ki se ukvarjajo s svobodno voljo, pogosto navajajo psihiatrične motnje kot primere, v katerih je svobodna volja zmanjšana.²¹ M. Balaguer pravi, da *vsak* od nas *kdaž* ne ravna svobodno, včasih nas ženejo nezavedne sile, vendar pa nas nezavedno *ne* vodi *vedno*.²² Dokazuje, da sta svobodna volja in determinizem kompatibilna (za razliko od npr. S. Harris, ki zagovarja njuno nekompatibilnost in svobodno voljo opredeli kot iluzijo²³). Vprašanje svobodne volje, razumljivo, presega domet tega pisanja. Raziskovala bom avtonomijo, kot je razumljena v aktualni biomedicinski etiki in z vidika potencialnega vpliva duševnih motenj nanjo. V kontekstu raziskovanja svobodne volje in duševnih motenj G. Meynen izhaja iz del H. Walterja in ločuje med tremi vidiki svobodne volje: a) da lahko ravnamo svobodno, moramo biti zmožni ravnati drugače, imeti moramo alternativne možnosti, b) ravnati svobodno pomeni ravnati (ali izbirati) iz objektivno razumljivega razloga in c) svobodna volja zahteva, da je subjekt originator – kavzalni vir svojega dejanja.²⁴ Vsi trije vidiki svobodne volje so relevantni pri vprašanju avtonomije (in posledično moralne odgovornosti) v kontekstu hudih duševnih motenj. V forenzični psihiatriji velja, da duševne motnje lahko kompromitirajo svobodno voljo na vseh treh nivojih, tudi na način, da oseba ni več originator svojih dejanj.²⁵ Kadar pride do kaznivega dejanja pod vplivom duševne motnje, ki je take narave, da oseba zaradi motene presoje realnosti ni razumela razsežnosti svojega dejanja in ni obvladovala svojega vedenja, se osebe z duševno motnjo v pravo praviloma ne kaznuje, pač pa se ji odredi ukrep obveznega psihiatričnega zdravljenja.²⁶ Z moralno odgovornostjo v okviru duševnih motenj se ukvarjata tudi M. King in J. May – razlikujeta med naivnim in niansiranim (angl. *nuanced*) pristopom k moralni odgovornosti.

¹⁹ Donnelly, 2006, iii.

²⁰ Owen idr., 2009a, 79-80.

²¹ Meynen, 2010, 429; navedeno tudi v Koprivnik, 2020, 115.

²² Balaguer, 2014, 111.

²³ Harris, 2012, 5.

²⁴ Meynen, 2010, 430.

²⁵ Meynen, 2010, 436-438.

²⁶ Z omenjenim opredeljujemo *neprištevnost* po *Kazenskem zakoniku* (KZ-1-NPB4, 29. člen); glej tudi Buchanan, 2015, 1. Ker je forenzična psihiatrija zelo specifično področje, se na tem mestu ne bom natančneje ukvarjala z njo.

Izhajata s stališča, da središčni razlog za zmanjšano moralno odgovornost ni (zgolj) obstoj duševne motnje (kar imenujeta naivni pristop), pač pa vpliv simptomov v določenih okoliščinah (niansiran pristop).²⁷ Kot bomo videli kasneje, lahko niansiran pristop v marsičem primerjamo z opredelitvijo posameznikove sposobnosti sprejemanja odločitev o zdravljenju v primeru bolezenskih vplivov. Posledično King in May predlagata evalvacijo odgovornosti z interpretacijo od primera do primera, s poudarkom na simptomatiki.²⁸ Tudi sicer psihiatrija bolezenska stanja oz. motnje opredeljuje kot sindrome (skupke sopojavnih simptomov), ki niso vedno vsi in enako intenzivno izraženi, zaradi česar v klasifikacijskih sistemih uporabljamo opredelitve števila simptomov in jakosti izraženosti, poleg tega tudi dolžino trajanja in nekatere druge klasifikatorje. Tako na primer huda manija (ali katera koli druga psihiatrična diagnoza) ni vedno enaka – dva bolnika z enako diagnozo tako lahko imata precej različni klinični sliki. Zakonodaje v izhodiščih za neprostovoljne intervence v psihiatriji v globalnem smislu skladno z omenjenim dejansko pogosteje govorijo splošno o duševnih motnjah kot o specifičnih diagnostičnih kategorijah – le nekatere države opredeljujejo diagnoze, pri katerih je neprostovoljno zdravljenje lahko utemeljen ukrep,²⁹ oz. opredeljujejo nekatere motnje, pri katerih neprostovoljno zdravljenje običajno ni utemeljeno³⁰ (slednje je manj pogosto).

V tem poglavju bom osvetlila pomen avtonomije pri hudih duševnih motnjah – duševne motnje lahko vplivajo na sposobnost sprejemanja odločitev (angl. *decision-making capacity*) in (s tem) na avtonomijo,³¹ kar je eden od osrednjih razlogov za neprostovoljno zdravljenje v psihiatriji. Tovrstna intervencija ima za cilj krepitev avtonomije in ne le varovanje bolnikov in družbe pred potencialno nevarnim vedenjem bolnikov, kot je to znano iz zgodovine (in kar je nenazadnje še vedno eden od kriterijev v zakonodajah, ki urejajo moment neprostovoljnega psihiatričnega zdravljenja samo z vidika nevarnosti). Izhajala bom iz pomena bolnikove avtonomije v sodobni medicinski etiki in iz zmožnosti (ter nezmožnosti) bolnikov s hudimi duševnimi motnjami za informirani pristanek na indicirano zdravljenje oz. za zavrnitev zdravljenja. Vsi bolniki s hudo duševno motnjo nimajo avtonomije motene do te mere, da bi bili nezmožni informiranega pristanka na zdravljenje. Prevladuje strinjanje, da mora imeti avtonomna oseba za delovanje

²⁷ King in May, 2018, 12.

²⁸ King in May, 2018, 13.

²⁹ Med bolezenskimi stanji, pri katerih je običajno potrebna neprostovoljna intervencija, tako najpogosteje najdemo psihoze, tudi depresijo s tveganjem za samomor, hude osebnostne motnje z impulzivnimi in psihotičnimi preboji, hudo duševno manjrazvitost, demence (Salize idr., 2002, 149; Kallert idr., 2006, 367-377).

³⁰ Med diagnostičnimi kategorijami, pri katerih po nekaterih zakonodajah ni utemeljeno neprostovoljno zdravljenje, najdemo osebnostne motnje, razvojne motnje, odvisnosti (Salize idr., 2002, 149; Kallert idr., 2006, 376-377).

³¹ Freyenhagen in O'Shea, 2013, 56.

kompetenco do neke minimalne (pražne) ravni, da lahko odloča o sebi – vedno v konkretnem kontekstu.³² Koncept zmožnosti sprejemanja kompetentne odločitve o zdravljenju je torej tesno povezan s konceptom avtonomije, ki pa ožje gledano ni psihiatrični tērmin.³³ Beseda avtonomija izvira iz grščine: *autos* (samo) in *nomos* (vlada, upravljanje) in se je izvorno nanašala na samoupravljanje neodvisnih mestnih držav.³⁴ Osnovo za človekovo avtonomijo tvorita dva predpogoja: svoboda – neodvisnost od kontrole (angl. *liberty*) in sposobnost za namerno, voljno delovanje (angl. *agency*).^{35,36} Huda duševna motnja lahko z obema predpogojema interferira.³⁷ Predstavlja notranjo oviro za bolnika,³⁸ ob kateri ni svoboden, kot tudi okvari njegovo sposobnost voljnega delovanja (najpogosteje začasno).³⁹ V logoterapevtskem smislu »človekova svoboda ni prostost od okoliščin, ampak svoboda, da se postavi na stališče do vsakršnih okoliščin, ki ga doletijo«,⁴⁰ kot je zapisal V. E. Frankl. Ker pa človek deluje in se odloča na podlagi notranjih gonov in zunanjih pogojev, S. Kristovič govori o pogojni svobodi, »o svobodi, ki ni absolutna in neodvisna«. ⁴¹ Če človek hudo zboli v svoji biološki in/ali psihološki dimenziji, je lahko zaradi duševne bolezni ali drugih razmer precej oviran. To E. Lukas na primeru psihoz opisuje kot psihofizične »ovire smislu«. ⁴² Človek tako ni svoboden od bolezni, da bi bil lahko svoboden za sledenje svojim smislom. »Svoboda-od-omejitev« je le del svobode, drugega tvori »svoboda-za (tisto) vredno«. ⁴³

Ključno vprašanje v psihiatriji (in specifično v kontekstu presoje utemeljenosti neprostovoljnega psihiatričnega zdravljenja, s katerim se primarno ukvarjam na tem mestu) je torej, v kolikšni meri je subjekt (oboleli s hudo duševno motnjo) svoboden od bolezni in sposoben za kompetentne odločitve o zdravljenju. Povedano drugače, v kolikšni meri je bolnik z duševno motnjo zmožen za pristanek na indicirano hospitalno psihiatrično zdravljenje in – v našem kontekstu še pomembneje – za zavrnitev le-te.⁴⁴

³² Koprivnik, 2020, 115.

³³ Koprivnik, 2020, 115.

³⁴ Beauchamp in Childress, 2013, 101; navedeno tudi v Koprivnik, 2020, 115.

³⁵ Robertson in Walter, 2014, 14; navedeno tudi v Koprivnik, 2020, 115.

³⁶ O nujnosti omenjenih dveh pogojev se strinjajo praktično vse teorije avtonomije, do razhajanj prihaja v pomenu le-teh in v tem, ali so potrebni dodatni pogoji (Beauchamp in Childress, 2013, 102).

³⁷ Koprivnik, 2020, 115.

³⁸ Olsen, 2003, 708; navedeno tudi v Koprivnik, 2020, 115.

³⁹ Navedeno tudi v Koprivnik, 2020, 115.

⁴⁰ Frankl, 2014, 30.

⁴¹ Kristovič, 2014, 68.

⁴² Lukas, 2017, 199.

⁴³ Svetlič, 2009, 233.

⁴⁴ Koprivnik, 2020, 115.

V pričujočem poglavju se bom z različnih vidikov ukvarjala s problemom avtonomije subjekta pri hudi duševni motnji. V grobem lahko poglavje razdelimo na tri sklope: etično-filozofskega (1.1), medicinsko-pravnega (1.2) in psihiatričnega (1.3). Najprej bom analizirala in primerjala različne koncepte avtonomije subjekta znotraj pluralistične medicinske (torej tudi psihiatrične) etike. V drugem delu se bom posvetila analizi avtonomije bolnika v funkciji pravice do informiranega pristanka na zdravljenje oz. pravice do zavrnitve zdravljenja. Slednje je v Republiki Sloveniji različno urejeno v dveh vzporednih zakonih – *Zakonu o pacientovih pravicah* in *Zakonu o duševnem zdravju*. Nazadnje bom s psihiatričnega vidika izpostavila specifičen vpliv hudih duševnih motenj na avtonomijo subjekta, pri čemer, kot bomo videli, posebno mesto zavzema posameznikov potencialno prizadeti bolezenski uvid do lastne spremenjenosti.

1.1 Avtonomija v medicinski etiki

Etične smernice zdravniških združenj so splošne narave in ne morejo obravnavati vseh situacij, s katerimi se zdravniki srečujemo pri svojem delu.⁴⁵ Zdravnik se mora v konkretni situaciji odločiti sam, pristope reševanja etičnih dilem pa v grobem delimo na neracionalne in racionalne. Med prve sodijo poslušnost, posnemanje, želja, intuicija⁴⁶ in navada, med druge pa deontološka etika, konsekvencializem (npr. utilitarizem), etika načel in etika vrlin.⁴⁷ Nobeden od racionalnih etičnih pristopov ni bil vsesplošno sprejet, zato naj bi bila po mnenju mnogih najprimernejša kombinacija vseh štirih pristopov.⁴⁸

Spoštovanje avtonomije posameznika sodi med temeljne pravice v zahodnih demokratičnih družbah,⁴⁹ tudi v medicinski etiki je avtonomija postala najpomembnejša vrednota.⁵⁰ Spoštovanje avtonomije subjekta pomeni pripoznavanje njegove pravice do proste izbire in odločanja ter delovanja v skladu z njegovimi vrednotami in prepričanji.⁵¹ Duševne motnje lahko zmanjšajo avtonomno delovanje posameznika in onemogočajo svobodno izbiro. Vprašanje

⁴⁵ Williams, J. R., 2016, 23.

⁴⁶ Zdravstveni delavci imamo praviloma intuitivno razumevanje dostojanstva, ki ga zaradi različnih ovir pogosto ne moremo prenesti v prakso (Seedhouse in Gallagher, 2002, 368).

⁴⁷ Williams, J. R., 2016, 28-31.

⁴⁸ Williams, J. R., 2016, 31.

⁴⁹ Robertson in Walter, 2014, 14-15.

⁵⁰ Žnidaršič Skubic, 2018, 21.

⁵¹ Beauchamp in Childress, 2013, 106.

avtonomije subjekta je zato v psihiatrični etiki kritično.⁵² Psihatri smo po eni strani zavezani k spoštovanju bolnikovih avtonomnih odločitev, po drugi strani pa zavezani k zaščiti bolezensko zmanjšane avtonomije. Z vprašanjem avtonomije v kontekstu neprostovoljnega zdravljenja v psihiatriji se bom ukvarjala skozi prizmo etike štirih načel, prevladujoče paradigme zahodne medicinske etike od sedemdesetih let 20. stoletja, in relacijske etike skrbi, ki zadnja leta v kliničnem kontekstu pridobiva na pomenu.

1.1.1 Etika štirih načel in koncept individualne avtonomije

Etika štirih načel se v taksonomiji normativnih teorij v psihiatrični etiki uvršča med instrumentalne pristope – v nasprotju z reflektivnimi (npr. etika skrbi) in integrativnimi pristopi. Instrumentalni pristopi za reševanje problema uporabljajo določeno metodologijo, s pomočjo katere privedejo do rešitve oz. rezultata.⁵³

Pri etiki štirih načel gre za metodo etičnega razmišljanja ali tehtanja, ki sta jo razvila ameriška biomedicinska etika T. L. Beauchamp in J. F. Childress.⁵⁴ Omenjena štiri načela sestavljajo: a) spoštovanje bolnikove avtonomije, b) neškodovanje, c) koristnost in d) pravičnost.⁵⁵ Britanski filozof W. D. Ross naštetih etična načela opredeljuje kot *prima facie* dolžnosti ali nereduktibilne etične principe.⁵⁶ Kadar gre za dilemo med dvema načeloma, je ključno tehtanje in odločitev za bolj obvezujoče od obeh.⁵⁷ Ocena avtonomije je v psihiatriji jedrni problem, avtonomija je zaradi bolezni same lahko motena, posledično pri tehtanju med načeli prevlada koristnost,⁵⁸ ker domnevamo, da bi bilo zdravljenje ob nemoteni avtonomiji v bolnikovem interesu in opustitev zdravljenja škodljiva. Ravno iz konflikta med principoma spoštovanja avtonomije in koristnosti pogosto izvirajo očitki o paternalizmu⁵⁹ v medicini, ki naj bi se

⁵² Robertson in Walter, 2014, 14.

⁵³ Robertson in Walter, 2014, 4.

⁵⁴ Martinez, 2009, 51.

⁵⁵ Beauchamp in Childress, 2013, 101-301.

⁵⁶ Beauchamp, 2009, 38; tudi Robertson in Walter, 2014, 13-14.

⁵⁷ Robertson in Walter, 2014, 14.

⁵⁸ Robertson in Walter, 2014, 14.

⁵⁹ V bioetiki je paternalizem, ki se nanaša na odločitve in dejanja v domnevnem interesu oseb, četudi brez njihove privolitve, praviloma razumljen kot nasprotje spoštovanja avtonomije. M. Sjöstrand idr. ločujejo med šibkim in močnim paternalizmom (angl. *weak and strong paternalism*). Prvi se nanaša na osebe, ki same nimajo zmožnosti sprejemanja odločitev o zdravljenju, drugi pa na osebe, ki to zmožnost sicer imajo, pa vendar lahko njihovo avtonomijo še podkrepimo, kar naj bi upravičevalo začasen poseg v avtonomijo. Zdravljenje oseb, ki nimajo zadostne zmožnosti za sprejemanje odločitev o zdravljenju, torej velja za primer šibkega paternalizma, z namenom

odražal s posegom v individualno avtonomijo. V psihiatriji je tovrsta paternalistična intervencija profesionalna zavezanost k zaščiti motene avtonomije ob hudi duševni motnji. Ravno ta pa je predmet kontinuirane kritike z vidika zastopnikov daljnosežne posameznikove pravice do avtonomnega odločanja o zdravljenju.⁶⁰ Na pravicah utemeljeni pristop ostaja dominanten tako v etičnih debatah o neprostoovoljnem psihiatričnem zdravljenju kot v zakonodajah.⁶¹

Spoštovanje bolnikove avtonomije se med načeli praviloma omenja na prvem mestu, gre za v praksi favorizirani princip zahodne medicinske etike. Avtonomija je tako postala najpomembnejša vrednota, ki jo poudarja moderna medicinska etika v obdobju zadnjih štiridesetih let⁶² in ena izmed temeljnih pravic v zahodnih demokratičnih družbah.⁶³ Pomen individualne avtonomije poudarjajo predvsem severnoameriški bioetiki,⁶⁴ četudi le-ta med štirimi etičnimi načeli v medicini sicer nima absolutne prednosti.⁶⁵ Temeljno vodilo liberalnega individualizma je, da je samouresničevanje in izpolnitev posameznika tisto dobro, h kateremu naj družba teži.⁶⁶ Tako posameznik izvaja svojo avtonomijo – na kakšen način jo uresničuje, zagovornikov liberalnega individualizma ne zanima, dokler je posameznik ne uporablja tako, da omejuje druge pri izvajanju njihove lastne avtonomije.⁶⁷ S priznanjem avtonomije je bil presežen koncept medicinskega paternalizma, v skladu s katerim je imel odločilno vlogo pri zdravljenju zdravnik.⁶⁸ V. Žnidaršič Skubic opozarja, da avtonomije ne moremo pojmovati absolutno, saj je posameznikova avtonomija omejena z legitimnimi interesi in pričakovanji drugih, nenazadnje pa tudi z ekonomskimi omejitvami. Posameznikovo avtonomijo je vedno treba usklajevati s potrebami družbe kot celote.⁶⁹

Kako etika štirih načel opredeljuje načelo spoštovanja avtonomije v medicini? Osebna avtonomija zajema samoodločanje (angl. *self-rule*), ki je svobodno od kontrole in interference drugih ter ni omejeno z deficiti, ki preprečujejo svobodno izbiro (npr. z omejenim razumevanjem). Oseba z zmanjšano avtonomijo je tako lahko omejena zaradi interference

izboljšanja avtonomije subjekta, kar avtorji članka imenujejo *paternalizem v imenu avtonomije* (Sjöstrand idr., 2013, 710-724).

⁶⁰ Beauchamp, 2009, 41-42.

⁶¹ Olsen, 2003, 705.

⁶² Žnidaršič Skubic, 2018, 21.

⁶³ Robertson in Walter, 2014, 14.

⁶⁴ Jacobson, 2007, 297.

⁶⁵ Robertson in Walter, 2014, 14.

⁶⁶ Žnidaršič Skubic, 2018, 20.

⁶⁷ Žnidaršič Skubic, 2018, 20-21.

⁶⁸ Žnidaršič Skubic, 2018, 20-21.

⁶⁹ Žnidaršič Skubic, 2018, 21.

drugih (npr. zapornik) ali zaradi lastnih omejitev (npr. zaradi kognitivnih deficitov).⁷⁰ Duševne motnje (posebej hude) lahko torej zmanjšajo avtonomijo zaradi bolezenskih deficitov, ki onemogočajo svobodno izbiro. Obstajajo različne teorije avtonomije z različno uporabnostjo v klinični praksi. Tudi relacijska etika, brez katere si terapevtskega odnosa in nege v zdravstvu ne moremo zamisliti, ima lasten koncept avtonomije, o katerem bo v nadaljevanju še tekla beseda. T. L. Beauchamp in J. F. Childress poudarjata, da je v medicini v kontekstu sprejemanja odločitev o zdravljenju nujen fokus na avtonomni izbiri.⁷¹ Tako v sklopu etike štirih načel predlagata analizo avtonomnega odločanja ali delovanja bolnika v luči treh pogojev: a) delovanje je intencionalno ali namerno (za razliko od naključnega), b) delovanje je posledica razumevanja (pri čemer je potrebno izključiti pomanjkljivo komunikacijo oz. informiranje; dejavniki, ki lahko negativno vplivajo na razumevanje, pa so lahko bolezenski, posledica neracionalnosti in nezrelosti) in c) delovanja ne omejujejo zunanja (prisila, manipulacija) ali notranja kontrola (bolezen), ki (obe) lahko zmanjšata uveljavljanje volje (angl. *voluntariness*).⁷² Ravnanje je vedno intencionalno ali neintencionalno (kriterij a), medtem ko sta razumevanje (kriterij b) in odsotnost kontrole (kriterij c) na kontinuumu, izražena bolj ali manj. Delovanje je torej avtonomno do določene stopnje, zaradi česar potrebujemo prag, ki dejanje opredeli kot avtonomno ali neavtonomno – glede na specifično odločitev (npr. o pristanku na operativni poseg).⁷³ Kriteriji za opredelitev stopnje avtonomnosti odločitve so torej vedno kontekstualni, nikoli splošni.

Spoštovanje avtonomije subjekta (ki deluje kot avtonomni agens) pomeni pripoznavanje njegove pravice, da ima nazore, prosto izbira, se odloča in deluje v skladu s svojimi prepričanji in vrednotami.⁷⁴ Načelo spoštovanja avtonomije nosi tako negativne kot pozitivne dolžnosti, med prve sodi odsotnost kontrole in prisile, med druge npr. ustrezno informiranje.⁷⁵ Pa vendar ima spoštovanje načela avtonomije tudi moralne omejitve – kadar npr. bolnikova avtonomna izbira ogroža zdravje drugih ali javno zdravje.^{76,77} In za naš primer ključno: zaveza k spoštovanju avtonomije ne pomeni spoštovanja odločitev ljudi, ki nimajo zadostne avtonomije

⁷⁰ Beauchamp in Childress, 2013, 101-102.

⁷¹ Beauchamp in Childress, 2013, 102.

⁷² Beauchamp in Childress, 2013, 104-105.

⁷³ Beauchamp in Childress, 2013, 105.

⁷⁴ Beauchamp in Childress, 2013, 106.

⁷⁵ Beauchamp in Childress, 2013, 107.

⁷⁶ Beauchamp in Childress, 2013, 107-108.

⁷⁷ Trenutno zelo aktualni so v javnosti močno kritizirani posegi države v avtonomijo posameznika, ki so nujni ob izredni epidemiološki situaciji pandemije koronavirusne bolezni (Covid-19). Hud porast števila okuženih ogroža javno zdravje in s tem vzdržnost zdravstvenega sistema, ki zaradi porasta in intenzivne potrebe po zdravstveni oskrbi okuženih bolnikov posledično onemogoča dostopnost do zdravljenja drugim bolnikom.

za sprejemanje potrebnih odločitev (in torej vsaj v danem trenutku in specifični situaciji niso avtonomni). Neavtonomnost bolnikov nas v okviru etike štirih načel zavezuje k njihovi zaščiti pred škodljivimi vplivi in k ravnanju v zdravstveno korist,⁷⁸ prav tako k spoštovanju načel neškodovanja (npr. z opustitvijo zdravljenja) in pravičnosti (enaka možnost zdravljenja za vse). V mednarodnem kontekstu obstaja visoka stopnja konsenza glede neprostopoljnih pristopov v psihiatriji samo v primeru hude nevarnosti za bolnika, vendar konsenza o tem, kaj konkretno huda nevarnost pomeni, nimamo.⁷⁹ Zdravljenje (v nasprotju s pridržanjem v primeru groženj drugim, ko ne gre za bolezenski vzrok) lahko odpravi stanje, ki je vzrok nevarnosti; neprostopoljno zdravljenje je etično torej utemeljeno z izboljšanjem bolnikovega stanja (in ne z ogrožanjem drugih).⁸⁰ Kar zadeva načelo neškodovanja, je (kot vedno v medicini) potrebno tehtati med pričakovanimi pozitivnimi vplivi na zdravje in potencialnimi neželenimi učinki zdravljenja (npr. neželenimi učinki zdravil ali travmatizacijo zaradi neprostopoljnega zdravljenja).⁸¹ Pa vendar, tudi odločitev za opustitev zdravljenja nosi tveganja. Pomeni lahko kršitev načela pravičnosti za bolnike s hudimi duševnimi motnjami, ki sami ne uvidijo potrebe po zdravljenju⁸² in zato nimajo možnosti prostovoljne odločitve za zdravljenje (sami k zdravljenju ne morejo pristopiti).

Zdravnikova dolžnost je, da spodbuja bolnikovo avtonomno odločitev o zdravljenju in jo spoštuje. Težave nastanejo, ko je bolnikova odločitev (konkretno o zavrnitvi zdravljenja) zaradi bolezenskega vpliva škodljiva za njegovo zdravje in je opustitev zdravljenja nevarna. Neprostopoljno zdravljenje je v okviru etike štirih načel dopustno le, kadar so načela koristnosti (delovanje v bolnikovem največjem interesu), neškodovanja in pravičnosti v kontradikciji z bolnikovo izraženo željo in obstajajo trdni dokazi, da je njegova avtonomija pomembno zmanjšana.⁸³ Pa vendar to za psihiatra ni edini okvir odločanja: zakonodaja o duševnem zdravju predvideva seveda tudi presojo v skladu s pravnim besedilom, ki ga zdravnik mora spoštovati, in ki je z etičnimi načeli, ki jim medicina sledi, pogosto v kontradikciji. Medicinska etika in medicinsko pravo sta povezani znanstveni panogi, ki sta v zadnjem času ustaljena praksa predmetnikov različnih univerz, kot ugotavlja V. Žnidaršič Skubic.⁸⁴ Poudarja pa, da pravu na področju medicine oz. medicinskega prava ne uspeva to, kar mu morda uspeva na moralno bolj

⁷⁸ Beauchamp in Childress, 2013, 107.

⁷⁹ Steinert, 2017, 292.

⁸⁰ Steinert, 2017, 293.

⁸¹ Steinert, 2017, 293.

⁸² Steinert, 2017, 293.

⁸³ Steinert, 2017, 292.

⁸⁴ Žnidaršič Skubic, 2018, 15.

nevturalnih področjih, kot sta npr. gospodarsko ali davčno pravo. Medicinsko pravo je namreč preprejeno z moralno-etičnimi vzgibi in sodbami.⁸⁵ Avtorica tematizira tudi neobstoje globalne etike in navaja, da so v današnjem času človekove pravice in temeljne svoboščine temeljni postulat, ki so še najbližje temu, da bi postale univerzalni temelj sodobnega etičnega presojanja. Ugotavlja, da je seveda neko dejanje lahko zakonito, pa ni nujno etično, in obratno.⁸⁶ Temu sledi tudi subjektivni občutek dežurnih psihiatrov, ko moramo v določenih urgentnih situacijah sprejeti odločitev za ali proti neprostovoljnemu sprejemu bolnika na intenzivni oddelek psihiatrične bolnišnice v skladu z veljavno zakonodajo. Urgentne odločitve o neprostovoljnem zdravljenju so dihotomne,⁸⁷ običajno zadostijo le zakonskemu minimumu in pogosto pustijo pri psihiatru nelagodni občutek, da je odločitev (v vsakem primeru) toliko pravilna, kot je tudi napačna. Tovrstne odločitve v mejnih primerih predstavljajo težke etične dileme. Povsem jasno je, da sodišče skrbi za spoštovanje veljavne zakonodaje. Problem se pojavi že v procesu snovanja zakonodaje o duševnem zdravju, ki jo pogosto imenujejo pogodba med »psihiatrijo in družbo«.⁸⁸ Psihiater je zdravnik in praviloma z izjemo osnov biomedicinske etike nima znanja etike oz. filozofije. Filozof I. Pribac je pred leti v intervjuju dejal, da »zdravniki niso strokovnjaki za etiko in moralno argumentacijo – to je domena filozofije«.⁸⁹ Pa vendar, zagovor pravic in dostojanstva bolnikov z duševnimi motnjami je po mnenju Komisije za prihodnost psihiatrije pri Svetovnem psihiatričnem združenju ena izmed prioritarnih odgovornosti te stroke.⁹⁰ Psihiatri smo nedvomno premalo družbeno angažirani, tako nacionalno kot v mednarodnem prostoru, pogosto pa so strokovna mnenja tudi prezrta.⁹¹

⁸⁵ Žnidaršič Skubic, 2018, 15-16.

⁸⁶ Žnidaršič Skubic, 2018, 16.

⁸⁷ Za ali proti zdravljenju, ne gre torej zgolj za minimalna odstopanja v procesu zdravljenja, ampak odločitev po principu vse ali nič.

⁸⁸ Bhugra idr., 2017, 776; glej tudi Bhugra, 2008.

⁸⁹ Lorenčič, 2009.

⁹⁰ Bhugra idr., 2017, 789.

⁹¹ Dr. Jože Trontelj, bivši predsednik Republiške komisije za medicinsko etiko, je pred leti v intervjuju za *Mladino* opozoril na »popolno gluhoto pristojnih pri kazenskem zakoniku, zakonu o zdravilih in zakonu o duševnem zdravju, da omenim samo nekatere, čeprav smo imeli tehtne pripombe in predloge, ki smo jih opremili tudi z ustrezno argumentacijo« (Zgonik, 2011).

1.1.2 Integrativna psihiatrična etika in koncept relacijske avtonomije

Kot smo že videli, je medicinska etika pluralistična.⁹² S. Bloch in S. A. Green izpostavljata kontradiktornost različnih etičnih teorij v psihiatrični praksi, kar generira nemalo napetosti pri razreševanju težkih kliničnih dilem. Navajata pogost nihilizem med psihiatri, ki vodi v sprejemanje odločitev v skladu z osebnimi preferencami.⁹³ Dejansko se psihiatri v urgentnih situacijah, v katerih praviloma razrešujemo strokovne in etične dileme v zvezi s hospitalizacijo bolnika brez njegovega soglasja, v prvi vrsti sprašujemo, ali imamo zakonsko podlago za sprejem, četudi bi se tako strokovno kot intuitivno odločili za zdravljenje. Bloch in Green predlagata integracijo etike štirih načel, ki smo jo opredelili v prejšnjem podpoglavju, z relacijsko etiko skrbi.⁹⁴ Avtorja etike štirih načel, T. L. Beauchamp in J. F. Childress, menita, da je relacijski koncept etike sprejemljiv, dokler ne zanemarja temeljnih značilnosti avtonomnega delovanja⁹⁵ (kot je to opredeljeno v prejšnjem podpoglavju o avtonomiji v okviru etike štirih načel). Relacijski namesto individualnega koncepta avtonomije je aktualna tema filozofskih debat na področju moralne in politične filozofije.⁹⁶ Individualna avtonomija je središčna v Severni Ameriki in Evropi, ne pa tudi v globalnem smislu – v številnih kulturnih okoljih je relacijska avtonomija moralno sprejemljivejša, še več, v teh okoljih je poudarek pogosteje na relaciji (odnosu) in ne toliko na avtonomiji.⁹⁷ J. C. Tronto pravi, da moramo premisliti svoje koncepcije človeške narave, da bomo zmogli preskok iz dileme med avtonomijo in odvisnostjo k bolj sofisticiranemu smislu človeške soodvisnosti (angl. *interdependance*).⁹⁸ Navaja, da etiko skrbi kot obliko relacijske etike⁹⁹ definira perspektiva, ki v središče udejstvovanja postavi potrebe drugega.¹⁰⁰ Gre za novejšo različico etike vrlin, ki temelji tudi na feminizmu in psihologiji ter izhaja iz skrbi za sočloveka in čustvenih relacij med ljudmi (odnosov) kot temeljni človeški lastnosti, da zmore poskrbeti tudi za ranljive soljudi in

⁹² Williams, J. R., 2016, 21.

⁹³ Bloch in Green, 2006, 7-8.

⁹⁴ Bloch in Green, 2006, 7-8.

⁹⁵ Beauchamp in Childress, 2013, 106.

⁹⁶ Turoldo, 2010, 544.

⁹⁷ Turoldo, 2010, 545.

⁹⁸ Tronto, 1993, 101.

⁹⁹ Etika skrbi se v taksonomiji normativnih teorij v psihiatrični etiki uvršča med reflektivne pristope, skupaj z etiko vrlin in etiko drugega. Reflektivni pristopi pozivajo k reflektivni presoji etične dileme v skladu z določenim sistemom vrednot (Robertson in Walter, 2014, 4).

¹⁰⁰ Tronto, 1993, 105.

ljudi v stiski.¹⁰¹ Z etiko skrbi praviloma povezujejo negovalno etiko, z njo pa delovanje medicinskih sester, katerih glavna naloga naj bi bila nega oz. skrb (angl. *care*), medtem ko naj bi bilo zdravnikovo poslanstvo zdravljenje (angl. *cure*).¹⁰² Ta zastarela razlaga ne ustreza več modernemu medicinskemu razumevanju koncepta zdravljenja, ki ravno v psihiatriji izrazito temelji na terapevtskem odnosu in ne zgolj na fizičnem izrazu zdravljenja (npr. predpisu zdravila).

Relacijski pristop izhaja iz treh predpostavk: a) vpliv na bolnika je neločljiva sestavina odnosa med zdravstvenim delavcem in bolnikom, b) dejavniki, ki vplivajo na klinične odločitve, so kontinuirani in ne dihotomni, c) vse odločitve so subjektivne, zato je zdravstveni delavec temeljna sestavina dane situacije.¹⁰³ Tronto opiše štiri različne faze skrbi,¹⁰⁴ ki so seveda med sabo povezane: a) *caring about* – vključuje prepoznavo potrebe, da je nekdo (posameznik ali skupina) potreben skrbi, b) *taking care of* – vključuje prevzemanje odgovornosti in načrt odgovora na prepoznane potrebe, c) *care-giving* – neposredno delo, konkretna pomoč, skrbnik je fizično v stiku s skrbi potrebnim in d) *care-receiving* – odziv na nego s strani prejemnika, bolnika.¹⁰⁵ Etika skrbi izhaja s stališča, da vsi ljudje v vseh fazah življenja niso enako zmožni poskrbeti zase¹⁰⁶ in individualni avtonomiji zoperstavi relacijsko.¹⁰⁷ To je praviloma tudi izhodišče psihiatrične neprostoVOLjne intervence s ciljem varovanja, povrnitve avtonomije in izboljšanja duševnega zdravja, četudi vnaprej ni jasno, ali se bo bolnik po intervenciji strinjal, da je bila potrebna in torej »hvaležno« sprejel skrb. Skrb izvira iz človekove potrebe in stremi k razvoju in izboljšanju zmožnosti, torej ni v nasprotju z avtonomijo, temveč jo v resnici povečuje.^{108,109} Spoštovanje dostojanstva osebe ni odvisno od njenih sposobnosti ali zaslug, osnova za spoštovanje sta ranljivost¹¹⁰ in odnos z osebo (npr. terapevtski), tudi če oseba tovrstnega odnosa ne doživlja zavestno (npr. ob moteni zavesti ali v stanju psihotične agitacije).

¹⁰¹ Robertson in Walter, 2014, 23.

¹⁰² Jecker in Reich, 2004, 371.

¹⁰³ Olsen, 2003, 708.

¹⁰⁴ Tronto, 1993, 105-108.

¹⁰⁵ Po definiciji skrbi, kot jo opredeljujeta J. C. Tronto in B. Fischer, etika skrbi ni uporabna le v kliničnih situacijah, pač pa gre pri tem pristopu za vso skrb, usmerjeno v vzdrževanje, nadaljevanje in popravilo sveta, da bomo v njem živeli kar se da dobro (Tronto, 1993, 103).

¹⁰⁶ Tronto, 1993, 145; glej tudi Chadwick in Aindow, 2004, 294.

¹⁰⁷ Turolfo, 2010, 545.

¹⁰⁸ Vanleare in Gastmans, 2011, 168.

¹⁰⁹ Zdravnik sicer namesto bolnika odloči, da bo ostal v bolnišnici, vendar poskuša bolnika pri ostalih terapevtskih odločitvah (npr. glede izbire terapije) čim bolj vključiti. Gre za vmesni model med paternalističnimi odločitvami (zdravnik vse ve in odloči sam) in informirano izbiro (bolnik je informiran in se odloči povsem sam). Pristop se v angleščini imenuje *shared decision-making*, vendar odpove v kritični situaciji (Hamann in Heres, 2014, 1483-1486).

¹¹⁰ Ranljivost je ob avtonomiji, dostojanstvu in integriteti temelj evropske bioetike, kot jo opredeljuje Rendtorff (Rendtorff, 2002).

Etika skrbi ima torej v sebi zavezujočo noto, »dobra skrb« se ukvarja s človekovimi dejanskimi potrebami, pri čemer predstavlja dostojanstvo druge osebe normativno osnovo.¹¹¹ Ocena pravilnosti odločitve o neprostovoljnem zdravljenju je pri pristopu, utemeljenem na pravicah, dihotomna: ukrepanje je pravilno ali nepravilno, meja arbitrarna. Z relacijskega vidika pa se ocena posledic določene odločitve in variabel, ki definirajo situacijo, giblje na širšem kontinuumu.¹¹² Študije kažejo, da tudi bolniki, ki so bili sami neprostovoljno zdravljeni in so med zdravljenjem pridobili bolezenski uvid, »širše« presojajo neprostovoljno intervenco: ločijo namreč med subjektivnimi doživetji (npr. bilo je grozno) in moralno evalvacijo neprostovoljnega sprejema (npr. bil je potreben).¹¹³ Medtem ko se na pravicah utemeljeni pristop ukvarja predvsem z morebitnim neupravičenim posegom v avtonomijo, je s stališča etike skrbi zapustitev ali opustitev pomoči bolj problematična, kot je problematično vmešavanje. Za etiko skrbi so moralne dileme bolj kot vprašanje pravic vprašanje odgovornosti.¹¹⁴ M. A. Verkerk¹¹⁵ kritizira idejo avtonomije kot samozadostnosti in neodvisnosti, saj poudarjanje ideala neodvisnosti zanemara druge vrednote, kot so zaupanje, skrb in odgovornost. Avtonomija kot moralna kompetenca ne more biti izolirana od drugih oseb in odnosov, nasprotno, razvija se lahko samo v odnosu z drugimi.

E. C. Gilson v feministični analizi socialnega življenja opredeli ranljivost (angl. *vulnerability*) kot pervazivno, temeljno, vsem skupno in neizogibno.¹¹⁶ Pravice ščitijo subjektive interese, kršitev pravic povečuje ranljivost. Iz tega izhajajo pozitivne in negativne etične obveze.¹¹⁷ Etika, ki v izhodišče postavlja ranljivost, kliče po etičnem odzivu preko skrbi in zaščite ranljivih. Gilsonova ugotavlja, da se pogosto ne čutimo poklicane k skrbi za ranljive in argumentira, da: a) je ranljivost enačena z negativnimi značilnostmi (šibkostjo, nemočjo), b) zaradi povezave med ranljivostjo in šibkostjo zavračamo lastno ranljivost in zanikamo ranljivost drugih, c) zavračanje lastne ranljivosti povzroči zavračanje odgovornosti za ranljive druge.¹¹⁸ Ranljivost povezujemo s prizadetostjo, šibkostjo in pasivnostjo, kar ni združljivo z idejami o sposobnosti, kompetencah in obvladovanju.¹¹⁹ Gilsonova poudarja, da je nujno (vsaj

¹¹¹ Vanlaere in Gastmans, 2011, 169-172.

¹¹² Olsen, 2003, 710.

¹¹³ Avtorji raziskave, ki to dokazuje, neprostovoljni sprejem zato imenujejo »dobra prisila« (angl. *good coercion*) (Lorem idr., 2014, 231-240); navedeno tudi v Koprivnik, 2020, 117.

¹¹⁴ Verkerk, 2001, 291.

¹¹⁵ Verkerk, 2001, 291-292.

¹¹⁶ Gilson, 2014, 2.

¹¹⁷ Gilson, 2014, 15.

¹¹⁸ Gilson, 2014, 31-32.

¹¹⁹ Gilson, 2014, 32.

konceptualno) ločevanje med ranljivostjo kot izkušnjo osebe ali skupine ljudi in ranljivostjo kot stanjem. Opozarja tudi na nujnost ločevanja dveh načinov doživljanja ranljivosti – ranljivosti kot primarnega ali univerzalnega stanja (ontološka ranljivost) in partikularnih vzorcev ranljivosti (situacijska ranljivost). Šele pripoznanje dveh ravni ranljivosti omogoči razvezo ranljivosti od idej šibkosti, nesposobnosti in pasivnosti ter omogoči prevzemanje odgovornosti.¹²⁰ O ranljivosti lahko zato govorimo v kontekstu konkretnih situacij, odnosov in praks.¹²¹ J. D. Rendtorff navaja, da je spoštovanje načela ranljivosti ključno v procesu kreiranja zakonodaj modernih pluralističnih družb, tudi v procesu uskladitve različnih evropskih zakonodaj.¹²² K ranljivosti v kontekstu hude duševne motnje se bomo v nadaljevanju še vrnil. Z vidika etike skrbi na tej točki lahko zaključimo, da je ob zadostno zmanjšani avtonomiji bolnika in njegovi posledični nezmožnosti sprejemanja kompetentnih odločitev o zdravljenju v primeru hude duševne motnje neprostovoljna hospitalizacija bolnika kot *ultima ratio* ukrep nujna. Opustitev pomoči v obliki zdravljenja je v tem smislu zapustitev in torej neetična. Ocenjevanje avtonomije v psihiatriji (v kontekstu sprejemanja odločitev o zdravljenju, bolnikovega stika z realnostjo in sposobnostjo obvladovanja ravnanja) izhaja iz načela skrbi za posameznika s potencialno bolezensko kompromitirano avtonomijo, zato le-ta v psihiatriji ni *a priori* predpostavka.¹²³ Terapevtski odnos, ki ga poudarja relacijska etika skrbi, je ključna sestavina zdravljenja v psihiatriji. Zavedamo se, da lahko še tako utemeljena neprostovoljna intervencija bolnika tudi travmatizira. Znano je, da je ravno dober terapevtski odnos bistven tudi pri emocionalni predelavi travmatske izkušnje neprostovoljne intervencije,¹²⁴ in sicer ne glede na povrnjen bolezenski uvid.

1.1.3 Raba etičnega načela avtonomije v evropski bioetiki in biopravu

Avtorji raziskovalnega projekta *BIOMED II*¹²⁵ navajajo, da so temeljni bioetični principi avtonomije, dostojanstva, integritete in ranljivosti v različnih evropskih državah razumljeni in

¹²⁰ Gilson, 2014, 36-37.

¹²¹ Gilson, 2014, 37.

¹²² Rendtorff, 2002, 237.

¹²³ Owen idr., 2009a, 94.

¹²⁴ Pollmächer, 2017, 159.

¹²⁵ Raziskovalni projekt *Basic Ethical Principles in European Bioethics and Biolaw* ali *BIOMED II* je potekal v letih 1995-98 v povezavi z raziskavo *Bioethics in Law* Danskega raziskovalnega odbora (*Danish Research Council*) (Rendtorff, 2002, 235-244).

institucionalizirani precej različno, kar verjetno odseva kulturne razlike in lokalne variacije. Raziskava je sočasno potekala v 22 evropskih državah v devetdesetih letih prejšnjega stoletja,¹²⁶ definicije principov pa so rezultat hermenevtične analize njihove rabe po vsej Evropi. Raziskovalci so zaključili, da bazični etični principi ne morejo biti razumljeni kot univerzalne in nespremenljive ideje, ampak delujejo kot reflektivne smernice pomembnih vrednot evropske kulture (pri čemer pojma »evropske kulture« niso natančneje opredelili). Rendtorff navaja, da bazična etična načela avtonomije, dostojanstva, integritete in ranljivosti izražajo potrebo po zaščiti humanosti in oseb kot smernice za evropsko politiko v bioetiki in biopravu. Da torej nakazujejo politično moralo medicinskega in pravnega sistema v EU.¹²⁷ Omenjena štiri etična načela v večini evropskih držav interpretirajo v luči človekovih pravic.¹²⁸ Ne gre za edina etična načela, so pa bistvena za razvoj mednarodnega prava v EU¹²⁹ in jih opredeljujejo kot *četrto generacijo človekovih pravic* ali *biopravice*.¹³⁰

Raziskovalci projekta *BIOMED II* načela avtonomije kot (le) enega izmed temeljnih konceptov bioetike in bioprava ne definirajo zgolj v liberalnem smislu dovoljenja (angl. *permission*) in poudarjajo, da avtonomija zaradi strukturnih omejitev ostaja ideal – npr. zaradi odvisnosti od zunanjih dejavnikov, pomanjkanja informacij kot tudi zmanjšane kompetence. Avtonomija ni zadosten normativni koncept zagotavljanja etične in pravne zaščite v odnosu do številnih subjektov, npr. otrok, bolnikov v komi in hudo duševno bolnih. V rezultatih omenjene evropske raziskave tako govorijo o petih pomenih avtonomije v bioetiki in biopravu: a) zmožnost kreiranja idej in življenjskih ciljev, b) zmožnost moralnega uvida, samoupravljanja in zasebnosti, c) zmožnost samostojnega in neodvisnega odločanja, d) zmožnost političnega udeleževanja in osebne odgovornosti in e) zmožnost za informirani pristanek.¹³¹ Avtonomija bi morala biti razumljena kot načelo samoodločanja racionalnih oseb, kar pa ne izključuje priznavanja pluralizma kot političnega dejstva moderne družbe.¹³²

Čas je za kratek povzetek. Analizirala sem koncept avtonomije v sodobni medicinski etiki, ki sicer velja za izrazito pluralističnega. Prevladujoča paradigma v zahodni medicini

¹²⁶ Med leti 1995 in 1998.

¹²⁷ Rendtorff, 2002, 235.

¹²⁸ Rendtorff, 2002, 240.

¹²⁹ J. D. Rendtorff in P. Kemp, *Basic Ethical Principles in European Bioethics and Biolaw*, 2000, 281, v Rendtorff, 2002, 240.

¹³⁰ Rendtorff, 2002, 240.

¹³¹ J. D. Rendtorff in P. Kemp, *Basic Ethical Principles in European Bioethics and Biolaw*, 2000, 25, v Rendtorff, 2002, 236.

¹³² Rendtorff, 2002, 236-237.

ostaja etika štirih načel (po T. L. Beauchampu in J. F. Childressu): spoštovanje bolnikove avtonomije, neškodovanje, koristnost in pravičnost. Nekateri avtorji (npr. S. Bloch in S. A. Green) opozarjajo na potrebo po integraciji etike štirih načel z relacijsko etiko skrbi v psihiatriji. Etika skrbi individualni avtonomiji, ki je zaradi poudarka na liberalnem individualizmu favorizirano načelo med sicer nereduktibilnimi in *prima facie* načeli, zoperstavi relacijski koncept avtonomije.

Sposobnost sprejemanja odločitev o sebi (angl. *mental capacity*) – kot sicer slabo definiran medicinsko-pravni koncept – je nujen pogoj za avtonomno delovanje posameznika. Potrebna je določena raven te sposobnosti, da posameznik lahko deluje avtonomno. V tem smislu sposobnost za sprejemanje odločitev o sebi deluje kot vratar pravice do avtonomije. V medicinski etiki smo dolžni spoštovati avtonomne odločitve bolnikov, hkrati pa smo zavezani k zaščiti avtonomije, kadar je ta bolezensko kompromitirana. Ravno to je okoliščina, ki se pojavi v kontekstu sprejemanja odločitve o neprostovoljnem zdravljenju bolnikov s hudimi duševnimi motnjami. Sposobnost bolnika, da sprejema kompetentne odločitve o sebi, se giblje na kontinuumu, delovanje je torej avtonomno do določene mere.

Sposobnost se ocenjuje vedno kontekstualno, zato se različno presoja tudi v odnosu do pristanka na zdravljenje na eni in do zavrnitve zdravljenja na drugi strani. Obstaja visoka stopnja strinjanja, da so ukrepi brez bolnikovega soglasja dovoljeni le v primeru ogrožanja življenja (nujne medicinske pomoči) in v kolikor bolnik zaradi deficitov ni sposoben sprejeti kompetentne odločitve. V tem primeru se tehtanje med etičnimi načeli od spoštovanja avtonomije nagne v smer sprejemanja odločitev v skladu s spoštovanjem bolnikovih pravic do neškodovanja, koristnosti in pravičnosti (ki so v danem trenutku v nasprotju z njegovo sposobnostjo za avtonomno delovanje). Relacijska etika skrbi izhaja s stališča, da vsi ljudje v vseh fazah življenja niso enako sposobni poskrbeti zase, osnova za spoštovanje dostojanstva osebe sta ranljivost in odnos z osebo. Skrb izvira iz človekove potrebe in stremi k razvoju zmožnosti, torej ni v nasprotju z avtonomijo, temveč jo krepi. Z relacijskega vidika je opustitev potrebne pomoči neetična, bolj kot vprašanje pravic je v tem okviru ključno vprašanje odgovornosti.

Avtonomija je eden izmed prepoznanih etičnih principov evropske bioetike in bioprava, ki pa je (tako kot načela dostojanstva, integritete in ranljivosti) v posameznih državah razumljen in institucionaliziran različno (na kar opozarja J. D. Rendtorff). Načelo avtonomije se v večini evropskih držav interpretira v luči človekovih pravic, avtonomija pa zaradi strukturnih omejitev, med katere sodijo tudi bolezenski razlogi, ostaja ideal. Avtonomija ni zadosten

normativni koncept zagotavljanja etičnosti v odnosu do številnih subjektov, tudi do huje duševno bolnih. V. Žnidaršič Skubičeva opozarja na neobstoje globalne etike in pravi, da so človekove pravice in temeljne svoboščine še najbližje temu, da postanejo univerzalni temelj sodobnega etičnega presojanja. K etični analizi odločitve o utemeljenosti neprostovoljnega zdravljenja se bom kmalu spet vrnila, ko bom izhajala iz konkretnega kliničnega primera bolnika.

1.2 Informirani pristanek na zdravljenje ter dvojna zdravstvena zakonodaja v Republiki Sloveniji – Zakon o pacientovih pravicah in Zakon o duševnem zdravju

Pravica do varovanja zdravja je osnovna človekova pravica, ki jo zagotavljajo *Ustava Republike Slovenije* (51. člen URS pravi, da ima vsakdo pravico do zdravstvenega varstva pod pogoji, ki jih določa zakon) in številni mednarodnopravni akti.¹³³ V določenih primerih je mogoče človekove pravice omejiti, vendar samo s pravicami drugih in v primerih, ki jih določa URS, vsekakor pa le z zakonom (in ne s podzakonskimi predpisi).¹³⁴ Zdravljenje brez bolnikove privolitve ni edinstveno psihiatrična situacija, veliko somatskih stanj onemogoča bolnikov informirani pristanek, pa vendar je zdravljenje potrebno. Bolnik je lahko že ob sprejemu v bolnišnico nezmožen pristanka na zdravljenje (lahko je celo nezavesten), pogosto pa so bolniki med zdravljenjem, na katerega so sicer že pristali, prehodno nezmožni za informirani pristanek za kak dodaten zdravstveni poseg ob zapletih ali v nepredvidenih situacijah – v primeru delirija pred operativnim posegom ali po njem, po kemoterapiji ipd.¹³⁵ Večina evropskih držav tako kot Republika Slovenija uporablja ločeno zakonodajo za telesno in duševno zdravje.¹³⁶ Države z enotno zdravstveno zakonodajo so maloštevilne,¹³⁷ eden izmed glavnih razlogov proti ločenim zakonodajam o duševnem zdravju v teh državah pa je zmanjševanje stigme psihiatričnih bolnikov.¹³⁸ V strokovnih virih se zlasti na angleškem primeru večkrat izpostavlja diskriminatornost dvojne zdravstvene zakonodaje – zakon bolnike z duševnimi motnjami

¹³³ Triller Vrtovec, 2019, 83-85.

¹³⁴ Triller Vrtovec, 2019, 87.

¹³⁵ Koprivnik, 2020, 113.

¹³⁶ Salize idr., 2002, 147; navedeno tudi v Koprivnik, 2020, 113.

¹³⁷ Osem držav članic EU neprostovoljno zdravljenje oseb z duševnimi motnjami ureja znotraj splošne zdravstvene zakonodaje in ne v ločenem zakonu o duševnem zdravju (European Union Agency for Fundamental Rights, 2012, 30).

¹³⁸ Primeri takih držav so Grčija, Italija in Španija (Salize idr., 2002, 18).

obravnavo v skladu z drugimi pravnimi principi kot zakon, ki ureja zdravljenje bolnikov z nepsihiatričnimi diagnozami.¹³⁹

Oviedska *Konvencija o človekovih pravicah v zvezi z biomedicino*¹⁴⁰ posebej obravnava osebe, ki niso zmožne podati veljavne privolitve za zdravstveni poseg. Takšni osebi je zdravstveni poseg dovoljeno opraviti le v njeno neposredno korist.^{141,142} Omenjena konvencija specifično navaja tudi primere nezmožnosti privolitve v zdravstveni poseg na podlagi *duševne nesposobnosti*: »Kadar odrasla oseba zaradi duševne nesposobnosti, bolezni ali podobnih razlogov po zakonu ni sposobna privoliti v poseg, se sme poseg opraviti le z dovoljenjem njenega zastopnika ali zavoda ali osebe ali organa, kot je določeno z zakonom. Posameznika, ki ga to zadeva, je treba v največji možni meri pritegniti v postopek pridobitve dovoljenja.«¹⁴³ Varstvo oseb z duševnimi motnjami pa Oviedska konvencija v 7. členu opredeljuje takole: »Osebi s 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 je treba upoštevati varovalne pogoje, ki jih predpisuje zakon, vključno s postopki za nadzor, kontrolo in pritožbo.«¹⁴⁴

V. Žnidaršič Skubic pojasnjuje vsebino avtonomije pacienta kot pravico do pacientovega samoodločanja, ki zajema njegove tri temeljne pravice: a) pravico, da je seznanjen z vsemi relevantnimi informacijami, b) pravico, da sprejme ali zavrne konkretni zdravstveni poseg in c) pravico, da vnaprej izrazi voljo za tiste zdravstvene primere, ko ne bo več sposoben odločanja o samem sebi.^{145,146} Informirana privolitev¹⁴⁷ v medicini je institut, ki je bil sprva uveden v biomedicinskih raziskavah z namenom preprečevanja zlorab v raziskavah na ljudeh.¹⁴⁸ Pravica do avtonomije v smislu pravice do zavrnitve medicinskega posega je postala neobhodna od

¹³⁹ Richardson, 2012, 334; glej tudi Hope, 2014, 98-99; navedeno tudi v Koprivnik, 2020, 113.

¹⁴⁰ *Konvencija o človekovih pravicah v zvezi z biomedicino*, v Močnik Drnovšek, 2009.

¹⁴¹ Žnidaršič Skubic, 2018, 42; *Konvencija o človekovih pravicah v zvezi z biomedicino*, 6. člen, v Močnik Drnovšek, 2009, 11-12.

¹⁴² Bolnikova »največja korist« v medicini seveda ni jasno definirana in zahteva vsakokratno interpretacijo okoliščin, bolnikovega stanja in verjetne volje.

¹⁴³ *Konvencija o človekovih pravicah v zvezi z biomedicino*, 6. člen, v Močnik Drnovšek, 2009, 11-12.

¹⁴⁴ *Konvencija o človekovih pravicah v zvezi z biomedicino*, 7. člen, v Močnik Drnovšek, 2009, 12.

¹⁴⁵ Žnidaršič Skubic, 2018, 53-54.

¹⁴⁶ Vnaprej izražena volja je institut, ki se v Sloveniji v psihiatriji ne prakticira, tudi sicer je v mednarodnem diskurzu problematiziran. Poročilo Evropske komisije iz leta 2002 navaja, da so države, ki v psihiatriji poznajo institut vnaprej izražene volje zelo redke (Salize idr., 2002, 36), problematika velja za zelo aktualno temo na mednarodnih odrih.

¹⁴⁷ Informirana privolitev je koncept pravne teorije, ki se je razvil in pridobil na teži med drugo polovico petdesetih in sedemdesetimi leti prejšnjega stoletja, ko se je ustalil v ameriški praksi (Krušič Mate, 2010, 45).

¹⁴⁸ Stražičar in Stražičar, 2016, 283.

nürnberških procesov po nacističnih zlorabah v času druge svetovne vojne.¹⁴⁹ Izhodišče informiranega pristanka je človekovo dostojanstvo in njegova pravica do nedotakljivosti.¹⁵⁰ Pojasnilno dolžnost oz. informirano soglasje je v pravni red Republike Slovenije leta 1992 uvedel *Zakon o zdravstveni dejavnosti*, od leta 2008 pa jo opredeljuje *Zakon o pacientovih pravicah* (v nadaljevanju ZPacP).¹⁵¹ ZPacP opredeljuje pravico do privolitve v zdravstveno oskrbo v okviru širše pravice do samostojnega odločanja o zdravljenju – govorimo o zagotavljanju avtonomije pacienta, pa tudi o njegovi največji koristi.¹⁵² Avtonomijo pacienta je ZPacP opredelil v več členih in konkretno v 35. členu tudi poseben način uveljavljanja pravic pacientov, ki niso sposobni odločanja o sebi.¹⁵³ Zdravnik je odgovoren za ugotavljanje bolnikovega razumevanja predlaganega zdravljenja, tveganj in koristi, morebitnih stranskih učinkov in možnih alternativ. Sposobnost informirane privolitve v zdravstveni poseg ali zdravljenje se razlikuje med bolniki kot tudi od posega do posega,¹⁵⁴ zato mora biti bolnikovo pojasnilo prilagojeno posameznemu bolniku v dani situaciji, na njemu primeren način.¹⁵⁵ Aktualen trend v medicini je skupno sprejemanje odločitev (angl. *shared-decision making*,¹⁵⁶ nem. *assistierte Entscheidung*¹⁵⁷), ki ga imenujejo tudi posvetovalni model razkritja medicinskih informacij¹⁵⁸ (v nasprotju s paternalističnim modelom, ko zdravnik odloči sam, brez bolnika, in v nasprotju z informacijskim modelom, po katerem zdravnik bolnika opremi z informacijami in mu povsem prepusti izbiro).¹⁵⁹ Posvetovalni model oz. skupno sprejemanje odločitev o zdravljenju je tudi v psihiatriji pogosto najustreznejši pristop, ni pa primeren v kritičnih situacijah s tveganim izidom ali pri bolnikih brez bolezenskega uvida in s hujšo prizadetostjo sposobnosti sprejemanja odločitev o zdravljenju.^{160, 161}

Za vsak medicinski poseg ali zdravljenje je potrebna bolnikova pravno veljavna privolitev, pogoj za to pa je svobodna in prava volja.¹⁶² Z. Krušič Matejeva navaja, da se svobodna in prava volja lahko oblikuje le, če je bolnik ustrezno obveščen tako o diagnozi kot o načinih zdravljenja,

¹⁴⁹ Turolde, 2010, 542.

¹⁵⁰ Pollmächer, 2017, 156.

¹⁵¹ Stražišar in Stražišar, 2016, 283.

¹⁵² Žnidaršič Skubic, 2018, 53.

¹⁵³ Žnidaršič Skubic, 2018, 54.

¹⁵⁴ Krušič Mate, 2010, 52.

¹⁵⁵ Krušič Mate, 2010, 53.

¹⁵⁶ Hamann in Heres, 2014, 1483.

¹⁵⁷ Pollmächer, 2017, 160.

¹⁵⁸ Krušič Mate, 2010, 25.

¹⁵⁹ Hamann in Heres, 2014, 1483; glej tudi Krušič Mate, 2010, 23-26.

¹⁶⁰ Hamann in Heres, 2014, 1483-1484.

¹⁶¹ Opomba na celotni odstavek: navedeno tudi v Koprivnik, 2020, 113-114.

¹⁶² Krušič Mate, 2010, 44; navedeno tudi v Koprivnik, 2020, 114.

o morebitnih nevarnostih, predvidljivosti uspeha, pa tudi morebitnih posledicah, v kolikor zdravnikovo pomoč odkloni.¹⁶³ Kot bomo videli kasneje, pa tovrstna informiranost oz. obveščenost za kompetentno odločitev o zdravljenju v psihiatriji ni vedno dovolj, ob obveščeni je ključna posameznikova sposobnost za informirani pristanek na zdravljenje ali zavrnitev le-tega.¹⁶⁴

ZPacP zelo natančno opredeljuje pravico do obveščeni bolnika¹⁶⁵ in pojasnilno dolžnost.¹⁶⁶ Zdravstveno oskrbo brez bolnikove privolitve ZPacP opredeljuje v 28. do 31. členu:¹⁶⁷

Če pacient ni sposoben odločanja o sebi ali ni zmožen izraziti svoje volje, se lahko opravi nujna medicinska pomoč brez njegove privolitve.¹⁶⁸

Medicinski poseg oziroma zdravstvena obravnava, ki ni poseg oziroma obravnava iz prejšnjega člena in hkrati ni operativni ali drug medicinski poseg, povezan z večjim tveganjem ali večjo obremenitvijo, se pacientu lahko opravi brez njegove privolitve pod naslednjimi pogoji:

- *pacient ni sposoben odločanja o sebi,*
- *zdravnik ni vedel in ni mogel vedeti, da je pacient, pacientov zdravstveni pooblaščenec oziroma pooblaščenka (v nadaljnjem besedilu: pacientov zdravstveni pooblaščenec), pacientov zakoniti zastopnik oziroma zastopnica (v nadaljnjem besedilu: zakoniti zastopnik) ali druga oseba, ki po zakonu lahko da privolitev, posegu nasprotoval,*
- *privolitve oseb iz prejšnje alineje v razumnem času ni bilo mogoče pridobiti in*
- *bo medicinski poseg oziroma zdravstvena obravnava pacientu v največjo zdravstveno korist.¹⁶⁹*

¹⁶³ Krušič Mate, 2010, 44-45; navedeno tudi v Koprivnik, 2020, 114.

¹⁶⁴ Koprivnik, 2020, 114.

¹⁶⁵ Zanimivo je, da je bolnik (ta izraz sama uporabljam v disertaciji, kadar ne gre za citat) v ZPacP imenovan *pacient*, v ZDZdr pa *oseba*.

¹⁶⁶ *Zakon o pacientovih pravicah*, 2008, 20. člen, 22. člen.

¹⁶⁷ Glej tudi Koprivnik, 2020, 114.

¹⁶⁸ *Zakon o pacientovih pravicah*, 2008, 28. člen.

¹⁶⁹ *Zakon o pacientovih pravicah*, 2008, 29. člen.

In naprej:

(1) Pacient, ki je sposoben odločanja o sebi, ima pravico zavrniti predlagani medicinski poseg oziroma zdravstveno obravnavo, razen kadar bi to ogrozilo življenje¹⁷⁰ ali huje ogrozilo zdravje drugih.

(2) Če zdravnik, ki pacienta zdravi, oceni, da je pacientova odločitev v nasprotju z njegovo najboljšo zdravstveno koristjo in bi zavrnitev lahko ogrozila njegovo življenje ali povzročila nepopravljivo in hudo poslabšanje njegovega zdravstvenega stanja, mora poskusiti pacienta o tem prepričati, po potrebi pa za pomoč zaprositi pacientove ožje družinske člane oziroma predlagati pacientu pridobitev drugega mnenja.¹⁷¹

V obravnavanem kontekstu je posebej zanimiv 37. člen ZPacP, ki med posebnimi načini uveljavljanja pravic bolnikov, ki niso sposobni odločanja o sebi, našteva otroke, bolnike s težavami v duševnem razvoju in začasno nesposobne odločanja o sebi. Člen torej velja v primeru potrebe po somatskem zdravljenju bolnikov s težavami v duševnem zdravju (ne pa tako za zdravljenje teh istih bolnikov zaradi njihove duševne bolezni – v tem primeru je potrebno slediti *Zakonu o duševnem zdravju* (v nadaljevanju ZDZdr), kot bom ponazorila v kmalu):

(1) 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.¹⁷²

(2) Če pacient iz prejšnjega odstavka nima zakonitega zastopnika, izvajalec zdravstvene dejavnosti obvesti pristojni organ za začetek postopka za postavitve zakonitega zastopnika.

(3) Če zdravnik ugotovi, da zakoniti zastopnik ne odloča v najboljšo zdravstveno korist pacienta, o tem obvesti organ, ki je postavil zakonitega zastopnika, za zagotovitev ustreznega zastopanja.

(4) Dokler pacientu iz prvega odstavka tega člena ni postavljen zakoniti zastopnik, lahko privolitev v medicinski poseg oziroma zdravstveno obravnavo dajo osebe, ki so sposobne odločanja o sebi in so dopolnile 18 let starosti, in sicer v naslednjem izključujočem vrstnem redu:

- pacientov zakonec, zunajzakonski partner ali partner iz istospolne skupnosti,

¹⁷⁰ Vendar človekova volja stopi v ozadje ne le, kadar gre za nujno medicinsko pomoč, pač pa tudi v primerih zdravljenja po poskusu samomora in pri evtanaziji (Krušič Mate, 2010, 81). V psihiatriji kljub zelo različnim praksam neprostoovoljnega zdravljenja obstaja širok mednarodni konsenz o zdravljenju oz. sprejemu v bolnišnico tudi brez soglasja bolnika, kadar je ta samomorilen (Salize idr., 2002, 22).

¹⁷¹ *Zakon o pacientovih pravicah*, 2008, 30. člen.

¹⁷² Zakoniti zastopniki ne morejo zavrniti nujne medicinske pomoči (*Zakon o pacientovih pravicah*, 2008, 37. člen).

- *pacientovi otroci ali posvojenci,*
- *pacientovi starši oziroma posvojitelji,*
- *pacientovi bratje ali sestre,*
- *pacientovi stari starši,*
- *pacientovi vnuki.*

(5) Če osebe iz posamezne alineje prejšnjega odstavka ne dosežejo soglasja o izvedbi medicinskega posega oziroma zdravstvene obravnave, odloči o tem zdravnik, ki ga zdravi, pri čemer upošteva podana mnenja in pacientovo največjo zdravstveno korist.¹⁷³

Pravniki izpostavljajo določbe 37. člena ZPacP kot tujek v ZPacP, ki postavlja pod vprašaj celoten sistem,¹⁷⁴ in kritizirajo zakonodajno tehničnost rešitve.¹⁷⁵ Ob prebiranju ZPacP ostaja nejasno, po kakšnem ključu so v 37. členu zajete osebe, ki zaradi težav v duševnem zdravju ali drugega vzroka, ki vpliva na zmožnost razsojanja, niso sposobne privolitve v medicinski poseg. Ali torej druge osebe, ki jim je namenjena ureditev v 28. in 29. členu ZPacP o zdravstvenem posegu brez privolitve, niso takšne, da bi bile (prav tako) nezmožne privolitve zaradi vzroka, ki vpliva na zmožnost presojanja, ki je vsebinsko primerljiv s težavami v duševnem zdravju?¹⁷⁶ Glede na to, da 38. člen ZPacP govori o začasni nesposobnosti odločanja o sebi, se zdi, da je 37. člen v bistvu namenjen pacientom s trajnimi težavami v duševnem zdravju.

V nadaljevanju si bomo pogledali, kako ZDZdr (v primerjavi z ZPacP) pojmuje informirani pristanek na zdravljenje na intenzivni psihiatrični oddelek (uporabljata se tudi izraza varovani oddelek ali oddelek pod posebnim nadzorom). ZDZdr »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.«¹⁷⁷ ZDZdr med drugim opredeljuje tudi postopke sprejema oseb na zdravljenje v oddelek pod posebnim nadzorom psihiatrične bolnišnice (pogoji za sprejem brez privolitve – torej neprostovoljni sprejem – so v središču mojega raziskovanja), pa tudi ambulantno zdravljenje po sklepu sodišča – t. i. nadzorovano obravnavo (s kartico NO). ZDZdr v 1. členu opredeljuje tudi sočasno uporabo določb zakona, ki ureja pacientove pravice, torej ZPacP.¹⁷⁸

¹⁷³ *Zakon o pacientovih pravicah*, 2008, 37. člen.

¹⁷⁴ Balažic idr., 2009, 190.

¹⁷⁵ Balažic idr., 2009, 191.

¹⁷⁶ Balažic idr., 2009, 190.

¹⁷⁷ *Zakon o duševnem zdravju*, 2008, 1. člen.

¹⁷⁸ *Zakon o duševnem zdravju*, 2008, 1. člen.

Sprejem na zdravljenje s privolitvijo po ZDZdr:

(1) Oseba je sprejeta na zdravljenje v oddelek pod posebnim nadzorom z napotnico ali brez nje, če sprejemni zdravnik ugotovi, da so izpolnjeni vsi pogoji iz prvega odstavka 39. člena tega zakona ter oseba v sprejem in načrt zdravljenja pisno privoli.

(2) Privolitev iz prejšnjega odstavka mora biti izraz svobodne volje osebe, ki temelji na razumevanju položaja in je izoblikovana na podlagi primernega pojasnila o:

- zdravstvenem stanju in verjetnem razvoju ter posledicah bolezni,*
- cilju, vrsti in načinu izvedbe, verjetnosti uspeha ter pričakovanih koristih in izidu predlaganega zdravljenja,*
- možnih tveganjih, neželenih učinkih, negativnih posledicah in drugih neprijetnostih predlaganega zdravljenja, vključno s posledicami njegove opustitve,*
- morebitnih drugih možnosti zdravljenja.*

(3) Sprejemni zdravnik da pojasnilo iz prejšnjega odstavka osebi v neposrednem stiku, obzirno, na njej razumljiv način, v celoti in pravočasno.¹⁷⁹

Sprejem na zdravljenje brez privolitve – 39. člen ZDZdr:¹⁸⁰

(1) Zdravljenje osebe v oddelku pod posebnim nadzorom brez njene privolitve je dopustno, če so izpolnjeni vsi naslednji pogoji:

- če 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 (z zdravljenjem v psihiatrični bolnišnici izven oddelka pod posebnim nadzorom, z ambulantnim zdravljenjem ali z nadzorovano obravnavo).*

(2) Sprejem na zdravljenje brez privolitve iz prejšnjega odstavka se opravi:

a) na podlagi sklepa sodišča,¹⁸¹ ki se izda po predlogu za sprejem v oddelek pod posebnim nadzorom, ali

¹⁷⁹ Zakon o duševnem zdravju, 2008, 36. člen.

¹⁸⁰ Zakon o duševnem zdravju, 2008, 39. člen.

¹⁸¹ (1) 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.

(2) Predlog iz prejšnjega odstavka lahko za mladoletnika in polnoletno osebo, ki ji je odvzeta poslovna sposobnost, da tudi zakoniti zastopnik (Zakon o duševnem zdravju, 2008, 40. člen).

b) v nujnih primerih pred izdajo sklepa sodišča,^{182,183} če so izpolnjeni pogoji iz 53. člena tega zakona.¹⁸⁴

Pravna literatura opozarja, da je neprostovoljno zdravljenje dopustno le, če je potrebno, sorazmerno, v posameznem primeru znosno za bolnika in funkcionalno vezano na napotitveni razlog (torej, dopustna je samo tista obravnava, zaradi katere je bil posameznik napoten v psihiatrično ustanovo).¹⁸⁵

Na tem mestu moj namen ni diskutirati o natančnih zakonskih določbah sprejema bolnikov na hospitalno zdravljenje (s privolitvijo ali brez nje), pač pa izpostaviti različne pogoje za sprejem brez privolitve (torej neprostovoljni sprejem) na intenzivno psihiatrično enoto v primerjavi s sprejemom brez privolitve na somatske oddelke (torej na oddelke, kjer se zdravijo nepsihiatrična bolezenska stanja). Medtem ko se ZPacP ukvarja predvsem z informiranim pristankom na zdravljenje (ali s pravico do odločanja o zdravljenju, pravico do privolitve in nenazadnje pravico do zavrnitve zdravstvene obravnave), ZDZdr specifično opredeljuje dva načina sprejema na zdravljenje na psihiatrično intenzivno enoto (enoto pod posebnim nadzorom): s privolitvijo in brez. Seveda je informirani pristanek, ki ga predvideva ZPacP, nujen tudi za sprejem na psihiatrično enoto, kadar gre za sprejem s privolitvijo. Problematična je formulacija izraza privolitve v ZDZdr, ki naj bi bila v nasprotju s *sposobnostjo za odločanje o sebi* v ZPacP izraz *svobodne volje*, kar nakazuje zavedanje, da je vendar bolnikova sposobnost za informirani pristanek na zdravljenje v primeru hude duševne motnje lahko kompromitirana »drugače« kot pri telesnih stanjih nezmožnosti za pristanek oz. zavrnitev zdravljenja.¹⁸⁶ Z. Krušič Matejeva navaja, da zavrnitev zdravljenja v psihiatriji ni izraz svobodne volje in zavestne odločitve, saj je zavrnitev zdravljenja v nekaterih primerih posledica duševne bolezni.¹⁸⁷ Avtorica navaja tudi, da ni težav, kadar se bolnik v psihiatriji strinja z zdravljenjem¹⁸⁸ (bolnik torej s podpisom potrdi pristanek na zdravljenje), pa vendar je v praksi možno, da bolnik želi ostati v bolnišnici in se s predlaganim zdravljenjem strinja iz povsem

¹⁸² Oseba je lahko sprejeta na zdravljenje v oddelek pod posebnim nadzorom brez privolitve in pred izdajo sklepa sodišča, če so podani pogoji iz prvega odstavka 39. člena tega zakona, 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 iz 40. do 52. člena tega zakona (Zakon o duševnem zdravju, 2008, 53. člen).

¹⁸³ O zadržanju osebe mora sprejemni zdravnik v štirih urah pisno obvestiti direktorja psihiatrične bolnišnice, le-ta pa pristojno sodišče (Zakon o duševnem zdravju, 2008, 58. člen).

¹⁸⁴ Zakon o duševnem zdravju, 2008, 39. člen.

¹⁸⁵ Balažič idr., 2009, 192.

¹⁸⁶ Koprivnik, 2020, 114-115.

¹⁸⁷ Krušič Mate, 2010, 89.

¹⁸⁸ Krušič Mate, 2010, 89-90.

napačnih razlogov. Tako lahko goji prepričanje, da ni bolan in zdravljenja ne potrebuje, pa vendar »prostovoljno« ostane v bolnišnici, ker si npr. blodnjavo razlaga, da je to edini način, da uide preganjalcem na ulicah. Pravna veljavnost takšnega pristanka na zdravljenje je manj verjetna – bolnik na zdravljenje sicer pristane, ne pa svobodno (pač pa zaradi vplivov duševne motnje) in informirano (saj informacije o bolezni in zdravljenju ob odsotnem bolezenskem uvidu ne prispevajo k takšni informiranosti, da bi bolnik tudi razumel, da je bolan). Nasprotno imamo lahko situacijo, ko bolnik ustno izrazi željo ostati v bolnišnici, pa je npr. tako bolezensko nezaupljiv (paranoiden) ali bolezensko neodločen (ambivalenten), da tega ne zmore potrditi s podpisom. Za enak primer je ZPacP predvidel možnost, da bolnik soglasje poda ustno v prisotnosti dveh polnoletnih prič,¹⁸⁹ medtem ko v psihiatriji tudi v tem primeru o sprejemu »brez privolitve« obvestimo pristojno sodišče. Medicini se sicer pogosto očita, da ne dvomi o bolnikovi sposobnosti odločanja o sebi, kadar se bolnik strinja z zdravnikovim načrtom, in nasprotno, da zdravnik hitro podvomi o bolnikovi kompetenci, če le-ta zdravljenje zavrača. Da le ni tako preprosto, bom poskušala ponazoriti v nadaljevanju.

Nazaj k sposobnosti sprejemanja odločitev o sebi: v kontekstu pristanka na zdravljenje so »ohlapne definicije« in nekonsistentna raba pojmov na interdisciplinarnem področju (tudi v zdravstveni zakonodaji, npr. v primeru *sposobnosti odločanja o sebi v. izrazu svobodne volje*) problematične. D. Okai idr. sposobnost odločanja o sebi (angl. *mental capacity*) opredeljujejo kot večdimenzionalni konstrukt, ki je središčen pri opredeljevanju posameznikove sposobnosti sprejemanja kompetentnih odločitev.¹⁹⁰ Rezultati raziskav o kompetenci za sprejemanje odločitev o zdravljenju kažejo, da lahko a) kompetenco zanesljivo ocenimo, b) da približno tretjina nepsihiatričnih bolnikov v bolnišnicah nima zadostne kompetence in da je c) nekompetenca na somatskih bolnišničnih oddelkih najpogosteje posledica delirija ali demence. Pri psihiatričnih bolnikih nekompetenca tako ni bistveno pogostejša, je pa praviloma povezana s psihotičnim tipom motnje.¹⁹¹

ZPacP v začetnih določbah *sposobnost odločanja o sebi* definira takole:

je sposobnost pacienta, da samostojno uveljavlja pravice iz tega zakona, še zlasti odloča o izvedbi medicinskega posega oziroma zdravstvene obravnave. Pacient je sposoben odločanja o sebi, če je glede na starost, zrelost, zdravstveno stanje ali druge osebne okoliščine sposoben razumeti pomen in posledice uveljavljanja pravic iz tega zakona, še

¹⁸⁹ Krušič Mate, 2010, 75; glej tudi *Zakon o pacientovih pravicah*, 2008, 26. člen.

¹⁹⁰ Okai idr., 2007, 291.

¹⁹¹ Hotopf, 2005, 580; navedeno tudi v Koprivnik, 2020, 115.

*zlasti privolitve, zavrnitve ali preklica zavrnitve medicinskega posega oziroma zdravstvene obravnave.*¹⁹²

Pridobivanje informiranega soglasja je potrebno presojati v luči posameznikove avtonomije in koristi.¹⁹³ Da je bolnik sposoben za informirano soglasje (in torej avtonomno odločitev o zdravljenju), seveda ni vedno dano. Hude duševne motnje pogosto vsaj začasno (izjemoma pa tudi trajno) kompromitirajo bolnikovo avtonomijo, torej tudi njegovo sposobnost sprejemanja odločitev o zdravljenju.¹⁹⁴ Bolnikovo aktivno sodelovanje v procesu sprejemanja odločitev o zdravljenju zahteva izpolnitev dveh pogojev na njegovi strani: a) njegovo voljo, da sodeluje v procesu odločanja in b) njegovo sposobnost, da ob ustreznih informacijah v procesu odločanja sprejme odločitev.¹⁹⁵ Pogoj pod točko b) je torej *sposobnost odločanja o sebi*, kot jo v kontekstu uveljavljanja pacientovih pravic opredeljuje tudi ZPacP. Informirano soglasje k zdravljenju zahteva izpolnitev več pogojev. Skladno z ravno navedenimi tudi L. Weiss Robertson izpostavlja, da informirani pristanek temelji na: a) razpoložljivosti informacij, b) zmožnosti za sprejemanje odločitev (angl. *decisional capacity*) in c) voluntarizmu.^{196,197} Odločitev je avtonomna, če zadosti določenim psihološkim značilnostim – sprejeta mora biti kompetentno (racionalno, na osnovi ustreznih informacij, razumevanja in navezovanja na lastno situacijo) in prostovoljno (angl. *voluntary*). Slednji kriterij pomeni, da se subjekt odloči sam, brez zunanje kontrole ali vpliva druge osebe kot tudi neosebne sil, v luči lastnih vrednot.¹⁹⁸ Več o sposobnosti sprejemanja odločitve o zdravljenju in voluntarizmu pri hudih duševnih motnjah sledi v naslednjih podpoglavjih.

Za medicinske posege z majhnim ali srednjim tveganjem zadošča ustna ali konkuldentna privolitev (npr. prihod v bolnišnico z napotnico za določen poseg), medtem ko je za poseg z večjim tveganjem potrebna bolnikova pisna privolitev¹⁹⁹ (tako je predvideno tudi za sprejem v bolnišnico na varovano psihiatrično enoto). Z ZDZdr in ZPacP smo v kontekstu zdravljenja brez privolitve ubrali različna pristopa: v skladu z ZPacP lahko pacient zdravljenje zavrne, če ima (zadostno) sposobnost odločanja o sebi, pa še to samo v primeru, da s svojo odločitvijo ne

¹⁹² *Zakon o pacientovih pravicah*, 2008, 2. člen.

¹⁹³ Stražišar in Stražišar, 2016, 286.

¹⁹⁴ Pollmächer, 2017, 155; navedeno tudi v Koprivnik, 2020, 115.

¹⁹⁵ Pollmächer, 2017, 155.

¹⁹⁶ Weiss Roberts, 2002, 705.

¹⁹⁷ Angl. izraz *voluntarism* prevzemam, kar natančneje opredelim v podpoglavju 1.3.

¹⁹⁸ Odločitev je torej lahko neavtonomna, četudi je narejena kompetentno, kadar ni prostovoljna (Kious, 2015, 1-3).

¹⁹⁹ Stražišar in Stražišar, 2016, 287.

ogroža življenja ali huje ogroža zdravja drugih. Nujne medicinske pomoči po ZPacP ni možno zavrniti. ZDZdr zdravljenje, ki ga ni možno zavrniti (torej nujno psihiatrično zdravljenje), opredeljuje v 39. členu, pri čemer se težave v praksi začnejo pri ohlapni opredelitvi kriterija *hujšega ogrožanja svojega zdravja*, ki je predmet različnih psihiatričnih in pravnih interpretacij (medtem ko pogoji ogrožanja svojega ali tujega življenja, hujšega ogrožanja zdravja drugih oseb in povzročanja hude premoženjske škode v klinični in sodni praksi navadno niso problematični). Navedeno bi rada ponazorila s kliničnim primerom, gre namreč za eno izmed hipotez, zaradi katere se bomo v nadaljevanju ukvarjali tudi s človekovim dostojanstvom in človekovimi pravicami v tovrstnih situacijah. Ob pogoju ogrožanja in potrebe po zdravljenju (slednji samo, kadar bolnik svoje zdravje ogroža *huje*) morata biti vsled duševne motnje *huje motena tudi bolnikova presoja realnosti in njegova sposobnost obvladovanja svojega vedenja* (s čimer ZDZdr opredeljuje bolnikovo *nesposobnost sprejemanja odločitev o sebi* v kontekstu zdravljenja).

S pomočjo klinične vinjete bom ponazorila dolgo pot do zdravljenja v Sloveniji, kadar gre za bolnike s hudimi duševnimi motnjami, ki niso nikomur neposredno nevarni. Bolnika bom imenovala J.²⁰⁰, saj želim zagotoviti neprepoznavnost. J. je bil v času prvega stika z eno od slovenskih psihiatričnih bolnišnic star 42 let. Na pregled in oceno je bil skladno z ZDZdr vabljen v bolnišnico s sodnim pozivom, potem ko so njegovi starši pri sodišču vložili predlog za sprejem brez privolitve, saj sina niso mogli prepričati, da bi se pri zdravniku zglasil sam. Ker so imeli starši dolgoletne izkušnje z zdravljenjem shizofrenije pri drugem od svojih sinov, so utemeljeno sumili, da je bolan tudi J., ki se je v obdobju približno petih let povsem spremenil. Ločil se je od žene in prekinil stike s svojima otrokoma, mlajšima od 10 let, odpovedal je dobro plačano delovno razmerje (rekoč, da službe ne potrebuje) in se preselil nazaj k staršem, v svojo staro otroško sobo. V mesecih po vselitvi je sobo zapuščal le za obroke, vse bolj pomanjkljivo je skrbel za svojo osebno higieno, bil je jezav in slabo pogovornjiv. Zavračal je ureditev zdravstvenega zavarovanja in nekako mu je uspelo po spletu prijaviti bivališče v evropski državi, ki ni članica EU,²⁰¹ kjer sicer nikoli ni bil. Zatrjeval je, da je zaposlen, naj bi bil vodja mednarodne multikorporacije, ki jo upravlja z računalnika v svoji sobi. Obisk zdravnika je zavračal, ker z njegovim zdravjem po lastni oceni ni bilo nič narobe, čutil se je povsem

²⁰⁰ Komisija Republike Slovenije za medicinsko etiko je 16. junija 2020 podala soglasje za izvedbo te doktorske disertacije (št. 0120 – 259/2020/3), ki vključuje podatke iz zdravstvenega spisa bolnika, imenovanega J. Namenoma ne uporabljam imena in drugih biografskih podatkov bolnika ali njegovih družinskih članov, ki bi lahko vodili v njihovo prepoznavo.

²⁰¹ To dejstvo se je razkrilo šele v bolnišnici, po sprejemu, je pa pomembno zapletlo reševanje bolnikove socialne situacije.

nerazumljenega. J. je bil v dveh dneh na psihiatričnem oddelku ocenjen kot huje bolan, psihotičen, postavljen je bil sum na kronično psihotično duševno motnjo,²⁰² takšna je bila tudi ocena izvedenca psihiatrične stroke, vendar je sodišče na podlagi izvedenčevega mnenja,²⁰³ da J. svojega zdravja ne ogroža *huje*, izdalo sklep o nedopustnosti zdravljenja brez privolitve. J. se je (nediagnosticiran in nezdravljen) vrnil domov. Starši so po štirih mesecih na sodišču ponovno podali predlog za zdravljenje po sklepu sodišča in dosegli ponovno oceno: sodišče je drugič odločalo zelo dolgo (od maja do oktobra). Izvedenec je ocenil, da gre nedvomno za kronično psihotično motnjo (najverjetneje shizofrenijo), zaradi katere je imel J. huje moten stik z realnostjo in posledično slabo sposobnost obvladovanja ravnanja. Navedel je, da z zavračanjem zdravljenja ogroža svoje zdravje, pa tudi, da brez objektivnih podatkov glede bolnikovega ogrožanja ne more z gotovostjo trditi, da obstajajo zakonski pogoji za zdravljenje brez privolitve po sklepu sodišča. Sodišče je v nadaljevanju pridobivalo dodatne informacije od bolnikovih družinskih članov, tudi od Finančne uprave (glede dolgov) in končno oktobra zaključilo, da J. ogroža svoje življenje in življenje drugih in povzroča hudo premoženjsko škodo zlasti drugim: »tako svojima mladoletnima otrokoma, ko za njiju ne plačuje preživnine že dve leti, hkrati pa povzroča škodo tudi državi, saj je iz spisa razvidno, da ima dolgove do države.« In naprej: »Zaradi svoje produktivne blodnjave simptomatike – duševne motnje, ima hudo moteno presojo realnosti in ni sposoben obvladovati svojega ravnanja. Je povsem nekritičen do realnega življenja in svojih obveznosti, tako kot oče in državljani Republike Slovenije.«²⁰⁴ Sodišče je v Sklepu odločilo, da se J. sprejme na zdravljenje brez privolitve za dobo dveh mesecev. Zaradi pritožbe bolnikove odvetnice je o primeru v nadaljevanju presojalo še višje sodišče, ki je primer vrnilo v ponovno sojenje prvostopenjskemu sodišču. Medtem so se težave družine, ki so izhajale iz sobivanja z obolelim, stopnjevale. J. je postajal vse bolj verbalno agresiven do staršev (z nikomer drugim tudi ni imel stikov), dokler ni nekega dne udaril mame in grozil s požigom hiše. Starši so poklicali dežurno zdravniško službo, J. je bil že tretjič sprejet v bolnišnico (enajst mesecev po prvem sprejemu v bolnišnico, tedaj za oceno s strani izvedenca po odredbi sodišča) – tokrat v nujnem primeru. S hospitalizacijo in zdravljenjem ni soglašal, sodišče pa je v celoti sledilo mnenju izvedenca, da gre za hudo duševno motnjo in posledično

²⁰² Za potrditev diagnoze je seveda nujna diagnostika, ki je ni možno izpeljati v dveh dneh.

²⁰³ Med izvedenci psihiatrične stroke iz včasih težko razumljivih razlogov prihaja do precejšnjih odstopanj v interpretaciji kliničnega stanja in hudega ogrožanja zdravja. Zdi se, da manjkata strokovni diskurz in konsenz o tem, kaj konkretno pomeni hudo ogrožanje zdravja v psihiatriji (kadar npr. ne gre za neposredno samomorilnost, zavračanje hrane ali opustitev življenjsko pomembne somatske terapije). S problemom psihiatrične kot tudi pravne interpretacije bom v nadaljevanju še ukvarjala.

²⁰⁴ Bolnikove nezmožnosti pristanka na zdravljenje, ki je izhajala iz huje duševne motnje, kot tudi njegove temeljne pravice do ustrezne zdravstvene oskrbe, sodišče ni posebej izpostavljalo.

huje moteno presojo realnosti in sposobnosti obvladovanja svojega ravnanja, ki je ni možno zdraviti zunaj oddelka pod posebnim nadzorom, in izdalo sklep o zdravljenju brez privolitve za obdobje treh mesecev. Tudi v tem primeru je o pritožbi presojalo višje sodišče, ki pa je potrdilo odločitev prvostopenjskega.

Če bi J. bival v drugi evropski državi, bi bila njegova pot do zdravljenja drugačna. Nacionalne zakonodaje, ki urejajo moment neprostovoljnega zdravljenja v psihiatriji, se v temeljih za neprostovoljno zdravljenje močno razlikujejo. Smernic na tem poročju nimamo. Medtem ko je bolnik s telesno boleznijo (npr. miokardnim infarktom) v vseh evropskih državah zdravljen primerljivo (če ne identično), so bolniki s hudimi duševnimi motnjami, ki se sami z indiciranim zdravljenjem ne strinjajo, obravnavani (zdravljeni ali pa ne!) precej neodvisno od klinične slike – v skladu z veljavno nacionalno zakonodajo. To je v medicini edinstvena situacija. Na Švedskem bi bil bolnik v opisani situaciji hospitaliziran za obdobje štirih tednov, v kolikor bi se o potrebi po neprostovoljnem hospitalnem zdravljenju strinjala dva specialista psihiatra. Če bi potreba po tovrstni intervenciji vztrajala dlje od štirih tednov, pa bi o tem presojalo sodišče.²⁰⁵ Zelo različne evropske zakonodajne pristope bom primerjala v naslednjih poglavjih.

Kdaj je torej utemeljeno nujno psihiatrično zdravljenje brez soglasja bolnika? ZPacP nujno medicinsko pomoč opredeljuje kot: »neodložljivo ravnanje, ki je potrebno za ohranitev življenjsko pomembnih funkcij ali za preprečitev nepopravljivega in hudega poslabšanja zdravstvenega stanja.«²⁰⁶ Ali je nujna medicinska pomoč torej lahko neprostovoljno zdravljenje osebe, ki ima hudo moteno presojo realnosti in povsem odsoten uvid v prisotnost lastne duševne bolezni (čeprav ta bolnik morda ne ogroža nikogar drugega, neposredno niti svojega življenja, četudi morda posledično huje psihosocialno propada)? Kaj je ustrezen poseg v njegove pravice, ki mu jih nedvomno v prvi vrsti omejuje prav huda duševna motnja? Kakšen je sorazmeren ukrep brez njegovega strinjanja? 8. člen ZDZdr navaja, da mora biti zdravstveni poseg sorazmeren z njegovim namenom.²⁰⁷ Gre namreč za problem nestrinjanja z zdravljenjem in ne za vprašanje o izraženosti hude duševne motnje, če bi se J. z zdravljenjem strinjal (pa četudi iz »napačnega« razloga), dileme ne bi bilo. Zavračanje zdravljenja je v J.-evi situaciji pričakovano, sam je namreč prepričan, da z njim ni nič narobe. Po ZPacP bi o zdravljenju odločali bolnikovi zastopniki, če sam odločitve ne bi bil sposoben, po ZDZdr tega ne morejo, odloča sodišče (ki pa se lahko odloči, da kot priče pokliče tudi svoje). Pogoji, da bolnik s hudo

²⁰⁵ Sjöstrand idr., 2015; glej tudi Svensson in Kjellin, 2006, 331.

²⁰⁶ *Zakon o pacientovih pravicah*, 2008, 2. člen.

²⁰⁷ *Zakon o duševnem zdravju*, 2008, 8. člen.

duševno motnjo ni sposoben odločati o zdravljenju (zaradi huje motene presoje realnosti), torej ni zadosten za zdravljenje brez privolitve, pač pa mora biti motnja take narave, da iz nje izhaja nevarnost za življenje ali hujše ogrožanje zdravja, slednje pa je prepogosto stvar subjektivnih interpretacij, tudi zaradi odsotnosti javnega diskurza, primerjav s tujino in rednega etičnega in strokovnega razmisleka o ustreznosti ravnanja – v iskanju najboljše prakse. Psihatri smo v Sloveniji že večkrat opozorili na problem dostopnosti zdravljenja za bolnike s hudimi duševnimi motnjami, ki neposredno (akutno) ne ogrožajo niti sebe niti drugih, ki izrazito psihosocialno propadajo, pa jih (kljub absolutni medicinski indikaciji in ob odsotnosti drugih terapevtskih pristopov) ni mogoče zdraviti brez soglasja.²⁰⁸ Bolj kot huda duševna motnja napreduje, slabša je prognoza, ključno je pravočasno zdravljenje hudih duševnih motenj – še posebej tistih s kroničnim potekom, saj v nasprotnem primeru puščajo ireverzibilne in zdravljenju nedostopne bolezenske posledice, ki se odražajo v psihosocialnem propadu osebe. Problem opredelitve zadostne nevarnosti, ki izhaja iz bolnikove nezdravljene duševne motnje, izpostavljajo tudi v tujini. T. Steinert tako opozarja ravno na hud psihosocialni propad pri bolniku, ki je psihotičen, ni suicidalen, tudi ni nikomur nevaren, samega sebe pa zanemarja, izgubi službo, dom in prijatelje, vse kot posledico nezdravljene psihotične motnje. Poudarja pogosto prezrto socialno dimenzijo, ki je po definiciji Svetovne zdravstvene organizacije²⁰⁹ integralni del zdravja.²¹⁰

Katere pravice (tako bolnikove kot pravice drugih) prioritetno in uspešneje varujemo z aktualnim ZDZdr? Kako tehtamo med različnimi pravicami – pravico do prostosti in pravico do ustreznega zdravljenja ter med pravicami obolelega in pravicami družbe? Strinjam se z mnenjem primarija A. Žmitka, ki je kmalu po sprejetju aktualnega ZDZdr zapisal, da je ta zakon, ki v celoti izhaja iz varstva človekovih pravic, prezrl premiso *salus aegroti suprema lex* (bolnikovo zdravje je najvišji zakon) in »spregledal dejstvo, da bolnika z duševno motnjo v doseganju svobode najbolj ovira prav njegova bolezen.«²¹¹ Četudi zakon z določbami o nadzorovanju zdravljenja implicitno sporoča, da je največja težava za bolnike z duševnimi motnjami zdravljenje, ga v marsičem dejansko ovira ali celo preprečuje. Žmitek izpostavlja tudi, da je pri bolnikih z močno prizadetim ali celo odsotnim bolezenskim uvidom kompetenten pristanek na zdravljenje praktično nemogoč, saj ni izpolnjen pogoj razumevanja bolezenskega

²⁰⁸ Glej npr. Žmitek, 2013, 230.

²⁰⁹ Po definiciji Svetovne zdravstvene organizacije je zdravje stanje popolnega fizičnega, psihičnega in socialnega blagostanja (angl. *wellbeing*) in ne le odsotnost bolezni ali hibe. Fizično in psihično blagostanje je človekova pravica, ki omogoča življenje brez omejitev (World Health Organization, *Definition of Health*).

²¹⁰ Steinert, 2017, 292-293.

²¹¹ Žmitek, 2009, 6.

stanja.²¹² Zakonodaje, ki sledijo nevarnostnemu principu (in ne (tudi) principu potrebe po zdravljenju), hitreje posežejo v posameznikovo pravico do prostosti z namenom zaščite družbe. V teh primerih so evropske nacionalne prakse tudi veliko bolj skladne kot v primerih, ko gre za bolnikovo domnevno največjo korist.²¹³ Pravica do prostosti se veliko pogosteje tematizira kot pravica do ustreznega zdravljenja, ki pa je bolnik sam zaradi narave svoje bolezni ne more koristiti. K J.-jevemu primeru se bomo še vračali, tudi ko bomo govorili o drugih evropskih zakonskih pristopih k neprostovoljnemu psihiatričnemu zdravljenju.

V sintezi tega poglavja lahko rečemo, da zdravljenje brez privolitve bolnika nikakor ni edinstvena psihiatrična problematika, veliko telesnih stanj onemogoča informirani pristanek na zdravljenje, pa vendar je to potrebno. Večina evropskih držav kot Republika Slovenija uporablja ločena zakona za telesno (ZPacP) in duševno zdravje (ZDZdr). Omejena dvojnost – dihotomija med telesnim in duševnim zdravjem – je pogosto kritizirana kot diskriminatorna do bolnikov z duševnimi motnjami, vodi tudi v dodatno stigmatizacijo. V nadaljevanju bomo videli, da mnoge države iščejo enotne/integrirane zdravstvenozakonodajne rešitve. ZPacP in ZDZdr pri določanju pogojev za zdravljenje brez bolnikovega soglasja nista konsistentna. Prvi pri informiranem pristanku izhaja iz *sposobnosti odločanja o sebi* (in bolnika imenuje *pacient*), drugi izhaja iz *svobodne volje osebe, ki temelji na razumevanju položaja* (in bolnika imenuje *oseba*). Zdravljenje brez privolitve je po ZPacP dovoljeno v primeru nujne medicinske pomoči (le-te ni mogoče zavrniti), nekateri drugi zdravstveni posegi pa se lahko opravijo brez bolnikovega soglasja v primeru njegove nesposobnosti za sprejemanje odločitev, kadar v poseg privolijo njegov zakoniti zastopnik oz. svojci po zakonsko predvidenem redu, v skrajnem primeru tudi zdravnik. To je v ZDZdr urejeno bistveno drugače: sprejem na zdravljenje brez privolitve je dopusten, kadar so sočasno izpolnjeni pogoji a) ogrožanja življenja, hujšega ogrožanja zdravja ali hude premoženjske škode, ki je b) posledica duševne motnje, zaradi katere ima bolnik (oseba) huje moteno presojo realnosti in sposobnost obvladovati svoje ravnanje in c) navedenih vzrokov ogrožanja ni mogoče odvrniti z drugimi oblikami pomoči. Tak sprejem se lahko opravi v nujnem primeru, kakršnih je v praksi velika večina (o nujnem sprejemu je potrebno v štirih urah obvestiti sodišče, ki skliče narok za presojo), ali v rednem postopku na podlagi predhodnega sklepa sodišča. ZDZdr torej eksplicitno ne govori o nujni medicinski pomoči (ki je po ZPacP ni mogoče zavrniti), implicitno pa jo zajema v prvi postavki 39. člena

²¹² Žmitek, 2009, 6.

²¹³ Zinkler in Priebe, 2002, 6.

– kot ogrožanje življenja, hujše ogrožanje zdravja ali hudo premoženjsko škodo, ki je posledica duševne motnje.

V ozadju zelo različnih pogojev za zdravljenje brez privolitve bolnika na področju telesnega in duševnega zdravja je zavedanje, da je bolnikova »prava volja« v primeru duševnih motenj lahko kompromitirana drugače kot pri telesnih obolenjih. Tudi pravnica Z. Krušič Matejeva navaja, da zavrnitev zdravljenja v psihiatriji ni izraz svobodne volje in zavestne odločitve, temveč je v nekaterih primerih posledica duševne motnje (kot bomo videli v nadaljevanju, je razlog zavrnitve lahko celo simptom duševne motnje – odsoten bolezenski uvid). Kako kompleksno duševne motnje zmanjšujejo bolnikovo zmožnost za zavrnitev zdravljenja, si bomo pogledali v naslednjih poglavjih, kjer se bom natančneje ukvarjala z medicinskim in pravnim vidikom posameznikove (bolnikove) sposobnosti sprejemanja odločitev o sebi – analizirala ju bom tako v splošnem medicinskem kot v specifično psihiatričnem kontekstu in medsebojno primerjala.

Zdaj je čas, da analizo začnem tudi na kliničnem primeru bolnika J., h kateremu se bom v disertaciji vedno znova vračala. J. ni bil sposoben sprejemanja odločitve o zdravljenju za bolezen, do katere ni imel uvida. Sam ni razumel, da je bolan, posledično je zdravljenje zavračal, sodišče pa na podlagi zakonske dikcije in izvedenskih interpretacij ni ugotavljalo pogojev za neprostovoljno zdravljenje prepoznane hude duševne motnje (kronične psihoze). Kot smo videli v prvem podpoglavju, bi po načelih relacijske etike skrbi in etike štirih načel rekli, da J. ni bil sposoben avtonomnega delovanja, retrogradno gledano pa lahko sklepamo, da se njegovih potreb (ranljivosti) ter njegovih pravic do spoštovanja načel neškodovanja, koristnosti in pravičnosti pri presoji zdravljenja brez njegovega soglasja ni zadostno upoštevalo. Izvedenca sta v dveh ločenih predlogih sodišču za zdravljenje v rednem postopku ugotavljala prisotnost kronične duševne motnje iz skupine psihoz, zaradi katere je imel J. huje moten stik z realnostjo in posledično slabo sposobnost obvladovanja ravnanja. Ugotavljala sta ogrožanje zdravja, ki pa ni zadostilo zakonski dikciji hujšega ogrožanja. J. je bil tako zdravljen šele ob tretjem stiku s psihiatrijo, v nujnem primeru, potem ko je bil fizično agresiven do mame. Z njegovo sposobnostjo sprejemanja odločitev o zdravljenju (specifično s sposobnostjo za zavrnitev zdravljenja) oz. svobodno voljo se sodišče ni podrobneje ukvarjalo. Eksplicitno tovrstne presoje 39. člen ZDZdr tudi ne predvideva, spet implicitno jo poda v obliki dikcije huje motene presoje realnosti, ki pa sama ni zadosten pogoj za odločitve o neprostovoljnem zdravljenju.

Sledijo podpoglavja o sposobnosti odločanja o sebi v kontekstu, ki ga obravnava ZPacP (angl. *decision making capacity*), razmejitev od pravne kompetence (angl. *competence* ali *legal*

capacity) in končno razdelek o specifikah hudih duševnih motenj – njihovega vpliva na bolnikovo sposobnost odločanja o zdravljenju (npr. o bolezenskem uvidu, volji in preferencah).

1.2.1 Sposobnost sprejemanja odločitev o sebi – pravni in medicinski vidik

V nasprotju s pravom, ki izhaja iz predpostavke, da je odrasel človek (pravno) kompetenten in poslovno sposoben, če ni (na sodišču²¹⁴) dokazano drugače, v psihiatriji v primeru hudih duševnih motenj (pa tudi sicer v medicini) intaktna avtonomija ni predpostavka, pač pa je avtonomijo potrebno pri vsakem primeru oceniti.²¹⁵ Psihiatri smo zavezani k spoštovanju bolnikove avtonomije, pa tudi odgovorni za njeno zaščito, kadar jo kompromitira prisotna psihopatologija.²¹⁶ Kakšen vpliv ima psihiatrova ocena bolnikove avtonomije na odločitev o neprostovoljnem zdravljenju, je nato odvisno od kriterijev za tovrstno zdravljenje v nacionalnih zakonodajah o duševnem zdravju.

Združeni narodi so leta 2006 z namenom zagotavljanja enakopravnega uživanja vseh človekovih pravic in temeljnih svoboščin izdali *Konvencijo o pravicah invalidov*²¹⁷ (s kratico UN CRPD).²¹⁸ Komentar 12. člena Konvencije pojasnjuje, da invalidizirajoči status osebe ali obstoj fizične oz. senzorne okvare nikoli ne sme biti podlaga za odrekanje pravne kompetence.²¹⁹ Ugledna psihiatrična revija, *The Lancet Psychiatry*, je kot odziv na *General Comment on Article 12 UN CRPD* v članku izpostavila trditev, da naj bi imel vsakdo pravno kompetenco – neodvisno od njegovega duševnega stanja, kar je popolnoma nezdržljivo s strokovnimi pravnimi in psihiatričnimi koncepti kompetence in zmožnosti sprejemanja odločitev o zdravljenju, ki so bili v Komentarju povsem prezrti.²²⁰ Med razlogi za problematično interpretacijo avtorji članka izpostavljajo izvzetost psihiatrov pri oblikovanju

²¹⁴ Oseba velja za poslovno nesposobno, če ji sodišče v nepravdnem postopku odvzame poslovno sposobnost, npr. zaradi duševne bolezni, duševne zaostalosti ali drugega vzroka, ki trajno vpliva na psihofizično stanje, zaradi katerega oseba ni sposobna skrbeti zase, za svoje pravice in koristi (Krušič Mate, 2010, 54-55).

²¹⁵ Owen idr., 2009a, 94; navedeno tudi v Koprivnik, 2020, 116.

²¹⁶ Owen idr., 2009a, 94; navedeno tudi v Koprivnik, 2020, 116.

²¹⁷ Bolniki z duševnimi motnjami, ki potrebujejo neprostovoljno zdravljenje in jih obravnavam v tej disertaciji, v veliki večini niso invalidi. Invalidnost je status, ki ga oseba lahko pridobi ob določeni stopnji ireverzibilne oškodovanosti zaradi katere koli bolezni. Nekateri bolniki s hudimi duševnimi motnjami tako tudi imajo status invalida, ni pa vsak bolnik s hudo duševno motnjo invalid.

²¹⁸ angl. *UN Convention of Rights of People with Disabilities*

²¹⁹ Committee on the Rights of Persons with Disabilities, Eleventh Session, *General Comment No.1 (2014), Article 12: Equal recognition before law.*

²²⁰ Freeman idr., 2015, 844.

dokumenta kot tudi nezadostno posvetovanje delovne skupine z uporabniki s hudo duševno motnjo.²²¹ *Konvencija o pravicah invalidov* predstavlja velik izziv za zakone o duševnem zdravju, saj kakršnekoli prisilne ukrepe zaradi prisotnosti duševne motnje opredeli kot diskriminirajoče in torej kršitev Konvencije.²²² T. Steinert, ki zagovarja, da bi moral biti osrednji kriterij v zakonodajah, ki urejajo neprostovoljno zdravljenje, kriterij sposobnosti sprejemanja odločitev o sebi (angl. *capacity criterion*) – in ne duševna motnja – meni, da bi bilo to tudi bolj v skladu z omenjenim *Komentarjem 12. člena Konvencije o pravicah invalidov*.²²³ Neprostovoljni ukrepi v psihiatriji so del širše slike, poleg pravice do odločanja o zdravljenju bi morali z ustreznimi programi poskrbeti tudi za dostopnost drugih pravic, ki jih prav tako ščiti Konvencija,²²⁴ npr. dostopnost pravice do zdravstvene oskrbe kot ene izmed temeljnih človekovih pravic.

V literaturi se pojma *kompetenca* (angl. *competence*) in *zmožnost oz. sposobnost odločanja o sebi* (angl. *mental capacity*) uporabljata nekonsistentno, v prvem primeru naj bi šlo za pravni, v drugem za klinični pojem.²²⁵ Dejstvo, da se pravni, klinični, etični in socialni koncepti človekove sposobnosti za odločanje o sebi razlikujejo (že nacionalno, toliko bolj v mednarodnem prostoru), otežuje primerjave in interdisciplinarno raziskovanje.²²⁶ V pravu gre za vprašanje zmožnosti informiranega pristanka na zdravljenje in (podobno kot v medicini, tudi psihiatriji) je ta razumljena na kontinuumu (torej ne zgolj kot prisotna ali odsotna). Privolitvena in zavrnitvena sposobnost (za zdravniški poseg) sta dva vidika posameznikove sposobnosti odločanja o samem sebi.²²⁷ O zmožnosti kompetentnega pristanka na zdravljenje je potrebno odločati glede na vsakokratno specifično situacijo²²⁸ (npr. indiciran sprejem na intenzivni psihiatrični oddelek zaradi hude duševne motnje), kompetenca se preverja v določenih okoliščinah (torej kompetenca-za-nekaj) in ni vsesplošna kvaliteta.^{229,230} Z. Krušič Matejeva navaja, da v teoriji ni mogoče najti enoznačnega odgovora na vprašanje o naravi pravne privolitve, prevladuje pa mnenje, da mora biti pravno veljavna privolitev razsodna – določene

²²¹ Freeman idr., 2015, 847-848.

²²² Bhugra idr., 2017, 793.

²²³ Steinert, 2017, 294.

²²⁴ Bhugra idr., 2017, 793.

²²⁵ Nekateri avtorji znotraj istega članka izmenjaje uporabljajo pojma *capacity* in *competence*, tako tudi P. S. Appelbaum, ki na nekonsistentno rabo uvodoma opozori (Appelbaum, 2007, 1834).

²²⁶ Hotopf, 2005, 581.

²²⁷ Krušič Mate, 2010, 55.

²²⁸ Owen, 2009a, 90.

²²⁹ Sadock in Alcott Sadock, 2007, 1378.

²³⁰ Krušič Mate, 2010, 57.

stopnje zrelosti, ki omogoča razumeti pomen pojasnila in se na podlagi tega ustrezno odločiti.²³¹ Tovrstna pravna presoja v medicini praviloma temelji na zdravnikovi oceni o: a) bolnikovih zmožnostih razumevanja informacij (npr. o zdravljenju), b) bolnikovi presoji o tem, v kolikšni meri se informacije navezujejo nanj, c) njegovi zmožnosti racionalnega tehtanja alternativnih možnosti in d) zmožnosti komunikacije izbire.²³² Diagnoza hude duševne motnje seveda ni zadosten razlog za zmanjšano pravno kompetenco, *a priori* tudi ne za zmanjšano (medicinsko) zmožnost sprejemanja odločitev o sebi. Le nekateri bolniki z duševnimi motnjami niso zmožni odločati o zdravljenju.

Vsak posameznik ima po načelih našega prava *splošno pravno sposobnost*, kar pomeni, da je subjekt pravic in obveznosti (pravna subjektiviteta). *Poslovna sposobnost* je skupaj z deliktno sposobnostjo²³³ sposobnost za dejanja v okviru pravne subjektivitete. Poslovna sposobnost je: »pravno priznana sposobnost izražati poslovno voljo in tako s svojimi dejanji povzročati nastanek, spremembo ali prenehanje pravnih razmerij.«²³⁴ Osebe dobijo popolno poslovno sposobnost z dopolnjenim osemnajstim letom starosti.²³⁵ Četudi se poslovna sposobnost praviloma pridobi s polnoletnostjo, ima le-ta dve komponenti: a) objektivno predpostavko – starost osemnajst let ter b) subjektivno predpostavko – razsodnost, sposobnost razumeti pomen svojega dejanja (intelektualna sestavina) in sposobnost ravnati s tako oblikovano voljo (voljna sposobnost).²³⁶ Poslovna sposobnost je osebi lahko odvzeta samo v sodnem postopku, kar pomeni hudo omejitev človekovih pravic, zaradi česar je treba izhajati iz splošnega ustavnega načela sorazmernosti;²³⁷ sodišče v nadaljevanju subjektu postavi skrbnika.²³⁸ Sodišče tako lahko odloča o delnem ali popolnem odvzemu poslovne sposobnosti osebam, ki zaradi duševne bolezni, duševne manjrazvitosti, odvisnosti ali drugih vzrokov, ki vplivajo na psihofizično stanje oseb, niso sposobne same skrbeti za svoje pravice in koristi.²³⁹ Odvzem poslovne sposobnosti zaradi hude duševne motnje s hudimi in ireverzibilnimi bolezenskimi deficiti kognitivne in osebnostne narave je redka praksa.

²³¹ Krušič Mate, 2010, 55.

²³² T. Grisso in P. S. Appelbaum, *Assessing Competence to Consent to Treatment*, 1998, v Owen idr., 2009a, 91; glej tudi Appelbaum, 2007, 1835-1836.

²³³ Kar zadeva deliktno sposobnost, ki je v psihiatriji predmet forenzične psihiatrije, s katero se na tem mestu ne ukvarjam podrobneje, sta pogoja za kaznovalno odgovornost prištevnost in krivda. Prištevnost se ocenjuje prek ocene storilčeve zaznave sveta okoli sebe in njegove sposobnosti obvladovati svoje ravnanje (Novak, 2010, 130).

²³⁴ Krušič Mate, 2010, 54.

²³⁵ Mladoletnik s petnajstim letom pridobi omejeno poslovno sposobnost (Krušič Mate, 2010, 54).

²³⁶ VSRS Sklep II lps 306/2011; Novak, 2010, 128-129.

²³⁷ VSRS Sklep II lps 306/2011; Novak, 2020, 130.

²³⁸ Novak, 2010, 130.

²³⁹ VSRS Sklep II lps 306/2011; Novak, 2010, 130.

Večino odločitev o neprostovoljnem zdravljenju psihiatri tako sprejmemo za pravno kompetentne, poslovno sposobne subjekte. Poleg tega je potrebno bolnikovo sposobnost privolitve v medicinski poseg ugotavljati v vsakem primeru posebej, tudi če gre za bolnika, ki mu je bila odvzeta poslovna sposobnost, saj so zahteve za privolitveno sposobnost nižje od zahtev za priznanje poslovne sposobnosti.²⁴⁰ K poslovni sposobnosti šteje tudi *procesna (pravdna) sposobnost*.²⁴¹ Glede slednje je Višje sodišče v Celju v neki sodbi zapisalo takole:

*Pravdna oziroma procesna sposobnost je sposobnost stranke, da samostojno in veljavno opravlja procesna dejanja. /.../ Kdor je poslovno sposoben, je tudi procesno (pravdno) sposoben in v pravi lahko samostojno opravlja procesna dejanja. Obstoj procesne sposobnosti je procesna predpostavka in na to sodišče pazi po uradni dolžnosti. Iz tega, da se obstoj poslovne in procesne sposobnosti domneva, sicer nedvomno izhaja, da stranke niso dolžne prilagati dokazil o svoji poslovni sposobnosti, prav tako pa izhaja, da tudi sodišče v primeru, ko nima razlogov za sum o obstoju procesne sposobnosti, ni dolžno ugotavljati okoliščin v tej smeri. Če pa sodišče iz okoliščin primera posumi na pomanjkanje procesne sposobnosti, je treba o obstoju oziroma neobstoju procesne sposobnosti odločiti s stopnjo zanesljivosti. Sodišče opravi poizvedbe ter izvede dokaze (postavi izvedenca medicinske stroke) po uradni dolžnosti.*²⁴²

V medicinskem kontekstu je kompetenten bolnik tisti, ki ima zadostno zmožnost sprejemanja odločitve o zdravljenju (npr. v kontekstu pristanka na zdravljenje oz. zavrnitve zdravljenja), kot bomo videli v nadaljevanju. Sodišče dejansko v vsako odločitev o utemeljenosti neprostovoljnega psihiatričnega zdravljenja vključi mnenje izvedenca s področja psihiatrije, ki je odgovoren za strokovna pojasnila. Ta (v skladu z 39. členom ZDZdr) med drugim ocenjuje, ali je ogrožanje življenja, hujše ogrožanje zdravja ali huda premoženjska škoda posledica duševne motnje, zaradi katere ima oseba (bolnik) hudo moteno presojo realnosti in sposobnost obvladovati svoje ravnanje.

Da je subjekt kompetenten (sposoben) za avtonomno sprejemanje odločitev o sebi v kontekstu zdravljenja²⁴³ (in torej za informirani pristanek ali zavrnitev zdravljenja), mora imeti določene sposobnosti.²⁴⁴ Kot smo videli, je kompetenca pravni koncept, le sodišče lahko posameznika

²⁴⁰ Balažic idr., 2009, 191.

²⁴¹ Novak, 2010, 129.

²⁴² VSC Sklep Cp 1995/2006.

²⁴³ Tvrstna sposobnost je vedno odvisna od konteksta, angl. *task-specific*, govorimo o sposobnosti za konkretno nalogo (Culver in Gert, 2004, 259).

²⁴⁴ Berg idr., 1996, 346.

razglasi za nekompetentnega. Ocena sposobnosti sprejemanja odločitev o sebi pa je v medicini odgovornost zdravnikov (govorimo tudi o kompetenci ali sposobnosti za sprejemanje odločitev o zdravljenju). Sposobnost sprejemanja odločitev o sebi v medicinskem kontekstu vključuje sposobnost za informirani pristanek na zdravstveni poseg.²⁴⁵ Specifičnih strokovnih smernic ali testov za oceno bolnikovih sposobnosti za pristanek k zdravljenju nimamo,²⁴⁶ gre za klinično, interpretativno oceno za konkretnega bolnika v specifični situaciji. Tako je vsak zdravnikov pogovor z bolnikom o bolezni in možnih pristopih zdravljenja hkrati tudi neizogiben del ocene bolnikove sposobnosti informiranega pristanka na zdravljenje.²⁴⁷ Klinična presoja ostaja zlati standard in je vedno tudi vrednostna (angl. *value judgement*), pri čemer bi morali stremeti k zanesljivim ocenam sposobnosti odločanja o zdravljenju, ki tehtajo med avtonomijo in dobrobitjo na način, ki odseva družbene vrednote.²⁴⁸ Proces ocene sposobnosti sprejemanja odločitev o zdravljenju ni nevtralen (angl. *value-free*); zmožnosti in nezmožnosti bolnikov se ne ocenjujejo brez presoje narave in posledic njihovih odločitev.²⁴⁹

V urgentnih situacijah se od zdravnikov pričakuje, da proces informiranega pristanka prilagodijo tako časovnim omejitvam kot tudi resnosti bolnikovega zdravstvenega stanja, pa tudi resnosti verjetnih posledic zdravljenja²⁵⁰ (ali opustitve le-tega). A. Buchanan zagovarja načelo sorazmernosti: stopnja sposobnosti za sprejemanje odločitve o zdravljenju mora variirati glede na resnost posledic bolnikovih odločitev o zdravljenju.^{251,252} Povedano drugače: kadar bolnik izbere varno pot v zdravljenju, je lahko njegova sposobnost sprejemanja kompetentne odločitve o zdravljenju nizka, nasprotno pa je potrebno dokazati zelo visoko stopnjo tovrstne kompetence, kadar se bolnik odloča za zdravljenje (ali za zavrnitev zdravljenja) z visokim tveganjem za slab izid. V skladu z načelom sorazmernosti velja, da je pri večji sposobnosti sprejemanja odločitev o zdravljenju spoštovanje avtonomije načeloma pomembnejše kot tveganje za negativne zdravstvene posledice.²⁵³ Vsaka ocena sposobnosti sprejemanja odločitev

²⁴⁵ Spike, 2017, 95.

²⁴⁶ Appelbaum, 2007, 1838; Spike 2017, 96.

²⁴⁷ Spike, 2017, 97-98.

²⁴⁸ Kim, 2006, 93.

²⁴⁹ Donnelly, 2006, iii.

²⁵⁰ Hansson, 1998, 183.

²⁵¹ Buchanan, 2004, 415-417.

²⁵² Glede presoje bolnikove sposobnosti za sprejemanje odločitev o zdravljenju v odnosu do resnosti posledic odločitve obstaja visok konsenz v medicinski stroki, četudi je pristop podvržen kritikam. M. Parker npr. zastopa stališče, da je s tveganji povezan standard nekoherenten, meni, da bi proceduralni standard zmanjšal paternalistične intervence v medicini, kar bi morala odsevati tudi zakonodaja. Proceduralno pomeni sam proces razmišljanja, tehtanja, presojanja, ne glede na končno odločitev oz. posledice (Parker, 2004, 482).

²⁵³ Buchanan, 2014, 416.

o zdravljenja je seveda podvržena napakam, tako tudi pravna ocena kompetence, ki temelji na klinični oceni. Napake so dveh vrst: a) napačen zaključek, da bolnik ni kompetenten za sprejemanje konkretne odločitve, vodi v zdravljenje, kot ga drugi ocenjujejo za največjo bolnikovo korist, in b) napačen zaključek, da je bolnik kompetenten za sprejemanje konkretne odločitve, lahko vodi v rezultate, ki jih drugi ocenjujejo za škodljive.²⁵⁴ V praksi je ocena sposobnosti sprejemanja odločitev o zdravljenju središčna, kadar se bolnik odloča v nasprotju s svojo predpostavljeno največjo koristjo.²⁵⁵

Kljub širokemu konsenzu o pomenu koncepta kompetentnega pristanka na zdravljenje oz. zavrnitve le-tega, koncept ni enotno definiran in se različno aplicira, potrebni bi bili enotni kriteriji.²⁵⁶ Različne teorije sposobnosti za sprejemanje kompetentnih odločitev o zdravljenju izhajajo iz različnih – večinoma kognitivnih kriterijev,²⁵⁷ kar je (kot bom poskušala prikazati) ustrežnejše v somatski medicini kot v psihiatriji. Rezultati študij dokazujejo, da zdravniki (na vseh področjih medicine) precenjujejo zmožnosti bolnikov za sprejemanje kompetentnih odločitev o zdravljenju.²⁵⁸ V. Raymont idr. so v presečni študiji na vzorcu bolnikov splošne bolnišnice v Londonu ugotavljali, da vsaj 40 odstotkov bolnikov ni bilo sposobnih sprejemanja odločitev o zdravljenju, predvsem starejših s slabšimi kognitivnimi funkcijami. Skrb zbujajoče je, da zdravniki nezmožnosti pogosto niso prepoznali. Avtorji študije so opozorili tudi na dejstvo, da je bilo v splošnem bolnišničnem okolju le malo nestrinjanja med bolniki in zdravniki glede zdravljenja – v nasprotju s psihiatričnimi okolji. Sposobnost sprejemanja odločitev o zdravljenju pri heterogeni skupini bolnikov v okolju splošnih bolnišnic je sicer pomembno slabše raziskana kot v psihiatriji.²⁵⁹

Tako pravno kot etično ima dejstvo, da v klinični praksi prezremo relativno pogosto nesposobnost bolnikov, da kompetentno odločajo o zdravljenju, lahko pomembne posledice.²⁶⁰ Če dovolimo, da odločitve o zdravljenju sprejemajo bolniki, ki tega niso zmožni, ogrozimo avtonomijo, ki jo z informiranim pristankom v resnici skušamo zaščititi.²⁶¹ Medtem ko v psihiatriji ne izhajamo *a priori* iz predpostavke, da so vsi bolniki sposobni sprejeti kompetentno odločitev o zdravljenju, je na ostalih področjih medicine manj pozornosti posvečene temu,

²⁵⁴ Buchanan, 2004, 417.

²⁵⁵ Buchanan, 2004, 417.

²⁵⁶ Culver in Gert, 2004, 258-259.

²⁵⁷ Berg idr., 1996, 346; glej tudi Owen idr., 2009a, 92.

²⁵⁸ Raymont, 2004, 1423-1426; glej tudi Steinert, 2017, 292; Lepping, 2011, 355-356.

²⁵⁹ Raymont idr., 2004, 1421-1427.

²⁶⁰ Lepping, 2011, 356.

²⁶¹ Lepping, 2011, 356.

četudi študije kažejo, da omenjena situacija ni edinstveno psihiatrična. In da je prav v somatiki bolnikova sposobnost sprejemanja odločitev o zdravljenju pogosto precenjena.

Ocena veljavnosti informiranega pristanka na zdravljenje je večinoma implicitna, kadar obstaja potreba po eksplicitni oceni, bi morali slediti oceni relevantnih kriterijev.²⁶² P. S. Appelbaum in T. Grisso sta v devetdesetih letih prejšnjega stoletja formulirala štiri nujne kriterije za kompetentno sprejemanje odločitev o zdravljenju: a) sposobnost komunikacije izbire (bolnik jasno izrazi preferirano izbiro glede zdravljenja), b) razumevanje relevantnih informacij (razume zdravnikova pojasnila in podane informacije o zdravljenju), c) sposobnost presoje o navezovanju informacij in možnih posledicah na lastno situacijo (bolnik prepozna lastno bolezensko stanje in razume verjetne posledice izbranih metod zdravljenja zase; angl. *appreciation*)²⁶³ in d) racionalno ali logično tehtanje informacij²⁶⁴ v procesu odločanja.²⁶⁵ Razlikujemo torej med razumevanjem (angl. *understanding*) in presojo, da se informacije navezujejo na lastno situacijo (angl. *appreciation*), kar je pogosto prezrto.²⁶⁶ Bolniki, ki razumejo, da zdravnik meni, da so bolni, pa to (ob objektivnih dokazih) sami vendarle zanikajo, ne zmorejo navezati povedanega v procesu informiranja na lastno situacijo,²⁶⁷ pri čemer torej ne gre za problem samega razumevanja – bolniki pač menijo, da sami niso v opisanem položaju. Presoja o nanašanju informacij na lastno situacijo (angl. *appreciation*) ni identična procesu razumevanja.²⁶⁸ Kriterija razumevanja in presoje o navezovanju na lastno situacijo se pogosto uporabljata skupaj, tvorita enoten kriterij,²⁶⁹ oboje lahko ocenimo, že preden vemo, kako se bo bolnik odločil²⁷⁰ – npr. pristal na zdravljenje ali ga zavrnil; vendar ta kriterij zaradi pogoste iracionalnosti²⁷¹ pri sprejemanju odločitev o zdravljenju ni zadosten. Ravno kriterij presoje o navezovanju informacij na lastno situacijo se zdi ključen tudi v psihiatriji pri sprejemanju odločitve o neprostovoljnem zdravljenju, saj je soroden s kliničnim konceptom pomanjkljivega

²⁶² Appelbaum, 2007, 1837.

²⁶³ Bolnik mora prepoznati, da je njegovo zdravje odvisno od odločitve o zdravljenju, in razumeti, kaj bo v specifičnem primeru zaradi posledic odločitve pridobil oz. izgubil (*American Psychiatric Association, Resource Document on Decisional Capacity Determinations in Consultation-Liaison Psychiatry: A Guide for the General Psychiatrist*, 2019); glej tudi Grisso idr., 1995, 128-129.

²⁶⁴ Ta kriterij se ne ukvarja z rezultati odločitve, ki so lahko dobri ali slabi, pač pa s samim procesom odločanja (Berg idr., 1996, 357).

²⁶⁵ Appelbaum, 2007, 1836; glej tudi Berg idr., 1996; Owen, 2009a, 91.

²⁶⁶ Appelbaum in Grisso, 1995a, 108-111; glej tudi Berg idr., 1996, 353-354.

²⁶⁷ Appelbaum in Grisso, 1995a, 110.

²⁶⁸ Culver in Gert, 2004, 260-261.

²⁶⁹ Imenovan tudi »kriterij U+A« (Culver in Gert, 2004, 261).

²⁷⁰ Culver in Gert, 2004, 261.

²⁷¹ Culver in Gert, 2004, 261.

bolezenskega uvida (angl. *insight*),²⁷² kot bomo videli v nadaljevanju. V kriterij motene sposobnosti presoje o navezovanju informacij o bolezni na lastno situacijo med drugim lahko umestimo tudi nerealna, blodnjava prepričanja, do katerih bolnik ni uvideven.²⁷³

Racionalnost ima veliko vlogo pri opredeljevanju kompetence za sprejemanje odločitev o zdravljenju, kriterija razumevanja in presoje o navezovanju na lastno situacijo nista zadostna, sta pa do določene mere neodvisna. Pri oceni racionalnosti neke konkretne odločitve upoštevamo vsebino oz. njeno posledico. Pogosta kritika koncepta racionalnosti je skrb, da bi bila vsaka odločitev o zdravljenju, ki je drugačna od zdravnikove, opredeljena kot neracionalna, kar bi ogrozilo svobodo posameznika.²⁷⁴ Odločitve so razumljene kot neracionalne, kadar: a) pomenijo škodo za bolnika iz razlogov, ki bi jih večina enako informiranih oseb s podobnimi intelektualnimi sposobnostmi opredelila kot nerelevantne in b) bi bila razlog vztrajanja pri odločitvi duševna motnja (potem svoboda, ki bi jo tvegali, ne bi bila svoboda racionalne osebe).²⁷⁵ C. M. Culver in B. Gert dokazujeta, da kompetenca za sprejemanje odločitev o zdravljenju in racionalnost ne moreta biti definirani ločeni – *kompetenca* v tem kontekstu je *sposobnost sprejemanja racionalnih odločitev*.²⁷⁶ Med deficiti, ki lahko zmanjšajo sposobnost osebe, da sprejme racionalno odločitev, navajata: a) kognitivne deficite, ki onemogočajo razumevanje informacij, b) kognitivne deficite, ki ovirajo ustrezno presojo o lastni situaciji,²⁷⁷ c) kognitivne deficite, zaradi katerih oseba ne zmore koordinacije oz. tehtanja različnih možnosti v skladu s svojo dobrobitjo ali tveganji in d) prisotnost duševne motnje kot npr. motnje razpoloženja ali prizadetosti voljnih funkcij.²⁷⁸ Našteti deficiti so posebej relevantni v psihiatriji. Sposobnost sprejemanja racionalnih odločitev ima torej, tako Culver in Gert, intelektualno, afektivno in voljno komponento.²⁷⁹ Četudi opisani pristop opredeli kompetenco kot sposobnost za sprejemanje racionalnih odločitev, nekompetenca osebe za racionalne odločitve ni določena zgolj z neracionalnostjo določene odločitve. Oseba je kompetentna za racionalne odločitve le tedaj, kadar velja oboje: a) nima kognitivnih motenj, ki bi preprečevale razumevanje, presojo o navezovanju na lastno situacijo ter koordinacijo informacij v skladu s svojimi vrednotami in b) nima duševne motnje, ki bi negativno vplivala na sprejemanje

²⁷² Owen idr., 2009a, 89.

²⁷³ Berg idr., 1996, 355-356; glej tudi Culver in Gert, 2004, 260-261.

²⁷⁴ Culver in Gert, 2004, 263.

²⁷⁵ Culver in Gert, 2004, 263.

²⁷⁶ Culver in Gert, 2004, 265-266.

²⁷⁷ V to skupino bi umestili tudi odsoten bolezenski uvid, četudi ni enoznačno dokazano, da ima (zgolj) kognitivno ozadje, kot bomo videli v nadaljevanju.

²⁷⁸ Culver in Gert, 2004, 266.

²⁷⁹ Culver in Gert, 2004, 266.

racionalnih odločitev. V kolikor omenjenih deficitov nima, je kompetentna za sprejemanje racionalnih odločitev, tudi če je trenutna odločitev neracionalna.²⁸⁰

Bolniki, pri katerih je v določenih okoliščinah kot skrajni ukrep potrebno neprostovoljno zdravljenje, se ne nahajajo le na psihiatričnih oddelkih bolnišnic, pač pa zbolevajo za najrazličnejšimi boleznimi, zato bi zakoni morali urejati neprostovoljne ukrepe celostno – za vse primere.²⁸¹ Posledično se poraja vprašanje utemeljenosti dvojne zdravstvene zakonodaje, ki jo ima večina evropskih držav, tudi Slovenija – ločeno za področje somatskega in psihičnega zdravljenja. Anglija je npr. ob bok zakonu o duševnem zdravju (*Mental Health Act*) postavila »zakon o kompetenci« (*English Mental Capacity Act 2005*), ki je bil sprejet z namenom zaščite oseb s kognitivnimi primanjkljaji (primer česar je tudi demenca), medtem ko je bil zakon o duševnem zdravju spisan tako z namenom zaščite interesov hudo duševno obolelih kot z namenom zaščite javnosti zaradi potencialno nevarnega vedenja oseb s hudimi duševnimi motnjami.²⁸² Večina raziskav o ocenjevanju sposobnosti za sprejemanje odločitve o zdravljenju v kliničnem in raziskovalnem kontekstu se ukvarja z bolnikovimi sposobnostmi, četudi ob tem nujno vključuje tudi oceno kontekstualnih okoliščin (nujnih zaradi ocene tveganja, angl. *cost-benefit*).²⁸³

V devetdesetih letih 20. stoletja je v ZDA potekala odmevna študija z naslovom *The MacArthur Treatment Competence Study*,²⁸⁴ v kateri so preučevali sposobnost bolnikov za sprejemanje odločitve o zdravljenju tako v psihiatriji kot v somatiki. Med tremi skupinami bolnikov so bili hospitalizirani psihiatrični bolniki s shizofrenijo ter shizoafektivno motnjo (oboje kronični psihotični motnji) in hudo depresijo²⁸⁵ ter bolniki, hospitalizirani zaradi ishemičnega srčnega dogodka, za kontrolo so služili zdravi posamezniki.²⁸⁶ V raziskavi so uporabili več standardnih psihiatričnih vprašalnikov (npr. za ocenjevanje depresije in psihotičnih simptomov) in lestvic, ki so jih razvili za namene te študije – izhajajoč iz štirih legalnih standardov za opredeljevanje zmožnosti za sprejemanje odločitev o zdravljenju²⁸⁷ (glej kriterije po P. S. Appelbaum in T. Grisso, opisane zgoraj²⁸⁸). Temeljno vprašanje, na katerega so raziskovalci odgovarjali, je bilo,

²⁸⁰ Culver in Gert, 2004, 268.

²⁸¹ Steinert, 2017, 293-294.

²⁸² Hotopf, 2005, 581.

²⁸³ Kim, 2006, 92.

²⁸⁴ Appelbaum in Grisso, 1995a; Appelbaum in Grisso, 1995b; Grisso idr., 1995.

²⁸⁵ Velika depresija ali *major depression disorder* je izraz za hudo depresivno motnjo.

²⁸⁶ Grisso idr., 1995, 129-130.

²⁸⁷ Grisso idr., 1995, 129.

²⁸⁸ Appelbaum in Grisso, 1995a, 108-111.

ali se bolniki z duševnimi motnjami v sposobnostih sprejemanja odločitev o zdravljenju razlikujejo od nepsihiatrične populacije bolnikov.²⁸⁹ Ključni zaključki študije so bili: a) bolniki z duševnimi motnjami so imeli več težav na postavkah razumevanja informacij, sposobnosti presoje o nanašanju na lastno situacijo (t. i. *appreciation*) in pri racionalnem tehtanju med možnostmi (med tistimi z najnižjimi rezultati so bili skoraj izključno psihiatrični bolniki), b) med bolniki s shizofrenijo in veliko depresivno epizodo so se prvi odrezali pomembno slabše in c) med bolniki s shizofrenijo je bila pri tistih s slabšimi rezultati izrazitejša simptomatika, še posebej s področja motenj mišljenja (npr. dezorganizacija in vsebinske motnje mišljenja).²⁹⁰

Na tem mestu je koristna kratka sinteza poglavja. *Konvencija o pravicah invalidov* kot zelo pomemben mednarodni dokument je razburkala strokovno psihiatrično javnost. S tem ko kakršne koli prisilne ukrepe zaradi prisotnosti duševne motnje opredeli kot kršitve konvencije, predstavlja velik izziv zakonom o duševnem zdravju. Psihiatrična stroka se je na dokument odzvala z opozorilom, da je trditev, da naj bi imel vsakdo pravno kompetenco – neodvisno od njegovega duševnega stanja – povsem nezdržljiva s strokovnimi medicinsko-pravnimi koncepti kompetence oz. sposobnosti sprejemanja odločitev o sebi. Izraza kompetenca in sposobnost sprejemanja odločitev o sebi se v strokovni literaturi uporabljata nekonsistentno. V prvem primeru naj bi šlo za pravni, v drugem pa za klinični pojem. Pravniki (npr. Z. Krušič Matejeva) opozarjajo, da v teoriji ni mogoče najti enoznačnega odgovora na vprašanje o naravi pravno veljavne privolitve, prevladuje pa konsenz o potrebi po razsodnosti in določeni stopnji zrelosti, ki omogočata razumeti pomen pravnih pojasnil in se posledično ustrezno odločati. Pravna presoja temelji na medicinski (zdravnikovi) oceni o bolnikovih sposobnostih razumevanja informacij, sposobnosti presoje o navezovanju informacij na lastno situacijo, zmožnosti racionalnega in logičnega tehtanja med več možnostmi in zmožnostmi komuniciranja izbire (glej P. S. Appelbaum in T. Grisso). Specifičnih testov za oceno bolnikovih sposobnosti za pristanek na zdravljenje oz. zavrnitev le-tega nimamo, klinična presoja ostaja zlati standard, ta pa je vedno tudi vrednostna – vključuje presojo narave in posledic bolnikovih odločitev. V urgentnih situacijah (kakršnih je večina odločitev o neprostovoljnem zadržanju bolnikov s hudimi duševnimi motnjami na zdravljenju) smo pri tovrstni klinični presoji omejeni časovno, imamo omejen dostop do informacij o bolniku in odločamo vsled resnosti bolnikovega zdravstvenega stanja. V medicini obstaja konsenz o načelu proporcionalnosti (glej A. Buchanan): stopnja sposobnosti za sprejemanje odločitev o

²⁸⁹ Appelbaum in Grisso, 1995a, 118.

²⁹⁰ Appelbaum in Grisso, 1995b, 169.

sebi lahko variira glede na resnost posledic bolnikove odločitve za njegovo zdravje. Kadar bolnik sprejme odločitev, ki zanj predstavlja veliko zdravstveno tveganje, mora izraziti zelo visoko stopnjo sposobnosti sprejemanja odločitev oz. kompetence.

Pomembno zmanjšano sposobnost za sprejemanje odločitev o zdravljenju so (sicer maloštevilne) študije dokazale tako na populaciji bolnikov s telesnimi kot na populaciji bolnikov z duševnimi boleznimi, se pa razlikujejo po kvaliteti zmanjšane sposobnosti. V primeru duševnih motenj je sposobnost sprejemanja odločitev o sebi manjša, kadar gre za psihoze, manije, pa tudi hude depresije. V kontekstu duševnih motenj je posebej relevantna nezmožnost navezovanja informacij o bolezenskih okoliščinah na lastno situacijo (angl. *appreciation*), s katero med drugim interferira pomanjkljiv bolezenski uvid. Ta pomembno prizadene tudi voluntarizem, ki ga L. Weiss Robertsova izpostavlja kot nujno komponento v procesu informiranega pristanka na zdravljenje oz. zavrnitev le-tega. Z uvidom se bom natančneje ukvarjala v naslednjem podpoglavju.

Kar zadeva pravni vidik, je v okviru sposobnosti za dejanja ključna procesna sposobnost (kot del poslovne sposobnosti). Tvorita jo intelektualna in voljna sposobnost. Poslovna sposobnost je v pravu sicer načeloma podana, oseba jo pridobi z dopolnjenim osemnajstim letom starosti, delni ali popolni odvzem poslovne sposobnosti pa je predmet sodnega postopka in pomeni hud poseg v človekove pravice. Kadar pa sodišče iz okoliščin nekega primera vendarle podvomi o zadostni procesni sposobnosti posameznika, jo je potrebno s pomočjo izvedenca medicinske stroke oceniti s stopnjo zanesljivosti.

Ko dežurni psihiater odloča o zadržanju bolnika s hudo duševno motnjo brez njegovega soglasja, pravzaprav ocenjuje, da bolnika bolezenski deficiti pri sprejemanju odločitev o zdravljenju tako ovirajo, da ni kompetenten za zavrnitev indiciranega zdravljenja. O zadržanju nemudoma obvesti pristojno sodišče, ki vedno vključi tudi izvedenca psihiatrične stroke. Ta je dolžan sodišču pojasniti tudi bolnikovo sposobnost sprejemanja odločitev o zdravljenju, ki se v diktiji 39. člena ZDZdr »prevede« v huje moteno presojo realnosti in sposobnosti obvladovati ravnanje, pri čemer to za neprostovoljno zdravljenje ni zadosten pogoj, potrebno je namreč dokazati tudi posledično določeno stopnjo ogrožanja (sebe ali drugih). Prav s tem se bom natančneje ukvarjala v naslednjih poglavjih, najprej pa s sposobnostjo sprejemanja odločitev o zdravljenju v primeru hudih duševnih motenj, specifično z bolezenskim uvidom.

1.3 Hude duševne motnje in sposobnost sprejemanja odločitev o zdravljenju

Slovenski psihiater primarij A. Žmitek pravi takole:

Tudi v psihiatriji (kot v drugih vejah medicine) je potrebno pred pričetkom zdravljenja pridobiti bolnikovo soglasje. Ne le zaradi predpisov in medicinske etike – bolnik, ki se z zdravljenjem strinja, bo pri zdravljenju tudi bolj sodeloval. Bolniki s hudimi duševnimi motnjami (predvsem tistimi psihotične narave) pa imajo sami pogosto pomanjkljivo zavedanje o bolezni (slab bolezenski uvid), posledično ne razumejo razlogov za zdravljenje, tudi če je to nujno potrebno, in zdravljenju lahko celo nasprotujejo.²⁹¹

Duševne motnje so heterogena skupina bolezni,²⁹² ki vplivajo na pozornost, zaznavanje, kognicijo, razpoloženje, mišljenje in druge duševne procese, ki so različno prizadeti in lahko pomembno vplivajo na sposobnost sprejemanja odločitve o zdravljenju.²⁹³ Posameznikova zmožnost sprejemanja odločitev o zdravljenju niha,²⁹⁴ nenazadnje si tudi med zdravljenjem prizadevamo za izboljšanje te sposobnosti in posledično bolnikove avtonomije. *Hude duševne motnje* (angl. *severe mental disorders*) so torej heterogena skupina duševnih motenj, ki jim je skupno, da so težje po izraženosti patologije. Mednje praviloma prištevamo psihotične motnje (od akutnih prehodnih psihoz različne geneze do kroničnih in včasih terapevtsko slabo odzivnih shizofrenij), ki izraziteje vplivajo na bolnikovo presojo realnosti in sposobnost obvladovanja ravnanja, kar je tudi dikcija, ki jo najdemo v ZDZdr. Tudi nekatere razpoložensjske motnje (manija, huda depresija) v kliničnem okviru sodijo med hude duševne motnje in prav tako pomembno vplivajo na bolnikovo presojo in vedenje.²⁹⁵ V psihiatrični terminologiji uporabljamo šifre bolezni po mednarodnih klasifikacijskih sistemih bolezni, ki po tipu in izraženosti simptomatike razvrščajo vse bolezni (ne le psihiatričnih).²⁹⁶ Konsenza o tem, kaj predstavlja hude duševne motnje, ki bi predstavljal skupne temelje različnih nacionalnih zakonodaj, ki urejajo moment neprostovoljnega psihiatričnega zdravljenja, ni. Demence, ki jih klasično ne prištevamo med hude duševne motnje (pač pa nevrodegenerativna obolenja s

²⁹¹ Žmitek, 2013, 229-230; navedeno tudi v Koprivnik, 2020, 117.

²⁹² Appelbaum in Grisso, 1995a, 111; navedeno tudi v Koprivnik, 2020, 116.

²⁹³ Appelbaum in Grisso, 1995a, 111; navedeno tudi v Koprivnik, 2020, 116.

²⁹⁴ Appelbaum in Grisso, 1995a, 111-112; glej tudi Koprivnik, 2020, 116.

²⁹⁵ Koprivnik, 2020, 116.

²⁹⁶ Aktualno sta v rabi deseta izdaja *Mednarodne klasifikacije bolezne* (MKB-10) in peta izdaja *Diagnostičnega in statističnega priročnika* (DSM-5).

psihiatrično simptomatiko, kot so npr. halucinacije, begavost, spominski deficiti in nezmožnost predvidevanja²⁹⁷), so bolezni, ki jih obravnavamo tako psihiatri kot nevrologi. Dementna obolenja so v predelih sveta z visokim standardom, kjer se življenjska doba podaljšuje, strmo v porastu. Tudi pri dementnih bolnikih so v psihiatriji občasno potrebni zdravstveni posegi, za katere bolniki s hujšimi kognitivnimi deficiti ne morejo podati kompetentnega soglasja, pogosto so hospitalizirani na psihiatričnih varovanih oddelkih brez privolitve. Pri tovrstnih »organskih« oz. nevroloških defecitih je ocena nevropsiholoških funkcij, kot so spomin, pozornost, verbalne sposobnosti²⁹⁸ v zanesljivi korelaciji z nezmožnostjo sprejemanja odločitev o zdravljenju. Pri t. i. neorganskih stanjih omenjene funkcije in testi le šibko korelirajo z zmožnostjo sprejemanja odločitev o zdravljenju in zato v teh primerih niso uporabni.²⁹⁹ Zaradi specifičnosti mejnega področja demenc se v nadaljevanju ne bom natančneje ukvarjala s tem področjem. Velja pa poudariti, da najkasneje, ko demence napredujejo do zmerne in hude stopnje, bolniki prav tako izgubijo bolezenski uvid do lastnih kognitivnih defecitov in spremenjenosti.

Že v predhodnem poglavju sem ponazorila, da lahko duševne motnje zelo različno prizadenejo določene (kognitivne in nekognitivne) funkcije, ki so ključne v procesu razumevanja lastnega bolezenskega stanja, presoje in navezovanja okoliščin na lastno situacijo, tehtanja in logičnega odločanja med alternativnimi možnostmi ter potrebne razpoloženske in voljne sposobnosti.

Evropske države v nacionalnih zakonodajah, ki urejajo tudi neprostovoljno psihiatrično zdravljenje, izhajajo iz različnih opredelitev nujnih duševnih stanj: duševne motnje ali bolezni, psihotične motnje, depresija s suicidalno ogroženostjo, hude osebnostne motnje z impulzivnostjo in psihotičnimi dekompenzacijami itd.³⁰⁰ Nekatere izpostavljajo zgolj duševne motnje, pri katerih neprostovoljno zdravljenje ni utemeljeno, kot npr. piromanija, kleptomanija, odvisnost od alkohola. Le nekatere države ob pogoju duševne motnje dodatno izhajajo tudi iz zmanjšanja določene sposobnosti (npr. pomanjkljivega bolezenskega uvida ali sposobnosti sprejemanja odločitev o zdravljenju).^{301, 302}

Evropsko sodišče za človekove pravice (v nadaljevanju ECtHR) upošteva oceno psihičnega stanja, če jo opravi specialist psihiater. V zvezi s problematizirano besedno zvezo *unsoundness*

²⁹⁷ Gre za tako imenovane VPSD – vedenjske in psihične simptome pri demenci.

²⁹⁸ Za orientacijsko oceno kognitivnih defecitov pri nevrodegenerativnih obolenjih obstaja več klinično uporabnih, kratkih in standardiziranih testov, v našem prostoru so najpogosteje v rabi *Kratek preizkus spoznavnih sposobnosti*, *Test risanja ure* in *Addenbrookov kognitivni preizkus* (Appelbaum, 2007, 1837).

²⁹⁹ Owen idr., 2009a, 96.

³⁰⁰ Koprivnik, 2020, 116.

³⁰¹ Bartlett idr., 2007, 376-377.

³⁰² Salize idr., 2002, 22, tudi 149.

of mind je omenjeno sodišče odločilo, da je potrebno zanesljivo dokazati objektivno duševno motnjo na osnovi psihiatrične ekspertize, duševna motnja pa mora biti za neprostovoljno zdravljenje tudi določene stopnje.³⁰³ V primeru *Winterwerp proti Nizozemski* leta 1979, s katerim se bom podrobneje ukvarjala v četrtem poglavju, je navedlo, da pojem ne more imeti definitivne interpretacije, saj se njegov pomen kontinuirano razvija z razvojem psihiatrične stroke, družba pa razvija vse bolj fleksibilne pristope pomoči in spreminja svoj odnos do duševnih motenj.³⁰⁴ ECtHR se pri analizi »prave duševne motnje« (angl. *true mental disorder*) doslej ni sklicevalo na relevantne medicinske klasifikacije bolezni (npr. MKB-10), je pa že zaključilo, da je potrebno izraz *unsound mind* razumeti v širšem kontekstu, ki vključuje tudi osebnostne motnje in duševno manjrazvitost, medtem ko ekscentričnost ne zadošča za kriterij *unsoundness of mind*.³⁰⁵ Kar zadeva potrebo po »določeni stopnji izraženosti« duševne motnje, je ECtHR mnenja, da je temu standardu zadoščeno na osnovi dveh alternativnih kriterijev: potrebe po zdravljenju in potencialne nevarnosti, ki bi sledila iz nezdravljene duševne motnje.³⁰⁶

P. Bartlett argumentira, da bi morali neprostovoljno zdravljenje v psihiatriji utemeljiti s: a) statusnim pristopom (angl. *status approach*), pri čemer sama prisotnost ali izraženost duševne motnje ni zadosten kriterij, saj mora biti tudi »določene stopnje izraženosti«³⁰⁷, b) z nevarnostjo zase ali za druge, c) s potrebo po zdravljenju,³⁰⁸ in d) z bolnikovo sposobnostjo sprejemanja odločitev o sebi (angl. *capacity*) – samo bolniki, ki niso sposobni kompetentne odločitve o zdravljenju, so lahko v določenih primerih sprejeti na zdravljenje neprostovoljno, sicer ne.³⁰⁹

Slovenski ZDZdr v 2. členu opredeli duševno motnjo kot »začasno ali trajno motnjo 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.«³¹⁰ V primeru akutne suicidalne

³⁰³ Niveau in Materij, 2007, 63; navedeno tudi v Koprivnik, 2020, 116.

³⁰⁴ *Winterwerp v. Netherlands*, 1979, v Bartlett idr., 2007, 42; navedeno tudi v Koprivnik, 2020, 116.

³⁰⁵ Bartlett idr., 2007, 42-43; navedeno tudi v Koprivnik, 2020, 116.

³⁰⁶ Bartlett idr., 2007, 44; navedeno tudi v Koprivnik, 2020, 116.

³⁰⁷ Običajno gre ta kriterij z roko v roki s potrebo po zdravljenju, nevarnostjo za obolelega ali druge ali nezmožnostjo sprejemanja kompetentne odločitve o zdravljenju (Bartlett, 2012, 836).

³⁰⁸ Izpostavlja problematičnost določanja, kako huda mora biti duševna motnja in kako učinkovito zdravljenje, da je temu kriteriju zadoščeno (Bartlett, 2012, 840).

³⁰⁹ Bartlett, 2012, 831-844; navedeno tudi v Koprivnik, 2020, 116-117.

³¹⁰ *Zakon o duševnem zdravju*, 2008, 2. člen.

ogroženosti (ne glede na različne evropske zakonodajne ureditve neprostovoljnega zdravljenja v psihiatriji) obstaja konsenz o zadržanju bolnika tudi brez njegove privolitve.³¹¹

Informirani pristanek na zdravljenje, o katerem smo govorili v enem predhodnih podpoglavij, torej temelji na: a) ustreznem informiranju, b) bolnikovi sposobnosti sprejemanja odločitev o zdravljenju in c) voluntarizmu.³¹² Slednji je med naštetimi elementi v kliničnem in raziskovalnem kontekstu najslabše razumljen, kot ugotavlja L. Weiss Robertsova, in dodaja, da je ravno to pomembna prepreka pri reševanju etičnih dilem v psihiatriji.³¹³ Avtorica ločuje med štirimi skupinami vplivov na voluntarizem: a) razvojnimi dejavniki, b) bolezenskimi dejavniki, c) psihološkimi karakteristikami, kulturnimi in religioznimi vrednotami in d) zunanjimi dejavniki in pritiski.³¹⁴ Med bolezenske dejavnike šteje tako telesne kot duševne bolezni, posebej slednje pa lahko na več načinov interferirajo z voluntarizmom – npr. zaradi ambivalence,³¹⁵ pomanjkanja energije, upada motivacije, negativnih miselnih vsebin, motene presoje, odsotnega bolezenskega uvida, bizarnih prepričanj, motenj doživljanja sebe in sveta, motenj volje itd.³¹⁶ Fizični in psihični simptomi bolezni in njihova različna intenziteta ter sopojavnost lahko pomembno zmanjšajo posameznikovo sposobnost voluntarizma.³¹⁷

Zmanjšana sposobnost voluntarizma v procesu informiranega pristanka na zdravljenje je vir ranljivosti za bolnike, ki ga (tako kot v primeru sposobnosti sprejemanja odločitev o zdravljenju) ne smemo jemati kot fenomen »vse ali nič«.³¹⁸ Okrevanje po hudi duševni motnji zahteva določeno stopnjo sprejemanja bolezni oz. vsaj pripravljenost za zdravljenje in za razvoj strategij soočanja; zanikanje bolezni ne pripelje do izboljšanja stanja.³¹⁹ Bolnik s hudo duševno motnjo, do katere sam nima uvida, lahko npr. v nekem trenutku zavrača hospitalizacijo, pogosto

³¹¹ Salize idr., 2002, 22; navedeno tudi v Koprivnik, 2020, 117.

³¹² Angl. izraz *voluntarism* prevzemam, saj ustreznega prevoda v slovenski jezik nisem našla. Morda bi ga lahko prevedli kot posameznikovo sposobnost uveljavljanja volje. L. Weiss Robertsova izhaja iz sledeče definicije voluntarizma: posameznikova sposobnost, da deluje skladno s svojim avtentičnim smislom za to, kaj je zanj dobro, pravilno in najboljše v neki situaciji, glede na lastne vrednote in koherentno s svojimi preteklimi odločitvami (Weiss Roberts, 2002, 707); navedeno tudi v Koprivnik, 2020, 117.

³¹³ Weiss Roberts, 2002, 705.

³¹⁴ Weiss Roberts, 2002, 707-709; navedeno tudi v Koprivnik, 2020, 117.

³¹⁵ Ambivalenca je psihopatološki fenomen, ki pomeni sočasen obstoj dveh nasprotujočih si impulzov (bolnik npr. hkrati želi in ne želi vstati iz stola), pogost je pri shizofreniji, obsesivno-kompulzivni motnji ali mejni osebnostni motnji (Sadock in Alcott Sadock, 2007, 273).

³¹⁶ Weiss Roberts, 2002, 708; navedeno tudi v Koprivnik, 2020, 117.

³¹⁷ Weiss Roberts, 2002, 708.

³¹⁸ Weiss Roberts, 2002, 710.

³¹⁹ Munetz in Frese, 2001, 36.

pa se kasneje z odločitvijo o zadržanju in zdravljenju brez njegove privolitve retrogradno strinja, praviloma tedaj, ko pridobi bolezenski uvid.³²⁰

Bolnik je neprostoovoljno zadržan in zdravjen zaradi bolezenskih vplivov na njegovo sposobnost sprejemanja kompetentne odločitve o zdravljenju, kar utemeljujemo z izvrševanjem njegove največje koristi (ang. *best interest*), kadar je bolnikova »prava volja« (angl. *will*) motena z začasno (v tem primeru bolezensko pogojeno) preferenco (angl. *preference*).³²¹ Domnevno največja korist naj bi predstavljala najboljšo interpretacijo oz. najboljše razumevanje bolnikove volje in preferenc.³²² V primeru najboljše koristi in prave volje gre za pomanjkljivo definirane in kontroverzne pojme. Na kontroverznih področjih znanosti so običajno zanimive debate za in proti (angl. *Pro & Con*). Na letnem srečanju Evropskega psihiatričnega združenja³²³ aprila 2019 sta v taki debati o prisilnemu zdravljenju (z naslovom *Do we need compulsory treatment in psychiatry?*) nasprotni stališči zavzela mednarodno priznana psihiatra T. W. Kallert iz Nemčije in G. Szmukler iz Velike Britanije.³²⁴ Kallert je argumentiral, da je tovrstno zdravljenje kot skrajni ukrep nujno, medtem ko je Szmukler zagovarjal stališče, da o »prisilnem« zdravljenju sploh ne moremo govoriti, saj bi bilo ustrezneje govoriti o neprostovoljnem (angl. *involuntary*) zdravljenju. Protivoljno zdravljenje (zdravljenje proti izraženi volji bolnika torej) je v družbi, v kateri je avtonomija ali pravica do samoodločanja ključna vrednota, problematično. Zavračanje zdravljenja, tako Szmukler, je problem volje (angl. *will*) in preferenc (angl. *preference*). Večinoma so volja in preference skladne z relativno visoko stopnjo koherence, kar se lahko pod vplivom hude duševne motnje poruši, zaradi česar pridejo preference v nasprotje z voljo. Če bi v takih situacijah ravnali v skladu z bolnikovo preferenco (npr. ne bi zdravili, ker bolnik verbalizira zavračanje zdravljenja), bi to lahko vodilo v neupoštevanje (prave) volje bolnika. Szmukler je argument zaključil s sledečo utemeljitvijo upravičenosti zdravstvenih intervenc v nasprotju z izraženimi preferencami bolnikov: a) preferenca je v konfliktu z bolnikovo voljo, b) če sledimo bolnikovi preferenci, resno ogrozimo spoštovanje bolnikove volje, c) intervencija podpira bolnikovo voljo. Taka intervencija ne bi bila protivoljna niti neprostovoljna, tako Szmukler, pač pa v skladu z bolnikovo voljo (angl. *pro-voluntary*).

³²⁰ Owen idr., 2009b, 403-405; navedeno tudi v Koprivnik, 2020, 117.

³²¹ Szmukler, 2019, 37; navedeno tudi v Koprivnik, 2020, 117-118.

³²² Skowron, 2019, 127.

³²³ *European Congress of Psychiatry*, ki ga letno organizira *European Psychiatric Association*.

³²⁴ Šlo je za strokovno debato, ki v pisni obliki ni objavljena, povzemam zapiske, ki sem jih naredila med poslušanjem; navedeno tudi v Koprivnik, 2020, 118.

M. Robertson in G. Walter zagovarjata idejo, da bi morali biti v fokusu zakonodaj o duševnem zdravju ljudje, ki imajo zaradi bolezni prizadeto zmožnost sprejemanja odločitev o lastnem življenju v smislu *dispositional autonomy*. Taki zakoni naj bi prispevali k višji stopnji dostojanstva in ne le ohranjanju življenja.³²⁵ D. Beyleveld in R. Brownsword zastopata stališče, da lahko avtonomni subjekti sami poskrbijo zase, medtem ko moramo neavtonomne posameznike zaščititi.³²⁶

Povzemam pogoje za informirani pristanek na zdravljenje:³²⁷

- a) razpoložljivost potrebnih informacij (ki jih bolniku poda zdravnik v sklopu pojasnilne dolžnosti),
- b) zadostna bolnikova sposobnost odločanja o sebi, ki se ocenjuje glede na potrebno odločitev oz. kontekst in je sestavljena iz:
 - sposobnosti razumevanja relevantnih informacij (o potrebi po zdravljenju oz. poteku zdravljenja),
 - sposobnosti ustrezne presoje o tem, da se informacije nanašajo na bolnikovo situacijo (na to sposobnost v psihiatriji med drugim močno vpliva *bolezenski uvid*),
 - sposobnosti racionalnega tehtanja alternativnih možnosti in verjetnih posledic in
 - sposobnosti komuniciranja izbire in
- c) volutarizem,³²⁸ na katerega vplivajo:
 - razvojni dejavniki,
 - bolezensko pogojeni dejavniki (med številnimi drugimi tudi *bolezenski uvid*),
 - psihološke značilnosti, kulturne in religiozne vrednote in
 - zunanji dejavniki in pritiski.

V kliniki široko podprt »model Appelbaum in Grisso« v povezavi z bolnikovo sposobnostjo odločanja o sebi v določenem kontekstu med drugim govori o za duševne motnje zelo relevantni sposobnosti ustrezne presoje o tem, da se informacije o bolezni nanašajo na bolnikovo lastno situacijo (angl. *appreciation*). Na to sposobnost močno vpliva bolnikov bolezenski uvid. Če bolnik uvida nima, lahko določeno stanje sicer razume, vendar tega ne zmore navezati na lastno situacijo. »Model Weiss Robertsove« se od zgornjega modela pomembno razlikuje, lahko bi

³²⁵ Robertson in Walter, 2014, 91.

³²⁶ Beyleveld in Brownsword, 2001, 42.

³²⁷ Shema je nastala kot rezultat primerjave dveh virov, ki se ukvarjata s posameznimi elementi sposobnosti odločanju o sebi v kontekstu zdravljenja: Weiss Roberts, 2002, 708-710 in Appelbaum, 2007, 1836.

³²⁸ Ravno volutarizem je pogosto spregledana nujna kategorija informiranega pristanka na zdravljenje, Weiss Robertsova pravi, da verjetno tudi zato, ker volutarizma nismo definirali tako jasno kot sposobnosti sprejemanja odločitev o zdravljenju - angl. *decision making capability* (Weiss Roberts, 2002, 707).

rekli, da je širši. Tudi L. Weiss Robertsova sicer izhaja iz potrebe po bolnikovi sposobnosti za sprejemanje odločitev o zdravljenju (kar lahko povzamemo z »modelom Appelbaum in Grisso«), dodaja pa za psihiatrijo zelo pomembno komponento voluntarizma. Na slednjega v sklopu številnih bolezenskih dejavnikov pri duševnih motnjah pomembno vpliva prav bolezenski uvid. Weiss Robertsova izpostavlja slabo razumevanje koncepta voluntarizma tako v kliničnem delu kot v raziskovalnem kontekstu. Definira ga kot posameznikovo sposobnost, da deluje skladno s svojim avtentičnim smislom za to, kaj je zanj dobro, pravilno in najboljše v neki situaciji, glede na lastne vrednote in koherentno s svojimi preteklimi odločitvami.³²⁹ Če torej povzamem, bolezenski uvid pri duševnih motnjah kompleksno in na več ravneh interferira z bolnikovo sposobnostjo za informirani pristanek oz. za zavrnitev zdravljenja. Kot bomo videli v naslednjem poglavju, se bolezenski uvid v kliničnem psihiatričnem kontekstu rutinsko in dokaj zanesljivo ocenjuje. Menim, da gre za tako pomembno komponento, da bi ji morali nujno nameniti več teže tudi pri presoji zmožnosti za kompetentno zavrnitev indiciranega zdravljenja. Psihiatri se dnevno srečujemo z bolniki, ki se pod vplivom npr. motenj mišljenja (najpogosteje blodnjavih prepričanj kot primera vsebinskih motenj mišljenja), huje depresivnega razpoloženja, stopnjevanje anksioznosti, manije ali drugih psihopatoloških simptomov in sindromov vedejo spremenjeno. Pod bolezenskim vplivom sprejemajo odločitve, ki jih pogosto kasneje obžalujejo, mnogi tudi izražajo željo, da bi želeli biti v prihodnje zaščiteni, v kolikor še kdaj ne bi obvladovali svojega vedenja pod vplivom psihopatologije.³³⁰

G. S. Owen idr. v interdisciplinarnem članku o skupnih dilemah psihiatrije, prava in filozofije v kontekstu zmožnosti sprejemanja odločitev o zdravljenju in avtonomnega odločanja v psihiatriji (angl. *mental capacity and decisional autonomy*) izpostavljajo štiri ključna področja: a) bolezenski uvid in nevropsihološko funkcioniranje, b) motnje mišljenja, c) motnje čustvovanja in razpoloženja in d) relativnost tveganja (angl. *risk-relativity*).³³¹ V ožjem psihiatrično-medicinskem kontekstu je torej bolezenski uvid (skupaj z nevropsihološkim funkcioniranjem) izpostavljen kot samostojna kategorija pri oceni sposobnosti za sprejemanje odločitev o zdravljenju. Kar zadeva relativnost tveganja, sta A. Buchanan in D. Brock leta 1989 predlagala, da se standardi testiranja zmožnosti sprejemanja odločitev o zdravljenju prilagodijo odločitvi oz. resnosti njenih posledic, kar se v literaturi opisuje kot *risk-relativity* ali koncept drseče lestvice (angl. *sliding scale concept*),³³² ki smo ga že omenili. Glede na ta koncept naj

³²⁹ Weiss Roberts, 2002, 707.

³³⁰ Owen idr., 2009a, 97-99; navedeno tudi v Koprivnik, 2020, 118.

³³¹ Owen idr., 2009a, 94-100; navedeno tudi v Koprivnik, 2020, 118.

³³² Owen idr., 2009a, 99.

bi bolnik, ki zavrača nujno zdravljenje oz. zavrača zdravljenje, zaradi česar bo imel hude posledice, dokazal višjo stopnjo sposobnosti sprejemanja odločitev o zdravljenju (kompetence), kot če bi se strinjal s posegom.³³³ Na ta način je bolnikova sposobnost sprejemanja odločitev funkcionalno povezana s tveganji posamičnih odločitev, kar dovoljuje tudi razlikovanje med zmožnostjo za pristanek na zdravljenje in zmožnostjo za zavrnitev zdravljenja.³³⁴

Zakoni o duševnem zdravju, s katerimi se bom podrobneje ukvarjala v nadaljevanju, pri opredelitvi pogojev za neprostovoljno psihiatrično zdravljenje torej izhajajo iz zelo različnih kriterijev. Večinoma govorijo o hudih duševnih motnjah, nekateri izpostavljajo psihoze, drugi navajajo zgolj stanja, pri katerih neprostovoljno zdravljenje načeloma ni utemeljeno. Zakoni zelo redko izhajajo iz zmanjšanja določene bolnikove sposobnosti, npr. sposobnosti za sprejemanje odločitev o sebi ali celo iz pomanjkljivega bolezenskega uvida. Evropsko sodišče (ECtHR) je že leta 1979 razsodilo (glej primer *Winterwerp proti Nizozemski*, h kateremu se bom v nadaljevanju še vrnila), da pojem *unsoundness of mind* ne more imeti definitivne interpretacije, saj se njegov pomen nenehno razvija z razvojem psihiatrične stroke, družba pa razvija vse bolj fleksibilne oblike pomoči in spreminja svoj odnos do duševnih motenj. Tako smo dejansko skozi desetletja poglobili razumevanje zmožnosti in nezmožnosti bolnikov z duševnimi motnjami, napredovali smo od stališča, da se bolniki s hudimi duševnimi motnjami ne morejo o ničemer odločati, do aktualnih (sicer izrazito raznovrstnih) pristopov k bolnikovi pravici do zavrnitve zdravljenja. Spremenile so se klasifikacije bolezni, izboljšale so se možnosti zdravljenja duševnih motenj. Družba se je odmaknila od azilske psihiatrije in varovanja bolnikov v smer učinkovitejšega zdravljenja, deinstitucionalizacije, krajšanja hospitalnih obravnav in obravnave v skupnosti.

ECtHR zahteva oceno duševnega stanja s strani specialista psihiatra, duševna motnja pa mora biti za utemeljitev neprostovoljnega zdravljenja tudi določene stopnje. Iz slednjega izhajata dva alternativna kriterija: a) potreba po zdravljenju in b) potencialna nevarnost, ki izhaja iz nezdravljene duševne motnje. Mnogi avtorji argumentirajo (tako npr. P. Bartlett), da bi moralo neprostovoljno zdravljenje v psihiatriji temeljiti tudi na bolnikovi nesposobnosti za sprejemanje odločitev o sebi. Zavračanje psihiatričnega zdravljenja (tako G. Szmukler) je posledica konflikta med bolnikovo pravo voljo in bolezensko pogojenimi preferencami, zato v primeru hudih duševnih motenj ne moremo govoriti o protivoljnem zdravljenju, pač pa o

³³³ Owen idr., 2009a, 99.

³³⁴ Owen idr., 2009a, 99.

neprostoprovoljnem zdravljenju (angl. *involuntary*) ali celo o zdravljenju v skladu z voljo bolnika (angl. *pro-voluntary*).

V naslednjem podpoglavju se bom v celoti posvetila raziskovanju bolezenskega uvida, ocena katerega je v psihiatriji integralni del vsake klinične ocene – psihiatričnega statusa. Gre za kompleksno kategorijo, ki je ključna tudi v procesu odločanja o sprejemanju zdravljenja in korelira tako z adherenco bolnikov pri zdravljenju kot s prognozo bolnikov z duševnimi motnjami. Kot smo videli v pričujočem poglavju, je v pomembni povezavi z bolnikovo sposobnostjo navezovanja okoliščin na lastno situacijo (angl. *appreciation*, P. S. Appelbaum in T. Grisso), z njegovim volutarizmom (L. Weiss Robertsova) in po nekaterih avtorjih (G. S. Owen idr.) samostojna entiteta interferiranja duševnih motenj s posameznikovo sposobnostjo sprejemanja odločitev o zdravljenju in s tem z njegovo avtonomijo.

1.3.1 Bolezenski uvid v psihiatriji

Nakazala sem že, da je bolezenski uvid pri duševnih motnjah izjemno pomembna kategorija. Tako psihiatri kot družine bolnikov z duševnimi motnjami, ki ne kažejo bolezenskega uvida, so pogosto frustrirani, ko bolniki zavračajo potrebno pomoč. Velja tudi obratno, namreč, da so bolniki, ki ne prepoznavajo lastne spremenjenosti, frustrirani, da njihova okolica in zdravstveno osebje vztrajajo pri mnenju, da so duševno bolni³³⁵ (kako tudi ne, sami so pogosto povsem prepričani o nasprotnem). Svoje bolezni se ne zaveda približno 60 odstotkov bolnikov s shizofrenijo, skoraj 50 odstotkov bolnikov z bipolarno motnjo in 25 odstotkov bolnikov s shizoafektivno motnjo.³³⁶ Četudi bolniki svojih težav ne prepoznajo, pri drugih obolelih hitro prepoznajo znake, ki jih imajo sami – X. F. Amador zapiše: »Ironično je, da mnogi bolniki, ki imajo do svoje bolezni slab uvid, pri drugih osebah izvrstno postavijo diagnozo enake bolezni.«³³⁷ Razumejo torej, da gre za duševno motnjo, kadar simptome in znake opazujejo pri

³³⁵ Približno tako se začne prvo poglavje v strokovni publikaciji z naslovom *Insight in Psychosis, Awareness of Illness in Schizophrenia and Related Disorders*, ki sta jo uredila svetovno priznana strokovnjaka s področja preučevanja bolezenskega uvida – X. F. Amador in A. S. David (Amador in Kronengold, 2006, 3); navedeno tudi v Koprivnik, 2020, 118.

³³⁶ Amador, 2013, 21; glej tudi Amador, 2006; navedeno tudi v Koprivnik, 2020, 118.

³³⁷ Amador, 2013, 43; navedeno tudi v Koprivnik, 2020, 118.

drugih, ne zmorejo pa ustrezne presoje lastnih okoliščin (angl. *appreciation*) oz. do lastne boleznii nimajo uvida (do nje niso kritični).³³⁸

Nezavedanje boleznii v psihiatriji opredeljujemo kot slab bolezenski uvid, ki je kljub svoji dolgi zgodovini pomembnosti v klinični oceni šele v zadnjih treh desetletjih postalo predmet preučevanja znanstvenih, pravnih in kliničnih kontekstov.³³⁹ V psihodinamski teoriji je povezano z bolnikovo temeljno zmožnostjo samozavedanja (angl. *self-awareness*),³⁴⁰ posamezniki z bolezenskim uvidom v tem smislu razumejo, kako se počutijo, najdejo vzroke za svoje motive in se zavedajo vtisa, ki ga napravijo na druge.³⁴¹ Zgodnje publikacije o slabem bolezenskem uvidu pri duševnih motnjah so odsevale predvsem psihoanalitične perspektive in vodile v (z današnje perspektive) preuranjene zaključke, da je slab uvid posledica bodisi nezavedne psihološke obrambe bodisi zavestna strategija soočanja z duševno motnjo.³⁴² Klinični koncept bolezenskega uvida ni enak psihodinamskemu razumevanju, z oceno uvida v psihiatriji specifično ocenjujemo posameznikovo prepoznavanje psihopatologije³⁴³ (prisotnosti bolezenskih simptomov in znakov) in potrebe po zdravljenju. Narava oz. izvor slabega bolezenskega uvida ostaja enigma,³⁴⁴ aktualno so v ospredju raziskave na področju nevrologije in nevropsihologije, ki preučujejo nevrološke deficite³⁴⁵ in višje kognitivne funkcije.³⁴⁶ V korelaciji z nevrološkimi spoznanji se odsoten bolezenski uvid primerja z nevrološkim fenomenom anozognozije,³⁴⁷ četudi koncept bolezenskega uvida v psihiatriji pomeni širšo presojo in ne le ozko razumevanje prisotnosti simptoma ali deficita. Verjetno gre za večfaktorsko ozadje fenomena slabega bolezenskega uvida,^{348,349} pripoznana je povezava med fenomenologijo, psihosocialnimi in nevrofiziološkimi vidiki koncepta bolezenskega uvida.³⁵⁰

³³⁸ Koprivnik, 2020, 118-119.

³³⁹ Amador in Kronengold, 2006, 3; Osatuke idr., 2008, 70; navedeno tudi v Koprivnik, 2020, 119.

³⁴⁰ Oyebode, 2018, 159.

³⁴¹ Osatuke idr., 2008, 70.

³⁴² Amador in Kronengold, 2006,3.

³⁴³ Osatuke idr., 2008, 70.

³⁴⁴ Osatuke idr., 2008, 71.

³⁴⁵ Nevrološke funkcije, ki jih študije povezujejo s pomanjkljivim bolezenskim uvidom, so predvsem izvršilne funkcije ali funkcije čelnega režnja možganov (Amador, 2013, 53-54).

³⁴⁶ Nevrokognitivno je slab bolezenski uvid še vedno slabo razumljen fenomen, povezan s slabim samozavedanjem, samonadzorom in empatijo (Oyebode, 2018, 159).

³⁴⁷ Anozognozija je nevrološki tîrmin, ki pomeni odsotnost zavedanja o obstoječem nevrološkem deficitu (bolnik npr. zanika plegijo uda po možganski kapi – čeprav uda ne more uporabljati, se tega ne zaveda); Sadock in Alcott Sadock, 2007, 274.

³⁴⁸ Uvid različne študije opredeljujejo kot simptom duševne motnje, nevropsihološke, metakognitivne ali nevroanatomske deficite, psihološko obrambo ali celo integracijo več naštetih etioloških dejavnikov (Osutake, 2008, 71-75).

³⁴⁹ Williams idr., 2015, 303-304.

³⁵⁰ Mythri in Sanjay, 2016, 189.

Številčno prednjačijo raziskave uvida pri shizofreniji,³⁵¹ četudi je znano, da je bolezenski uvid lahko moten pri številnih drugih diagnostičnih kategorijah oz. duševnih motnjah (najpogosteje pri vseh psihotičnih obolenjih (ne le psihozah iz vrst shizofrenije), manijah in hudih depresijah).³⁵² Četudi je uvid pri razpoloženskih motnjah doslej pomembno manj raziskan, so X. F. Amador idr. že leta 1994 objavili študijo, v kateri so primerjali pogostnost odsotnega bolezenskega uvida v različnih diagnostičnih kategorijah. Rezultati kažejo, da je uvid najpogosteje prizadet pri shizofreniji, po pogostnosti sledijo bipolarna motnja, shizoafektivna motnja, depresivna motnja s simptomi psihoze in depresija brez pridružene psihotične simptomatike³⁵³ (v vseh naštetih primerih gre za t. i. hude duševne motnje). Nezavedanje o bolezni (angl. *unawareness*) je pri shizofreniji simptom same motnje in najpogostejši napovednik neadherence pri jemanju medikamentozne terapije, večjega števila ponovitev bolezni, neprosto voljnih sprejemov na zdravljenje in slabšega psihosocialnega funkcioniranja.³⁵⁴

Bolezni uvid se preučuje iz biološke, psihološke, socialne in kulturnih perspektiv.³⁵⁵ V psihiatrični literaturi se bolezenski uvid kot psihopatološka entiteta sicer pojavlja od druge polovice 19. stoletja.³⁵⁶ Vse dotlej je veljalo, da je »norost« (angl. *insanity*) posledica prisotnosti blodenj, ki so veljale za implicitno povezane z »odsotnim bolezenskim uvidom« – odsoten uvid torej ni bila variabla, pač pa parameter, zajet v definiciji »norosti«. ³⁵⁷ Konec 18. in v začetku 19. stoletja se je razvil koncept »delne norosti« (angl. *partial insanity*, kar je pomenilo intermitentnost in nepopolnost duševne motnje oz. »norosti«), posledično je bil koncept uvida lahko razvit kot variabla.³⁵⁸ K. Jaspers je v učbeniku o splošni psihopatologiji na začetku 20. stoletja pisal o kompleksnosti bolnikovega odnosa do bolezni (nem. *die Stellungnahme des Kranken zur Krankheit*). Ločeval je med dvema skupinama bolnikov: prvi reagirajo na nerealna prepričanja in duševne spremembe z neznajdenostjo (nem. *Ratlosigkeit*), drugi vzpostavijo distanco do doživetega, doživeto ocenjujejo in sodijo. Ideal vzpostavljanja pravilnega odnosa do bolezni, tako Jaspers, je bolezenski uvid (nem. *Krankheitseinsicht*).³⁵⁹ Jaspers je ločeval

³⁵¹ Oyeboode, 2018, 163.

³⁵² Sadock in Alcott Sadock, 2007, 486, 547; glej tudi Amador, 2013, 21; Osatuke idr., 2008, 71-75; Pini idr., 2001, 123-124.

³⁵³ X. F. Amador idr., *Awareness of illness in schizophrenia and schizoaffective and mood disorders*, 1994, v Ghaemi in Rosenquist, 2006, 101.

³⁵⁴ *American Psychiatric Association*, 2013, 101.

³⁵⁵ Boban in Muralidhar, 2014, 53-56.

³⁵⁶ Berrios in Markova, 2006, 47.

³⁵⁷ Berrios in Markova, 2006, 32.

³⁵⁸ Berrios in Markova, 2006, 32.

³⁵⁹ Jaspers, 1913, 181; glej tudi Berrios in Markova, 2006, 44-45.

med zavedanjem o spremenjenosti (nem. *Krankheitsbewusstsein*) in pravim uvidom (nem. *Krankheitseinsicht*), ki omogoča ustrezno oceno bolezenske simptomatike.³⁶⁰

Klinično je bolezenski uvid izjemno pomembna, kompleksna, večdimenzionalna³⁶¹ kategorija.³⁶² Velja, da ga je lažje ocenjevati kot definirati.³⁶³ X. F. Amador idr. ločujejo dve komponenti uvida, in sicer nezavedanje bolezni (angl. *unawareness of illness*), ko bolnik ne prepozna simptoma bolezni, niti ko je opozorjen nanj, in napačno pripisovanje (ang. *incorrect attribution*), kar pomeni, da bolnik prepozna določen simptom ali deficit, vendar ga ne pripisuje bolezni oz. mentalni disfunkciji.³⁶⁴ Raziskovalci so razvili več psihometričnih lestvic za ocenjevanje bolezenskega uvida, ki se uporabljajo v empiričnih študijah,^{365,366} niso pa uporabne v vsakodnevni klinični praksi.³⁶⁷ Za vsakodnevno oceno simptomatike (še posebej v urgentnih situacijah, v katerih praviloma odločamo o neprostovoljnem zdravljenju) so polstrukturirani intervjuji neuporabni, ocena tako temelji na klinični presoji. Bolezenski uvid se v psihiatriji klinično nanaša na bolnikovo sposobnost prepoznavanja lastnih simptomov in njihove povezave z duševno motnjo, ki potrebuje zdravljenje. Moten ali zmanjšan bolezenski uvid je povezan z zmanjšanimi kognitivnimi sposobnostmi in napoveduje slabo sodelovanje v zdravljenju ter večje tveganje za neprostovoljo zdravljenje.³⁶⁸ Uvid ima torej številne pomembne implikacije v klinični psihiatrični praksi. Bolniki z dobrim bolezenskim uvidom so

³⁶⁰ Berrios in Markova, 2006, 44.

³⁶¹ Amador in Kronengold, 2006, 4-5.

³⁶² Koprivnik, 2020, 119.

³⁶³ Fulford, 2006, 51; glej tudi Owen idr., 2009a, 95.

³⁶⁴ Amador idr., 1991, v Amador in Kronengold, 2006, 6; glej tudi Amador idr., 1993, 874; navedeno tudi v Koprivnik, 2020, 119.

³⁶⁵ Naj naštejemo samo nekatere: *ITAQ – The Insight and Treatment Attitudes Questionnaire* (McEvoy idr., 1989), *SAI – The Schedule for Assessment of Insight in Psychosis* (David idr., 1992), *The Scale to Assess Unawareness of Mental Disorder* (Amador in Strauss, 1993), *Global Insight Scale* (Greenfield idr., 1989), tudi deli lestvice *PANSS – Positive and Negative Syndrome Scale* (Kay idr., 1989) se ukvarjajo z bolezenskim uvidom (Oyebode, 2018, 162-163; glej tudi Amador in Kronengold, 2004, 5-15); glej tudi Sanz idr., 1998.

³⁶⁶ Študije, ki se osredotočajo na različne vidike uvida in uporabljajo različne merilne instrumente, rezultirajo v diskrepantnih zaključkih (Amador in Kronengold, 2006, 15). Kljub različnim pristopom večina študij potrjuje, da večina bolnikov z diagnosticirano shizofrenijo meni, da niso bolni; med 27 in 87 odstotkov se jih ne zaveda specifičnih simptomov, npr. motenj mišljenja, vključno z blodnjami, splitvenega afekta, anhedonije ipd. (Amador in Kronengold, 2006, 17-18).

³⁶⁷ Večina lestvic zahteva precejšen časovni vložek, pogosto gre za polstrukturirane intervjuje, pri katerih sta potrebni tako specialno znanje izpraševalca kot bolnikovo sodelovanje. Glej tudi Koprivnik, 2020, 119.

³⁶⁸ Oyebode, 2018, 159; glej tudi Cairns idr., 2005, 384; navedeno tudi v Koprivnik, 2020, 119.

manjkrat hospitalizirani, pogosteje sodelujejo pri jemanju medikamentozne terapije^{369,370} in imajo posledično boljšo prognozo.³⁷¹ Slab ali odsoten bolezenski uvid je povezan z opuščanjem zdravil³⁷² in več neprosto voljnimi hospitalizacijami.^{373,374} Bolniki, ki nimajo uvida in so trdno prepričani o resničnosti blodnjavih idej (npr. da jih nekdo preganja ali jim streže po življenju), se bodo vedli v skladu s svojimi bolezenskimi prepričanji (v konkretnem primeru bodo verjetno bežali in se potencialno odzvali z agresijo), o čemer pričajo predvsem študije primerov, zaradi česar duševne motnje pogosto povezujejo tudi s tveganjem za nasilno vedenje.³⁷⁵ Pa vendar nekatere študije potrjujejo klinični vtis, da je bolezenski uvid pri hudih duševnih motnjah dvorezen meč, saj boljši uvid povezujejo tudi z depresivnostjo,³⁷⁶ obupom in suicidalnostjo.³⁷⁷ Napovednika, kateri bolniki bodo v poteku zdravljenja razvili dober bolezenski uvid (ali se jim bo uvid vsaj izboljšal), nimamo. Nekatere študije so potrdile izboljšanje določenih komponent uvida ob ustreznem zdravljenju (z zdravili in v terapevtskem odnosu).³⁷⁸ Poskusi izboljšanja uvida s psihoedukacijo se niso izkazali za zelo učinkovite, kar nekateri avtorji povezujejo s tezo, da gre pri pomanjkljivem uvidu za nevropsihološke deficite.³⁷⁹ V praksi pogosto vidimo, da se v poteku zdravljenja razvije vsaj delni uvid do pretekle akutne simptomatike, ne pa nujno do psihosocialnih posledic bolezni in potrebe po vzdrževalnem zdravljenju. Ker se torej uvid ne razvije niti z izzvenetjem ostale akutne simptomatike, lahko rečemo, da sta uvid in izražena psihopatologija le delno povezani kategoriji.³⁸⁰ V nekaterih študijah so dokazali, da je uvid obratno sorazmeren z jakostjo izraženosti duševne motnje,³⁸¹ v drugih so ugotavljali zgolj zmerno povezavo med slabim bolezenskim uvidom in jakostjo izraženih simptomov duševne motnje, zato ne moremo govoriti o uvidu kot odsevu izraženosti psihopatologije. Ustrezneje uvid okarakteriziramo kot samostojen ali neodvisen psihopatološki fenomen,³⁸² drži pa, da je

³⁶⁹ Sprejemanje medikamentozne terapije je še en kompleksen fenomen v medicini, ki nikakor ni povezan samo z bolezenskim uvidom: nekateri bolniki imajo zelo slab uvid, pa so vseeno adherentni pri terapiji, in nasprotno, bolniki lahko kažejo zelo dober uvid v bolezen, vseeno pa medikamentozno terapijo opuščajo. Je pa pomankljiv uvid najpogostejši razlog zavračanja ali opustitve zdravil (McEvoy, 2006, 323; Amador, 2013, 21).

³⁷⁰ McEvoy, 2006, 323; Witorff idr., 2009, 265; navedeno tudi v Koprivnik, 2020, 119.

³⁷¹ Oyebody, 2018, 164; navedeno tudi v Koprivnik, 2020, 119.

³⁷² Lacro idr., 2002, 901; McEvoy, 2006, 311; Dassa idr., 2010, 923-924; navedeno tudi v Koprivnik, 2020, 119.

³⁷³ Oyebody, 2018, 159; glej tudi Cairns idr., 2005, 384; navedeno tudi v Koprivnik, 2020, 119.

³⁷⁴ Pri kitajskih bolnikih z bipolarno motnjo so manj, agresivno vedenje in slab bolezenski uvid povezali z večjim številom neprosto voljnih hospitalizacij (Luo idr., 2019). Navedeno tudi v Koprivnik, 2020, 119.

³⁷⁵ Buchanan in Wesseley, 2006, 287-293.

³⁷⁶ Tako so v metaanalizi povezali določene vidike uvida pri shizofreniji z depresivnostjo (Murri idr., 2015, 234).

³⁷⁷ Oyebody, 2018, 164; Osatuke idr., 2008, 75-76.

³⁷⁸ Sajatovic idr., 2002, 1320-1321; David idr., 1995, 626.

³⁷⁹ Amador, 2006.

³⁸⁰ Cuesta idr., 2000, 234-239.

³⁸¹ Trevisi idr., 2012, 235.

³⁸² Amador in Kronengold, 2006, 14.

uvid praviloma huje moten pri psihotičnih motnjah, ki v psihiatriji veljajo za hujše duševne motnje, pri katerih ima bolnik moteno presojo realnosti. Raziskujejo se različni terapevtski pristopi za izboljšanje bolezenskega uvida, npr. video avtoobservacija bolnikov³⁸³ in skupinska socialno-kognitivna terapija,³⁸⁴ vendar se doslej nobena metoda ni pokazala kot prepričljivo učinkovita na reprezentativnem vzorcu populacije.

A. S. David (avtor lestvice ocene uvida *Schedule for the Assessment of Insight*, s kratico SAI, razvite leta 1990) je predlagal tri prekrivajoče se dimenzije za oceno uvida (kar je imenoval *frakcioniranje uvida*): a) bolnikovo zavedanje, da ima duševno motnjo, b) sposobnost opredelitve posameznih bolezenskih fenomenov, kot so halucinacije ali blodnje, kot patološke in c) sprejemanje potrebe po zdravljenju. Kasneje je bila lestvica dopolnjena (R. Kempin in A. S. David, 1997) s priporočilom, da naj ocena zavedanja boleznim vsebuje tudi oceno zavedanja spremembe (SAI-E lestvica).³⁸⁵ V klinični praksi se uvid ocenjuje s pomočjo specifičnih vprašanj v pogovoru z bolnikom (v procesu klinične ocene oz. kliničnega intervjuja), izhajajoč iz predhodne ocene, da ima bolnik duševno motnjo.³⁸⁶ Klinična ocena je torej presoja bolnikove zmožnosti, da prepozna določene simptome kot bolezenske, taka presoja je vrednostna (angl. *value-laden*),³⁸⁷ tako kot je to tudi sicer ocena sposobnosti sprejemanja odločitev o zdravljenju.³⁸⁸

Eden temeljnih sodobnih učbenikov specialističnega psihiatričnega kurikulumu, *Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry*, uvid opredeli kot zavestno prepoznavo lastnega stanja, v psihiatriji zavedanje o in razumevanje lastne psihodinamike in simptomov slabo prilagojenega vedenja, ki je zelo pomemben predpogoj za vedenjske in osebnostne spremembe.³⁸⁹ V tem kontekstu zmanjšan ali okrnjen uvid predstavlja zmanjšano zmožnost razumevanja objektivne realnosti določene situacije.³⁹⁰ Uvid ima več kvalitete ali dimenzij, tako je npr. ključno ločevanje med intelektualnim in emocionalnim uvidom. Prvi predstavlja védenje o realnosti situacije brez sposobnosti, da to védenje uspešno uporabimo za prilagoditev vedenja v smeri boljšega obvladovanja situacije – ne gre za pravi uvid (angl. *true insight*).³⁹¹ Emocionalni uvid

³⁸³ Vikram idr., 2008, 341.

³⁸⁴ *Psychiatry Advisor*, 2018.

³⁸⁵ David, 1990a, 805; glej tudi David, 2006, 360-361.

³⁸⁶ Owen idr., 2009a, 95.

³⁸⁷ Owen idr., 2009a, 95.

³⁸⁸ Donnelly, 2005, iii.

³⁸⁹ Sadock in Alcott Sadock, 2007, 279.

³⁹⁰ Sadock in Alcott Sadock, 2007, 278.

³⁹¹ Sadock in Alcott Sadock, 2007, 279.

predstavlja raven razumevanja ali zavedanja lastnih emocionalnih težav, ki je nujen za pozitivne spremembe vedenja in osebnosti.³⁹² T. i. pravi uvid predstavlja razumevanje objektivne realnosti situacije z ustrežno motivacijo in emocionalno spodbudo k obvladovanju situacije ali spremembi svojega vedenja.³⁹³ Povedano drugače, uvid je bolnikovo zavedanje in razumevanje lastne bolezni; bolniki lahko v celoti zanikajo obstoj bolezni ali pa imajo določeno stopnjo zavedanja o njenem obstoju, četudi za to krivijo druge ali zunanje vplive; bolezen pogosto pripišejo tudi neznanim ali skrivnostnim silam.³⁹⁴ Nekateri bolniki sprejmejo pojasnila o prisotnosti duševne motnje in o tem, da so njihova nenavadna doživetja simptomi le-te, četudi o tem niso prepričani. Četudi torej verbalizirajo svojo bolezen (ponovijo, kar jim je bilo pojasnjeno), se pri globlji eksploraciji lahko izkaže, da povedano ne odseva njihovih prepričanj.³⁹⁵ *Kaplan & Sadock's* ločuje med šestimi stopnjami uvida: a) popolno zanikanje bolezni; b) delno zavedanje bolezni in potrebe po pomoči, c) zavedanje bolezni, za katero bolnik krivi druge, zunanje ali organske dejavnike, d) zavedanje o tem, da je bolezen povzročilo nekaj neznanega v bolniku, e) intelektualni uvid – prepoznavanje prisotnosti bolezni in simptomov ter dejstva, da jih sprožajo bolnikova iracionalna občutenja, vendar brez zmožnosti uporabe tega zavedanja za spremembe in f) emocionalni uvid – emocionalno zavedanje lastnih motivov in občutenj, ki lahko vodijo v potrebne spremembe lastnega vedenja.³⁹⁶ Bolezenski uvid torej ni prisoten ali odsoten, tudi ni linearen, temveč je na spektru, večdimenzionalen – vse od povsem odsotnega do skoraj intaktnega, najpogosteje je nekje vmes – delen (npr. do dela simptomatike, do njene realnosti, do potrebe po zdravljenju, do socialnih posledic bolezni).³⁹⁷

Predvsem antropologi pogosto kritizirajo »ožji« koncept bolezenskega uvida (psihiatrični model), ker naj bi zanemarjal dejstvo, da lahko kultura, etničnost, religija, spol, izobrazba in socialni status pomembno vplivajo na percepcijo in interpretacijo simptomov duševne bolezni,³⁹⁸ v tem smislu koncept uvida imenujejo evrocentričen in aroganten.³⁹⁹ Omenjeno naj bi vodilo tudi v lažno dihotomijo, zaradi katere so bolniki, ki se ne strinjajo z zdravniškim mnenjem, hitreje opredeljeni kot manj uvidevni.⁴⁰⁰ Študije socialnih in kulturnih vplivov na

³⁹² Sadock in Alcott Sadock, 2007, 277.

³⁹³ Sadock in Alcott Sadock, 2007, 283.

³⁹⁴ Sadock in Alcott Sadock, 2007, 237; navedeno tudi v Koprivnik, 2020, 119.

³⁹⁵ Beck in Warman, 2006, 80.

³⁹⁶ Sadock in Alcott Sadock, 2007, 237.

³⁹⁷ Koprivnik, 2020, 119.

³⁹⁸ Kirmayer idr., 2006, 199; glej tudi Oyeboode, 2018, 165.

³⁹⁹ Perkins in Moodley, 1993, 233-234; glej tudi Perkins in Moodley, 1993 v Oyeboode, 2018, 165.

⁴⁰⁰ Kirmayer idr., 2006, 199.

uvid so relativno redke.⁴⁰¹ Raziskava na brazilskem vzorcu je dokazala, da sociokulturni dejavniki nimajo enakega vpliva na vse dimenzije bolezenskega uvida, pa tudi, da družine bolnikov bolje prepoznavajo duševne motnje kot njihovi oboleli družinski člani.⁴⁰² Sociokulturni dejavniki lahko vplivajo na avtopercepcijo bolnikov z duševnimi motnjami, zato je prepoznana potreba po medkulturnih raziskavah.⁴⁰³ Tudi S. Surguladze in A. David opozarjata na možne kulturološke vplive na oceno uvida. Izpostavljata, da se lahko bolniki (zavestno ali podzavestno) bojijo stigme, ki se drži duševnih motenj, in da lahko bolnikovo drugačno kulturološko ozadje in njegova izobrazba interferirata z oceno bolezenskega uvida.⁴⁰⁴ »Imeti uvid« mora pomeniti več kot »strinjati se s psihiatrovo oceno«. Zaradi etičnih in pravnih zavez, ki sledijo iz motenega bolezenskega uvida, mora biti zato jasen v etiki, pravu in psihiatriji.⁴⁰⁵

V psihiatričnem smislu je pri oceni zmožnosti sprejemanja kompetentne odločitve o predlaganem zdravljenju v kliničnem vsakdanu bolezenski uvid torej ključen (predstavlja tudi integralni del vsakega psihiatričnega statusa, torej vsake klinične ocene psihičnega stanja).⁴⁰⁶ Psihiater tako med oceno, ki ji rečemo psihiatrični intervju, postavlja specifična vprašanja, prek katerih ocenjuje bolnikovo stopnjo zavedanja bolezn, njegovega odnosa do bolezn, razumevanje bolezenskih vplivov na njegovo aktualno in bodoče funkcioniranje, pričakovanja glede predlaganega zdravljenja itn.⁴⁰⁷ Pomen slabega ali celo povsem odsotnega bolezenskega uvida v kontekstu sprejemanja odločitev o zdravljenju (za zdravljenje ali proti njemu in ne le o načinu zdravljenja) G. S. Owen idr. pojasnijo s sledečo »zanko«: a) posameznik je bolan, b) ne zaveda se bolezn (manjka mu uvid), c) obstaja vzročna povezava med boleznijo in nezavedanjem le-te. Bolnikovo sprejemanje odločitve o zdravljenju je tako ujeto v zanko, saj je potrebno zdravljenje, da bo bolnik lahko razvil uvid do bolezn, za veljaven pristanek na zdravljenje pa potrebuje bolezenski uvid.⁴⁰⁸

Odnos med sposobnostjo sprejemanja odločitev o sebi (angl. *mental capacity*) in bolezenskim uvidom v psihiatriji je slabo raziskan.⁴⁰⁹ Verjeten razlog so tudi različne zakonodaje, ki

⁴⁰¹ Duarte Gigante in Castel, 2004, 246.

⁴⁰² Duarte Gigante in Castel, 2004, 249-250.

⁴⁰³ Amador in Kronengold, 2006, 8.

⁴⁰⁴ Surguladze in David, 1999, 166-167.

⁴⁰⁵ Owen idr., 2009a, 95.

⁴⁰⁶ Koprivnik, 2020, 119.

⁴⁰⁷ Oyeboode, 2018, 160; glej tudi Kress, 2006, 258; navedeno tudi v Koprivnik, 2020, 119.

⁴⁰⁸ Owen idr., 2009a, 95; navedeno tudi v Koprivnik, 2020, 119-120.

⁴⁰⁹ Cairns idr., 2005, 383.

večinoma urejajo neprostoovoljno zdravljenje bolnikov z duševnimi motnjami brez (zadostne) pozornosti na njihovi sposobnosti sprejemanja odločitve o zdravljenju, kot bomo videli v poglavju o zakonodajnih rešitvah znotraj Evrope in v poglavju o človekovih pravicah. R. Cairns idr. so na populaciji psihiatričnih bolnikov v treh angleških bolnišnicah uporabili MacArthurjev polstrukturiran intervju⁴¹⁰ za oceno sposobnosti glede sprejemanja odločitev o zdravljenju, rezultate pa so primerjali tudi z rezultati podobne predhodne raziskave na populaciji bolnikov v splošnih bolnišnicah na enakem geografskem območju.⁴¹¹ Ugotavljali so, da je nesposobnost sprejemanja odločitev o zdravljenju v prvih dneh po sprejemu na psihiatrično zdravljenje pogosta (43,8 odstotka bolnikov v vzorcu), vendar ni pomembno pogostejša kot pri nepsihiatrični populaciji bolnikov (40 odstotkov v študiji V. Raymont idr., 2004). Večina psihiatričnih bolnikov, ki je bila ocenjena kot nesposobna sprejemanja odločitev o zdravljenju, je imela diagnosticirano psihozo ali bipolarno motnjo (blodnje, manija in hipomanija so bile tesno povezane z večjo nesposobnostjo).⁴¹² Dokazali so tesno povezavo med slabšim bolezenskim uvidom in nesposobnostjo sprejemanja odločitev o zdravljenju, ocenjeno s pomočjo polstrukturirane lestvice MacCAT-T.⁴¹³ Med konceptoma sposobnosti sprejemanja kompetentnih odločitev o zdravljenju in bolezenskim uvidom tako obstajajo prekrivanja: kategorije razumevanja bolezni, navezovanja na lastno situacijo, racionalnega tehtanja možnosti in komunikacije izbire reflektirajo eno ali več dimenzij uvida – zavedanje bolezni, prepoznavanja simptomov kot patoloških in adherenco pri zdravljenju.⁴¹⁴ Kognitivni deficiti⁴¹⁵ so bili v populaciji somatskih bolnikov neodvisen napovednik nesposobnosti sprejemanja kompetentnih odločitev o zdravljenju.⁴¹⁶ Cairns idr. zaključujejo, da je zmanjšan bolezenski uvid tesno povezan z nesposobnostjo sprejemanja kompetentnih odločitev o zdravljenju in neprostovoljnimi hospitalizacijami. Zdi se, da je koncept uvida, ki je sicer prav tako kompleksen kot koncept sposobnosti sprejemanja odločitev o zdravljenju, psihiatrom intuitivno bližji.⁴¹⁷ Zaradi specifičnosti bolezenskega uvida – simptoma bolezni, ki bolniku paradoksnost onemogoča iskanje pomoči in pristanek na zdravljenje, so tisti bolniki s hudimi duševnimi

⁴¹⁰ *MacArthur Competence Assessment Tool for Treatment* (MacCAT-T).

⁴¹¹ Glej tudi Raymont idr., 2004.

⁴¹² Cairns idr., 2005, 382.

⁴¹³ Cairns idr., 2005, 383.

⁴¹⁴ Cairns idr., 2005, 383.

⁴¹⁵ Tvrstni bolezenski deficiti so v ospredju pri populaciji bolnikov z demenco, ki so tudi zdravljeni na psihiatričnih oddelkih.

⁴¹⁶ Raymont idr., 2004, 1424.

⁴¹⁷ Cairns idr., 2005, 384.

motnjami, ki zaradi pomanjkljivega bolezenskega uvida zavračajo zdravljenje, še posebej ranljivi.

Navedla sem že številne psihosocialne posledice pomanjkljivega uvida do hude duševne motnje in potencialno travmatizacijo zaradi neprostovoljnega sprejema v bolnišnico, pa tudi dejstvo, da del bolnikov, ki zdravljenje nujno potrebujejo in ga zavračajo, ostaja nezdravljen. Duševne motnje, posebej tiste s kroničnim potekom, zahtevajo čim prejšnje zdravljenje, le tako lahko pomembno vplivamo na potek bolezni (število ponovitev akutnih epizod in izraženost simptomatike), ki nezdravljena vodi v nepopravljive primanjkljaje. K. J. Kress⁴¹⁸ meni, da bi moralo biti neprostovoljno psihiatrično zdravljenje s strani države moralno utemeljeno prav na osnovi pomanjkljivega bolezenskega uvida, ki da je ustrežnejši koncept od ponekod uveljavljenega principa nezmožnosti sprejemanja kompetentne odločitve o zdravljenju.^{419, 420} Uvid je ožja kategorija od sposobnosti za kompetentno odločanje o zdravljenju, ki že ima svoje mesto v nekaterih zakonodajah, ki urejajo področje telesnega in duševnega zdravja.⁴²¹ Kress primerja kompetenco sprejemanja odločitev o zdravljenju z uvidom in dokazuje, da bi bolezenski uvid moral imeti večjo vlogo v zakonodaji, ki ureja neprostovoljno psihiatrično zdravljenje, ker bi bil poseg v človekovo svobodo na osnovi motenega uvida v bolezen bolj upravičen, kot je to poseg v svobodo na osnovi zmanjšane kompetence. Uvid je klinično tudi lažje opredeliti kot kompetenco. Država torej lahko poseže v človekovo avtonomijo in omeji njegovo prostost, tako Kress, če a) je motnja objektivno prepoznavna (objektivnost), b) ima motnja materialno osnovo (materialnost), c) dokazi objektivne prepoznavnosti in materialne osnove morajo biti neodvisni od domnevnega posledičnega slabega izhoda (neodvisnost) in d) nezmožnost (motnja) mora biti etično pomembna in poseg države zatorej upravičen (upravičenost), kar običajno dokazujemo s ponazoritvijo etično pomembnega deficita v avtonomnosti delovanja subjekta.⁴²² Bolj kot je posamezni dejavnik pri določeni motnji izražen, bolj je intervencija s strani države utemeljena – zato, ker posameznikovo sprejemanje odločitev o zdravljenju ni zadostne kvalitete, ki bi omogočala informirano in avtonomno delovanje.⁴²³ V dveh primerih poseg države ni utemeljen: a) kadar slab izhod ali pomanjkljivosti v procesu sprejemanja odločitve niso manifestacija motnje in b) kadar je rezultat odločitve za

⁴¹⁸ Avtor izhaja iz ureditve v ZDA.

⁴¹⁹ Kress, 2006, 258-261.; navedeno tudi v Koprivnik, 2020, 120.

⁴²⁰ Izrael in Novi Južni Wales v Avstraliji pri razlogih za neprostovoljno zdravljenje ob nevarnostnem kriteriju upoštevata tudi uvid (Peele in Chodoff, 2009, 223).

⁴²¹ Kress, 2006, 270.

⁴²² Kress, 2006, 261-278; glej tudi Owen idr., 2009a, 95; navedeno tudi v Koprivnik, 2020, 120.

⁴²³ Kress, 2006, 261-262; navedeno tudi v Koprivnik, 2020, 120.

posameznika relativno dober. Povedano drugače, kadar bolnik sprejme odločitev o zdravljenju z verjetno dobrim izhodom (četudi je proces sprejemanja odločitve nekompetenten ali neracionalen), ne bi bilo razumno posegati. Nenazadnje ima neprostovoljna intervencija lahko zelo negativne učinke na posameznika.⁴²⁴ Kress argumentacijo zaključi »previdno«, rekoč, da morda ni nujno, da koncept uvida zamenja koncept kompetence v zakonodajah, kajti zelo verjetno je uvid v določenih okoliščinah primernejši od kompetence (in obratno), delujeta lahko z roko v roki.⁴²⁵ C. M. Culver in B. Gert izpostavljata utemeljitev neprostovoljnega zdravljenja bolnikov s hudo duševno motnjo v večini držav v ZDA na nevarnostnem principu, brez upoštevanja ocene njihove kompetence za sprejemanje odločitev o zdravljenju. Omenjeno nevarno vedenje pri duševni motnji velja za neracionalno, avtorja zagovarjata, da je zadosten pogoj za nekompetenco (in posledično paternalistično intervencijo v obliki neprostovoljnega zdravljenja) neracionalno zavračanje indiciranega zdravljenja zaradi prisotnosti duševne motnje.⁴²⁶ Kot smo videli, je najpogostejši (ne pa edini možni razlog za zavračanje zdravljenja hudih duševnih motenj) pomanjkljiv bolezenski uvid.

Subjektivne percepcije bolnikov⁴²⁷ o upravičenosti odločitve za neprostovoljno zdravljenje se med zdravljenjem spreminjajo, kot se spreminjata tudi mišljenje in čustvovanje. Bolniki, ki prepoznajo lastno bolezen ob sprejemu v bolnišnico (avtodestruktivnost, nerealna prepričanja, agresivnost itd.), izražajo zadovoljstvo, da so jih zdravstveni delavci (s tedaj zanje neprostovoljno intervencijo) zaščitili. Britanska retrospektivna študija o oceni utemeljenosti neprostovoljnega sprejema na bolnišnično zdravljenje s strani bolnikov je pokazala, da se jih retrogradno celo 83 odstotkov strinja z neprostovoljnim sprejemom, pri čemer gre za tiste bolnike, ki so med zdravljenjem pridobili bolezenski uvid.⁴²⁸ Bolniki tudi implicitno ločijo med subjektivnimi doživetji in moralno evalvacijo neprostovoljnega sprejema.⁴²⁹ G. S. Owen idr. zaključujejo, da lahko ti podatki blažijo zaskrbljenost o nadomestnem odločanju psihiatrov za bolnike v času, ko sami odločitve o zdravljenju ne zmorejo sprejeti.⁴³⁰ V psihiatriji je ocenjevanje retrospektivnega uvida že desetletja integralni del v procesu zdravljenja,⁴³¹ tovrsten

⁴²⁴ Kress, 2006, 262; navedeno tudi v Koprivnik, 2020, 120.

⁴²⁵ K. J. Kress doda tudi humorno opazko, da bodo verjetno tisti med nami z nekoliko boljšim uvidom omenjeno kombinacijo rabe konceptov ocenili kot kompetentnejšo (Kress, 2006, 278).

⁴²⁶ Culver in Gert, 2004, 267.

⁴²⁷ Več o izkušnjah bolnikov, ki so neprostovoljno zdravljeni, sledi v poglavju o dostojanstvu v kontekstu hudih duševnih motenj.

⁴²⁸ Owen idr., 2009b, 403-405.

⁴²⁹ Lorem idr., 2014, 231-240; navedeno tudi v Koprivnik, 2020, 117.

⁴³⁰ Owen idr., 2009b, 406-407; glej tudi Lepping, 2011, 356.

⁴³¹ David, 1990b, 326.

uvid se tudi vedno znova preverja pri klinični oceni bolnikovega stanja. Tako ločujemo med aktualnim in retrospektivnim ali retrogradnim uvidom.⁴³² Bolnik, ki se ob sprejemu v bolnišnico zaradi akutnega poslabšanja kronične psihotične duševne motnje ne strinja z zdravnikovo oceno, da se je pri njem bolezen poslabšala, lahko po obdobju zdravljenja razvije dober uvid »za nazaj«, da je torej ob sprejemu v bolnišnico vendarle bil bolezensko spremenjen (vendar tovrstnega uvida ne razvije vedno). Bolnik z duševno motnjo, ki zaradi obolenja samega nima uvida v obstoj lastne bolezni, se znajde v paradoksnih situaciji, ko sam ne more koristiti svoje temeljne pravice do zdravljenja (zdravljenje celo zavrača), zaradi česar je dodatno ranljiv, kar bomo v nadaljevanju presojali v luči človekovih pravic.

Kot smo videli v razdelku o informiranem pristanku na zdravljenje (v medicini, ne le specifično v psihiatriji), L. Weiss Robertsova med pomembnimi bolezenskimi vplivi na volutarizem navaja tudi zmanjšan bolezenski uvid in presojo, ob drugih telesnih in psihičnih simptomih – v odvisnosti od njihove narave in izraženosti.⁴³³ Slovenski ZDZdr kot enega od pogojev za neprostovoljno zdravljenje navaja *huje moteno presojo realnosti in sposobnost obvladovati svoje ravnanje*, vendar ta pogoj sam ni zadosten. Specifično o bolezenskem uvidu ZDZdr ne govori, ga pa psihiatri izvedenci praviloma klinično upoštevajo pri oceni potrebe po neprostovoljnem zdravljenju. Iz mednarodnih primerjav zakonodaj o duševnem zdravju izhaja, da le nekatere države upoštevajo bolezenski uvid, žal pa v nobeno študijo niso bile vključene vse države, v evropskem okolju so posebej pomanjkljivi podatki iz vzhodnoevropskih držav. Tako naj bi tudi med državami, ki izhajajo iz bolnikove potrebe po zdravljenju (v. iz nevarnosti), samo nekatere upoštevale zmanjšan bolezenski uvid.⁴³⁴ Primeri takih evropskih držav so Švedska,⁴³⁵ Španija,⁴³⁶ Irska,⁴³⁷ sicer pa tudi Izrael in Novi Južni Wales v Avstraliji pri razlogih za neprostovoljno zdravljenje ob nevarnostnem kriteriju upoštevata tudi uvid.⁴³⁸ Več držav v zakonih na področju neprostovoljnega zdravljenja med kriterije vključuje tudi bolezenske deficite in izgube specifičnih zmožnosti bolnika zaradi vpliva bolezni, ki interferirajo z zmožnostjo sprejemanja odločitev o zdravljenju (pristankom na ali zavrnitvijo), vendar je omenjeno zaradi pomanjkanja standardov opredeljevanja te sposobnosti tudi predmet široke

⁴³² Amador idr., 1993, 874.

⁴³³ Weiss Roberts, 2002, 708.

⁴³⁴ Salize idr., 2002, 18.

⁴³⁵ Salize idr., 2002, 68; Svensson in Kjellin, 2006, 329-31.

⁴³⁶ Salize idr., 2002, 131; Barrios Flores in Torres-Gonzalez, 2006, 298.

⁴³⁷ Salize idr., 2002, 98.

⁴³⁸ Peele in Chodoff, 2009, 223.

kritike; nenazadnje manjkajo empirični podatki.⁴³⁹ Več o različnih zakonodajnih rešitvah v naslednjih poglavjih (predvsem v poglavju, namenjenem človekovim pravicam).

Razumevanje bolezenskega uvida v psihiatriji se je od obstoja stroke (torej zadnjih dvesto let) pomembno poglobilo. Še do sredine 19. stoletja je definicija »norosti« zajemala tudi odsoten bolezenski uvid, obravnava uvida kot samostojne psihopatološke entitete je omogočil šele razvoj koncepta »norosti« v smeri njene intermitetnosti oz. nepopolnosti. Nemški psihiater K. Jaspers, avtor enega izmed temeljnih učbenikov psihopatologije, že v začetku 20. stoletja ločuje med zavedanjem o bolezenski spremenjenosti (nem. *Krankheitsbewusstsein*) in pravim uvidom v bolezen (nem. *Krankheitseinsicht*). Uvid danes velja za izjemno kompleksno klinično psihopatološko kategorijo. Za oceno uvida obstaja več psihometričnih lestvic, ki v rutinskih kliničnih situacijah niso uporabne, ocena bolnikovega bolezenskega uvida torej ostaja klinična presoja. Uvid ocenjujemo večdimenzionalno, v odnosu do njegovih posameznih kvalitiet oz. stopenj (npr. delni uvid do potrebe po zdravljenju ipd.). Empirične študije dokazujejo, da je pomanjkljiv (toliko bolj povsem odsoten) uvid pri bolniku povezan z večjim številom hospitalizacij, specifično tudi z večjim številom neprostovoljnih hospitalizacij, s slabim sodelovanjem pri jemanju predpisane medikamentozne terapije, s slabšo prognozo in z višjim tveganjem za nasilno vedenje. Bolezenski uvid je sicer dvorezen meč, povezujemo ga namreč tudi z depresivnostjo, obupom in samomorilnostjo.

Da sta bolezenski uvid in (ostala) izražena psihopatologija le delno povezani kategoriji, sklepamo tudi iz dejstva, da se uvid z izzvenetjem akutne simptomatike ne vzpostavi vedno. Ali se bo, je nemogoče napovedati. G. S. Owen idr. izpostavljajo ključno zagato v odnosu bolezenskega uvida in pristanka na zdravljenje: bolnik za sprejemanje odločitve o zdravljenju (pristanek na zdravljenje) potrebuje bolezenski uvid, da bi tega sploh lahko razvil, pa najprej potrebuje zdravljenje.

Odnos med sposobnostjo sprejemanja odločitev o sebi in bolezenskim uvidom v psihiatriji je slabo raziskan (glej npr. R. Cairns idr.): obstajo dokazi, da je slabši uvid tesno povezan z nesposobnostjo sprejemanja odločitev o zdravljenju, med obema konceptoma pa obstajajo prekrivanja. Koncept uvida je psihiatrom intuitivno bližji, verjetno zaradi rutinske rabe in kontinuiranih evalvacij v klinični situaciji (tako aktualni uvid kot razvoj bolezenskega uvida med zdravljenjem preverjamo pri vsakem bolniku večkratno). Nekateri avtorji (npr. K. J. Kress, ki izhaja iz ameriškega okolja) menijo, da bi morali neprostovoljne ukrepe v psihiatriji

⁴³⁹ Kallert idr., 2006, 377.

utemeljevati prav s pomanjkljivim bolezenskim uvidom. To nekatere zakonodaje že počnejo (Izrael, Novi Južni Wales v Avstraliji).

Na tem mestu pozornost preusmerjam na analizo različnih zakonodajnih ureditev neprostovoljnega zdravljenja v evropskih državah, ki jih bom primerjala s slovenskim ZDZdr. Preden pa se posvetim raziskovanju zakonodaj v evropskem prostoru, se bom ustavila pri predlogu ameriške profesorice E. R. Saks, ki izhaja iz ureditve neprostovoljnega zdravljenja bolnikov z duševnimi motnjami v ameriški zakonodaji. Nenazadnje gre za vprašanje globalnega pomena, h kateremu na različnih delih sveta aktualno pristopamo zelo različno.

2 RAZLIČNE ZAKONODAJNE REŠITVE V EVROPSKIH DRŽAVAH

/.../ so rezultat različnih kulturnih in pravnih tradicij v odnosu do duševnih motenj, kot tudi različnih tradicij zdravljenja duševnih motenj, kar predstavlja pomembno oviro pri oblikovanju skupne evropske zakonodaje.⁴⁴⁰

Ameriška profesorica prava, psihologije in psihiatrije Elyn R. Saks je velik del svoje kariere posvetila vprašanju neprostovoljnih ukrepov v psihiatriji. Sama se v javnosti pogosto izpostavlja kot oseba z duševno motnjo, saj se zdravi zaradi shizofrenije. Svojo osebno izkušnjo duševne motnje je opisala v knjigi z naslovom *The Center Cannot Hold: My Journey Through Madness*.⁴⁴¹ V strokovni monografiji *Refusing care: forced treatment and the rights of mentally ill* izhaja iz različnih vlog zdravnikov in pravnikov v odnosu do neprostovoljnih ukrepov v psihiatriji. Medtem ko so zdravniki osredotočeni na zdravje in zdravljenje, pravniki svojo vlogo vidijo v varovanju pravice do prostosti in zaščiti pred vmešavanjem drugih.⁴⁴² Saksova meni, da nihče ne more biti strikten zagovornik paternalističnega ukrepanja v medicini niti strikten zagovornik pravice do avtonomnega odločanja – potrebno je racionalno tehtanje med enim in drugim.⁴⁴³ Nadalje Saksova navaja, da imajo prav tako zdravniki kot pravniki, vendar v različnih okoliščinah.⁴⁴⁴ Tako koncept duševnih motenj kot uveljavljeno ocenjevanje kompetence bolnika vključujeta vrednostne sodbe.⁴⁴⁵ Saksova meni, da se ne smemo slepiti z zavezo k »avtonomiji« ali »kompetenci«, pač pa moramo nujno razmišljati o vrednostnih izbirah (angl. *value choices*).⁴⁴⁶ Sama izhaja iz pravnega standarda v ameriški zakonodaji, ki ureja neprostovoljno zdravljenje bolnikov z duševnimi motnjami (t. i. *civil commitment*) in omenjeni ukrep utemeljuje z »duševno motnjo in nevarnostjo sebi ali drugim ali hudo nezmožnostjo«, opredeljeno kot *gravely disabled*.⁴⁴⁷ Saksova omenjeni standard kritizira in izpostavlja dejstvo, da tudi oseb brez duševne motnje, ki so nevarne sebi ali drugim in

⁴⁴⁰ Salize idr., 2002, 148.

⁴⁴¹ Saks, 2015.

⁴⁴² Saks, 2002, 12-13.

⁴⁴³ Saks, 2002, 3.

⁴⁴⁴ Saks, 2002, 83.

⁴⁴⁵ Saks, 2002, 217-218.

⁴⁴⁶ Saks, 2002, 219.

⁴⁴⁷ Saks, 2002, 46.

nezmožne skrbi zase, ne omejujemo.⁴⁴⁸ Prav tako ocenjuje, da kompetenca (v tej disertaciji sposobnost sprejemanja odločitev o sebi) sama ni zadosten kriterij za neprostovoljno zdravljenje, saj mnogi bolniki z duševno motnjo niso nekompetentni, pa vendar nekateri potrebujejo zdravljenje. Podobno po njenem mnenju velja za koncept avtonomije: mnogi bolniki z duševno motnjo sicer ne delujejo povsem avtonomno, po drugi strani pa imajo lahko zmanjšano avtonomijo tudi osebe brez duševne motnje.⁴⁴⁹ Ukvarja se s konceptom oškodovanosti (angl. *impairment*), pri katerem imajo vlogo številne sposobnosti bolnikov (angl. *abilities*), četudi so bolniki lahko prepoznani kot kompetentni.⁴⁵⁰ Med primeri oškodovanosti navaja npr. zaznavne motnje, blodnjava prepričanja, zmanjšano sposobnost presoje in dezorganizacijo mišljenja ter vedenja.⁴⁵¹ Specifično o bolezenskem uvidu Saksova ne govori, bi pa nedvomno sodil v kategorijo, ki jo opredeljuje kot oškodovanost. Saksova opozarja na problem določanja stopnje oškodovanja⁴⁵² in navaja, da je ocena klinična.⁴⁵³ Opredeljuje tudi koncept »drugačne osebe« (angl. *different person*)⁴⁵⁴ v smislu izgube karakterističnih značilnosti uma oz. osebnosti.⁴⁵⁵ Nadalje ocenjuje kriterije nevarnosti,⁴⁵⁶ trpljenja oseb z duševno motnjo in dostopnosti motnje zdravljenju.⁴⁵⁷ Saksova zagovarja stališče, da nobeden izmed kriterijev sam po sebi ne zagotavlja zadostne osnove za neprostovoljno zdravljenje⁴⁵⁸ in predlaga kombinacijo kriterijev. Še več, predlaga dvostopenjski standard (angl. *two-tiered system*),⁴⁵⁹ ki bi bil v določenih situacijah celo restriktivnejši oz. manj zaščitniški za avtonomijo (torej bolj paternalističen) od obstoječe ameriške prakse, v drugih situacijah pa bi dal avtonomiji več poudarka.⁴⁶⁰ Konkretno Saksova predlaga, da bi morali neprostovoljno zdravljenje utemeljiti s sledečo kombinacijo kriterijev: a) resna oškodovanost (angl. *serious impairment*), b) transformacija v »drugačno osebo« (angl. *transformation into a different person*) in c) dostopnost motnje zdravljenju (angl. *amenability to treatment*).⁴⁶¹ Kar zadeva omenjeni predloga dvostopenjskega sistema, Saksova zagovarja restriktivnejši poseg v pravico do

⁴⁴⁸ Saks, 2002, 46.

⁴⁴⁹ Saks, 2002, 47.

⁴⁵⁰ Saks, 2002, 47.

⁴⁵¹ Saks, 2002, 48.

⁴⁵² Saks, 2002, 47-48.

⁴⁵³ Saks, 2002, 194.

⁴⁵⁴ Saks, 2002, 48-50.

⁴⁵⁵ Saks, 2002, 55.

⁴⁵⁶ Saks, 2002, 50-51.

⁴⁵⁷ Saks, 2002, 51-52.

⁴⁵⁸ Saks, 2002, 46-53.

⁴⁵⁹ Saks, 2002, 55.

⁴⁶⁰ Saks, 2002, 219.

⁴⁶¹ Saks, 2002, 55.

prostosti ob prvih psihotičnih izbruhih (oz. drugih ekvivalentnih hudih duševnih motenj⁴⁶²) in večjo zaščito avtonomije ter pravice do zavrnitve zdravljenja pri naslednjih epizodah.⁴⁶³ To utemeljuje s potrebo po izkušnji psihoze in zdravljenja kot osnovnega pogoja, da se bolnik odloča na osnovi preverjenih dejstev in ne morebiti zaradi strahu pred neznanim.⁴⁶⁴ Omenjeno bi v praksi pomenilo, da bi bili bolniki s hudimi duševnimi motnjami ob prvem kontaktu z zdravstvenim sistemom praviloma hospitalizirani z namenom zdravljenja, v nadaljevanju pa le, v kolikor bi iz nezdravljene duševne motnje izhajala huda nevarnost (angl. *serious danger*) in bi bil bolnik nesposoben sprejemati odločitve o zdravljenju.⁴⁶⁵ Saksova torej v zameno za uveljavljeno drsečo lestvico ocenjevanja sposobnosti za sprejemanje odločitev o zdravljenju v odvisnosti od posledic določene odločitve predlaga ravno opisani dvostopenjski sistem ukrepanja in priznava, da taka sprememba seveda odpira nova normativna vprašanja.⁴⁶⁶ Na tem mestu se po mojem mnenju pojavita še vsaj dva problema. Prvič, omenjena praksa bi vodila v nepotrebno hospitalizacijo mnogih bolnikov s prvo epizodo hude duševne motnje, ki morda ne potrebujejo nujno hospitalne intervence (tudi Saksova navaja, da je ta ureditev manj ščiti avtonomijo posameznika). Drugič, zdi se, da Saksova povsem prezre problem odsotnega bolezenskega uvida, ki sem ga raziskovala v predhodnem poglavju – kadar namreč gre za pomanjkljiv ali povsem odsoten bolezenski uvid, se bolniki kljub izkušnji psihoze in predhodnega zdravljenja praviloma ne morejo strinjati z zdravljenjem (zaradi same narave motnje). Standard, kot ga predlaga E. R. Saks (oškodovanost, »drugačna oseba« in tveganja ob opustitvi zdravljenja), sicer omogoča enako ukrepanje v primeru nepsihiatričnih bolezni v podobnih okoliščinah,⁴⁶⁷ za kar se Saksova vseskozi zavzema. Šlo bi torej za standard, s pomočjo katerega bi posegli v pravico do izbire (zavrnitve zdravljenja) vsakogar, ki bi bil na opisani način oškodovan.⁴⁶⁸ Tudi Saksova poziva k poglobljenemu raziskovanju tako v smislu normativnega opredeljevanja standardov kot v smislu razvoja ustreznih instrumentov ocenjevanja posameznih kategorij (npr. oškodovanosti).⁴⁶⁹

Kakšni so trendi razvoja evropskih nacionalnih zakonodaj pri vprašanju neprostovoljnega zdravljenja? Evropska unija (s kratico EU) danes med področja skupne politike umešča tudi

⁴⁶² Saks, 2002, 194.

⁴⁶³ Saks, 2002, 55.

⁴⁶⁴ Saks, 2002, 59.

⁴⁶⁵ Saks, 2002, 56.

⁴⁶⁶ Saks, 2002, 200.

⁴⁶⁷ Saks, 2002, 220.

⁴⁶⁸ Saks, 2002, 220.

⁴⁶⁹ Saks, 2002, 200.

zdravje. Navaja, da sta organizacija zdravstvenih sistemov in izvajanje zdravstvenih storitev v pristojnosti držav članic. EU nacionalne politike zgolj dopolnjuje, med drugim tudi prek skrbi za enake možnosti za dobro zdravje in kakovostno zdravstveno oskrbo za vse (ne glede na prihodek, spol, etnično pripadnost itd.).^{470,471} Evropske države nimajo enotnega pravnega sistema. Osebna svoboda je praviloma ustavno zaščitena pravica,⁴⁷² samo nekatere novejšje evropske ustave pa specifično naslavljajo neprostovoljno zdravljenje,⁴⁷³ pogosteje sicer v interesu zaščite družbe kot v smislu zaščite oseb z duševnimi motnjami.⁴⁷⁴ Neprostovoljno zdravljenje psihiatričnih bolnikov praviloma urejajo nacionalni zakoni o duševnem zdravju, v Sloveniji *Zakon o duševnem zdravju (ZDZdr)*. Države, ki so zvezno organizirane, predstavljajo izjemo.⁴⁷⁵ Nemčija ima tako šestnajst zakonov o duševnem zdravju, Danska ima ločen zakon za Grenlandijo in Ferske otoke, več različnih zakonov je v veljavi tudi v Angliji.⁴⁷⁶ Situacija se dodatno zaplete skozi različne pristope k psihiatriji na civilnem in kazenskem področju, pa tudi skozi različne zakonske pristope k skrbništvu⁴⁷⁷ za osebe, ki ne morejo same zagovarjati svojih interesov. Ob bok različnim zakonodajnim pristopom moramo postaviti še vsaj tako mnogovrstno organizacijo zdravstvenih sistemov oz. mreže zdravstvene oskrbe, ki jo ob bolnišnicah predstavljajo tudi različni pristopi k zdravljenju v skupnosti. Navedene razlike med državami pomembno ovirajo načrtovanje metodološko trdnih primerjalnih študij,⁴⁷⁸ ki bi tvorile podlago za poenotenje zdravstvenih praks po modelu, ki bi se izkazal za najboljšo prakso. Take raziskave morajo biti tudi etično sprejemljive.⁴⁷⁹ Velike variacije števila neprostovoljno zdravljenih bolnikov verjetno pričajo tudi o pomembnih kulturoloških razlikah v vsakodnevni praksi.^{480, 481}

⁴⁷⁰ Evropska unija, *Zdravje*; glej tudi Bartlett idr., 2007, 22.

⁴⁷¹ V disertaciji vključujem razpoložljive vire vseh evropskih držav, ne glede na to, ali so članice EU.

⁴⁷² Primer drugačne pravne ureditve (brez ustave) je Anglija (Conrady in Roeder, 2006, 350).

⁴⁷³ Conrady in Roeder, 2006, 355.

⁴⁷⁴ Conrady in Roeder, 2006, 355.

⁴⁷⁵ Conrady in Roeder, 2006, 355.

⁴⁷⁶ Kallert in Torres-Gonzalez, 2006, 11; Salize in Dressing, 2011, 116; glej tudi Saya idr., 2019.

⁴⁷⁷ Bartlett idr., 2007, 132-133.

⁴⁷⁸ V povezavi z metodološkimi zagatami glej npr. Kallert idr., 2008, *Involunatry vs. voluntary hospital admission, A systematic literature review on outcome diversity*.

⁴⁷⁹ Etična utemeljitev merodajnih randomiziranih študij je na ranljivi populaciji bolnikov z najtežjimi duševnimi motnjami problematična (Salize in Dressing, 2011, 119).

⁴⁸⁰ Salize in Dressing, 2011, 119.

⁴⁸¹ Opomba na celotni odstavek: navedeno tudi v Koprivnik, 2020, 120-121.

Kriteriji za neprostovoljno zdravljenje bolnikov s hudimi duševnimi motnjami, ki jih aktualno opredeljujejo nacionalne zakonodaje, se med državami članicami EU pomembno razlikujejo.⁴⁸² To je v luči epidemiološke pomembnosti, resnosti posega v človekove pravice in stopnje javnega zavedanja osupljivo.⁴⁸³ Evropska komisija (v nadaljevanju EK) je že leta 2002 izdala obsežno poročilo raziskovalnega projekta,⁴⁸⁴ v katerem je pozvala k uskladitvi zakonodaj.⁴⁸⁵ Različne nacionalne zakonodaje o duševnem zdravju so rezultat različnih kulturnih in pravnih tradicij v odnosu do duševnih motenj, tudi različnih tradicij zdravljenja le-teh, kar predstavlja pomembno oviro pri oblikovanju skupne evropske zakonodaje.⁴⁸⁶ Pomanjkanje empiričnih podatkov o najboljši praksi – študije je zaradi že omenjenih etičnih zadržkov in različnih zdravstvenih mrež težko izvesti – prav tako pomembno ovira poenotenje zakonodaj.⁴⁸⁷

Za pravni sistem neprostovoljno zdravljenje pomeni predvsem omejitev pravic (poseg v pravici do prostosti in do zavrnitve zdravljenja), medtem ko za psihiatrijo predstavlja skrajni ukrep za izboljšanje zdravja⁴⁸⁸ in etično dolžnost skrbi za ranljive bolnike. R. Peele in P. Chodoff tako menita, da je ključen diskurz o nasprotujočih si vrednotah oz. etičnih konfliktih.⁴⁸⁹ V grobem lahko rečemo, da sta mednarodno implementirana dva (delno nasprotujoča si) modela regulacije neprostovoljnega psihiatričnega zdravljenja: a) medicinski model, ki zagovarja potrebo po zdravljenju kot zadostno osnovo za neprostovoljno intervenco, ter b) pristop, ki izhaja iz državljskih pravic (angl. *civil liberty-focused approach*) in temelji na človekovih pravicah ter dovoljuje neprostovoljno zdravljenje samo v primeru nevarnosti ali ogrožanja.⁴⁹⁰

Ugledna psihiatrična revija, *The Lancet Psychiatry*, je leta 2017 objavila obširen članek o prihodnosti psihiatrije,⁴⁹¹ ki med drugim naslavlja tudi prihodnost zakonodaj o duševnem zdravju. Avtorji članka ugotavljajo, da zakonodaje v svetovnem merilu bolje skrbijo za tveganja kot za zaščito pravic oseb z duševnimi motnjami, ter poudarjajo nujnost kontinuiranega prepriščevanja »pogodbe med psihiatrijo in družbo«, ki mora temeljiti na dokazih o dobri

⁴⁸² Salize in Dressing, 2011, 118; glej tudi European Union Agency for Fundamental Rights, 2012, 30-31; navedeno tudi v Koprivnik, 2020, 121.

⁴⁸³ Salize in Dressing, 2011, 118; navedeno tudi v Koprivnik, 2020, 121.

⁴⁸⁴ *Compulsory Admission and Involuntary Treatment of Mental Ill Patients – Legislation and Practice in EU-Member States* (Salize idr., 2002).

⁴⁸⁵ Salize idr., 2002, 148; navedeno tudi v Koprivnik, 2020, 121.

⁴⁸⁶ Salize idr., 2002, 148; navedeno tudi v Koprivnik, 2020, 121.

⁴⁸⁷ Kallert in Torres-Gonzalez, 2006, 13.

⁴⁸⁸ Peele in Chodoff, 2009, 212; navedeno tudi v Koprivnik, 2020, 121.

⁴⁸⁹ Peele in Chodoff, 2009, 212; navedeno tudi v Koprivnik, 2020, 121.

⁴⁹⁰ Salize in Dressing, 2011, 114-115; navedeno tudi v Koprivnik, 2020, 121.

⁴⁹¹ *The WPA-Lancet Psychiatry Commission on the Future of Psychiatry* (Bhugra idr., 2017, 775-818).

praksi.⁴⁹² Ugotavljajo tudi, da nismo dosegli konsenza o tem, kakšna naj bi bila zakonodaja o duševnem zdravju v naslednjem desetletju.⁴⁹³ Skrb za tveganja oz. nevarnost za družbo je po mnenju mnogih naredilo psihiatrijo bolj prisilno.⁴⁹⁴ Psihiatrija je samostojna stroka, pa vendar je izpostavljena družbenim pritiskom, moralni presoji in regulirana s strani zakonodaj. Napetosti med terapevtskimi cilji in socialno kontrolo nad potencialno nevarnimi posamezniki spremljajo psihiatrijo od nastanka stroke.⁴⁹⁵ Ustavno sodišče RS je leta 2003 (pet let pred sprejetjem ZDZdr) zapisalo takole:

*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 ter upoštevajoč ustrezne rešitve v primerljivih sodobnih evropskih zakonodajah.*⁴⁹⁶

D. Bhugra idr. izpostavljajo zgodovinski razvoj ciljev zakonodaj o duševnem zdravju v Veliki Britaniji: sprva je šlo le za umik duševno bolnih iz ulic, postopno se je zakonodaja razvijala v smeri zagotavljanja skrbi in nege za obolele, šele v zadnjih desetletjih pa se ukvarja z vprašanji zaščite pravic oseb z duševnimi motnjami.⁴⁹⁷

2.1 Kratek pogled v zgodovino psihiatričnih institucij – od varovanja do zdravljenja

Hude duševne motnje od Hipokrata (460–370 pr. n. št.) veljajo za medicinsko področje, torej za biološke v nastanku,⁴⁹⁸ pa vendar se je psihiatrija kot samostojna medicinska veda oblikovala šele pred dobrimi dvesto leti.⁴⁹⁹ Razsvetljenska misel je pripeljala do institucionalne nege in skrbi za duševno obolele.⁵⁰⁰ Dotelej so bili bolniki z duševnimi motnjami ločeni od preostale

⁴⁹² Bhugra idr., 2017, 775-776; navedeno tudi v Koprivnik, 2020, 121.

⁴⁹³ Bhugra idr., 2017, 797; navedeno tudi v Koprivnik, 2020, 121.

⁴⁹⁴ Bhugra idr., 2017, 795; navedeno tudi v Koprivnik, 2020, 121.

⁴⁹⁵ Bhugra idr., 2017, 788; glej tudi Adshead, 1999, 321; navedeno tudi v Koprivnik, 2020, 121.

⁴⁹⁶ Ustavno sodišče RS, Odločba U-I-60/03.

⁴⁹⁷ Bhugra idr., 2017, 791.

⁴⁹⁸ Milčinski, 1986a, 18-19.

⁴⁹⁹ Marneros, 2008, 1.

⁵⁰⁰ Shorter, 1997, 8.

družbe skupaj z obubožanimi, telesno bolnimi, ostarelimi in prestopniki oz. zaporniki.⁵⁰¹ Družba se je z azili sprva zavarovala pred »norci«, kakršnegakoli, vsaj delno uspešnega zdravljenja dolgo ni bilo. Bolniki so sprva veljali za nemoralne, obsedene z duhovi, kasneje za nerazumne, šlo je zgolj za njihov umik z ulic. Za začetnika sodobne psihiatrije velja zdravnik Philippe Pinel.⁵⁰² Leta 1793 je v Parizu zahteval uveljavitev načel svobode, enakosti in bratstva tudi za duševne bolnike, ki so vklenjeni v verigi hirali v temnicah in kletih.⁵⁰³ Azili so bili v uporabi vse od srednjega veka,⁵⁰⁴ koncept specializiranih ustanov za bolnike z duševnimi motnjami pa je vzniknil konec 18. stoletja, najprej v Italiji in Franciji.⁵⁰⁵ Psihiatrija je postala samostojna specialnost zaradi administrativnih pooblastil zdravnikom za vodenje velikih institucij, ki so varovale duševne bolnike, in ne zaradi svojih diagnostičnih in terapevtskih zmožnosti.⁵⁰⁶ Izraz *psihiatrija* je leta 1808 vpeljal nemški zdravnik J. C. Reil.⁵⁰⁷ Zagovarjal je nujno po novi medicinski disciplini (poleg kirurgije in farmacije – kasnejše interne medicine), ki bi se ukvarjala z bolniki z duševnimi motnjami,⁵⁰⁸ in zahteval kar najvišje standarde humanosti za bolnišnice za duševno bolne.⁵⁰⁹

Prostovoljni sprejemi v azile sprva niso bili mogoči, saj je veljalo prepričanje, da se bolniki z duševnimi motnjami ne morejo samostojno odločati.⁵¹⁰ Zgodovinsko gledano je prostovoljni sprejem na psihiatrični oddelek relativna novost. Škotski filozof J. S. Mill je sredi 19. stoletja zagovarjal neprostovoljno namestitev duševnih bolnikov v azile z namenom zaščite družbe pred njihovim potencialno nevarnim vedenjem, kar je leta 1859 opisal kot nevarnostni princip (angl. *the harm principle*).⁵¹¹ Svoj »zelo preprost princip« je opredelil tako: edini razlog, zaradi katerega lahko civilizirana družba uporabi prisilo nad posameznikom proti njegovi volji, je za preprečevanje škode drugim. Dobrobit posameznika, fizična ali moralna, ni zadosten razlog.⁵¹² Dodal je še pomembno pojasnilo, namreč, da navedeno velja le za *human beings in the maturity*

⁵⁰¹ Shorter, 1997, 5-6.

⁵⁰² Milčinski, 1986a, 20.

⁵⁰³ Appignanesi, 2008, 63-71.

⁵⁰⁴ Eden prvih azilov v Evropi je bil Bedlam v Londonu, leta 1403 (Shorter, 1997, 4-5).

⁵⁰⁵ Shorter, 1997, 9-10.

⁵⁰⁶ Robertson in Walter, 2014, 89.

⁵⁰⁷ Marneros, 2008, 1.

⁵⁰⁸ Marneros, 2008, 1.

⁵⁰⁹ Marneros, 2008, 2.

⁵¹⁰ Testa in West, 2010, 32.

⁵¹¹ Robertson in Walter, 2014, 89.

⁵¹² Mill, 2006, 15.

of their faculties. Tisti, ki niso samostojni in potrebujejo skrb drugih, morajo biti zaščiteni pred svojimi dejanji in pred škodljivimi zunanjimi vplivi.⁵¹³

Prvi azili v ZDA so bili zasebno financirani, družine so tja nameščale svoje bolne družinske člane,⁵¹⁴ družba se je z namestitvijo duševno bolnih zavarovala pred njihovim potencialno nevarnim vedenjem.⁵¹⁵ V Veliki Britaniji so prostovoljni sprejemi v azile postali možni leta 1930, ko je bil sprejet zakon *Mental Treatment Act*.⁵¹⁶

Ob koncu 19. stoletja so številni veliki zavodi v zahodnem svetu duševno obolelim že omogočali osnovno oskrbo. Pisali so se obsežni učbeniki in priročniki s klasifikacijami psihiatričnih fenomenov in sindromov, v veliki večini še danes veljavne bolezenske kategorije. Terapevtske možnosti na začetku 20. stoletja so bile še zelo omejene,⁵¹⁷ prve biološke metode poskusov zdravljenja duševnih motenj izvirajo prav iz tega obdobja, med najbolj znanimi so insulinsko komatozna terapija,⁵¹⁸ elektrokonvulzivna terapija⁵¹⁹ in psihokirurgija. Do petdesetih let prejšnjega stoletja je bilo znanje o zdravilih v psihiatriji omejeno na opiate in barbiturate, po letu 1950 pa govorimo o tako imenovanem tretjem obdobju razvoja psihiatričnih zdravil⁵²⁰ – prvi antipsihotik (klorpromazin) je bil odkrit v anesteziji, v psihiatrijo je prišel naključno. Leta 1952 je bil klorpromazin z dramatičnim uspehom uporabljen v psihiatriji pri agitiranih bolnikih z manijo.⁵²¹ Sledil je hiter razvoj psihotropnih zdravil, v samo osmih letih (1949–1957) je v klinično rabo prišlo več zelo pomembnih zdravil.⁵²² Haloperidol – eden najpomembnejših antipsihotikov, ki je še danes zdravilo s seznama obveznih zdravil, ki morajo biti dostopna v vseh državah sveta – je bil razvit leta 1953. Deset let kasneje je bil znan osnovni mehanizem delovanja zdravil, ki preprečujejo psihotične simptome. V poznih petdesetih je bil razvit tudi prvi antidepresiv (imipramin), povezava med depresijo in serotoninom je bila znana leta 1969, leto kasneje pa razvit verjetno najbolj znan antidepresiv – Prozac. Eno najstarejših zdravil v psihiatriji je litij, vse do danes stabilizator razpoloženja brez primere, katerega

⁵¹³ Mill, 2006, 15.

⁵¹⁴ Testa in West, 2010, 32.

⁵¹⁵ Testa in West, 2010, 32.

⁵¹⁶ Bhugra idr., 2017, 792.

⁵¹⁷ Milčinski, 1986a, 25-26.

⁵¹⁸ Vitorović, 1986, 443.

⁵¹⁹ Elektrokonvulzivna terapija v izpopolnjeni obliki je v večini svetovnih držav metoda izbora za zdravljenje nekaterih najtežjih duševnih motenj, med drugim katatonske shizofrenije in hude depresivne motnje (Koprivnik idr., 2017, 20).

⁵²⁰ Ban, 2001, 712-713.

⁵²¹ Kores Plesničar, 2007, 7; glej tudi Ban, 2001, 713.

⁵²² Ban, 2001, 713.

terapevtski učinki so bili znani leta 1948–49.⁵²³ Z razvojem uspešnih metod zdravljenja se je domot psihiatrije premaknil od varovanja in nege proti zdravljenju.⁵²⁴

Zlorabe psihiatrije v nacizmu in totalitarnih režimih so močno oslabile psihiatrično avtoriteto in dolgotrajno zmanjšale kredibilnost stroke.⁵²⁵ »Splošni povojni revalorizaciji vrednot včerajšnjega sveta«, tako prof. dr. L. Milčinski, »tudi psihiatrija ni ušla«.⁵²⁶ Socialna gibanja, ki so sicer bila aktivna vzporedno z razmahom učinkovitih terapevtskih pristopov zdravljenja najtežjih duševnih motenj, so psihiatrijo preglasila.⁵²⁷ Antipsihiatrično gibanje⁵²⁸ šestdesetih let prejšnjega stoletja, katerega jedro so tvorili tudi nekateri psihiatri (R. Laing, D. Cooper, T. Szasz in F. Basaglia), je vnovič problematiziralo temeljna vprašanja psihiatrije, za katera smo menili, da so že rešena – npr. ali je psihoza resničnost ali mit, s katerim družba zavaruje svoje institucije.⁵²⁹ T. Szasz je v ZDA leta 1961 izdal knjigo *Mit o duševnih motnjah*. Da je lahko absolutiziral človekovo avtonomijo, je moral zanikati obstoj duševnih motenj.⁵³⁰ Menil je, da je »protivoljno« zdravljenje bolnikov ne glede na situacijo povsem neetično, psihiatre pa je primerjal s policisti in pazniki v zaporih.⁵³¹ R. Laing je opisoval shizofrenijo kot nekakšno hipernormalno stanje (angl. *hypersanity*), višjo kvaliteto doživetij in življenja. Šlo je za romantično mistifikacijo ene najhujših duševnih motenj. Laing je razumel vlogo psihiatra kot nekakšnega vodiča ali spremljevalca skozi proces »norosti«, s čimer bi metode zdravljenja, kot so zdravlila, elektrokonvulzivna terapija in celo psihoterapija, postale nesmiselne.⁵³² Duševne motnje so za svoje politične cilje odkrili in uporabili tudi radikalni politiki leve. Vsem naj bi bil skupen protest proti avtoritetam, ki so vladale v institucijah. Duševno bolni so bili za radikalne politike zelo uporabni: prinesli so politične točke mednarodnih razsežnosti, saj so duševne bolnike predstavljali kot skupino ljudi, ki jo je potrebno osvoboditi, podobno kot »črnce, Latinoameričane in prebivalce tretjega sveta«.⁵³³ Skrajna leвица je podpirala

⁵²³ Kores Plesničar, 2007, 9.

⁵²⁴ Testa in West, 2010, 33.

⁵²⁵ Musto, 2009, 19.

⁵²⁶ Milčinski, 1986a, 29.

⁵²⁷ Peele in Chodoff, 2009, 226.

⁵²⁸ Konceptualna teorija več disciplin (predvsem pa sociologije in psihiatrije) je skovala besedo *antipsihiatrija* (Isaac in Armat, 1990, 21).

⁵²⁹ Milčinski, 1986a, 29.

⁵³⁰ Isaac in Armat, 1990, 33.

⁵³¹ Musto, 2009, 19.

⁵³² Isaac in Armat, 1990, 30.

⁵³³ Isaac in Armat, 1990, 26.

antipsihiatrično gibanje tudi zaradi nasprotovanja znanosti in tehnologijam. V takem političnem okolju se je zlahka razplamtela Laingova in Szaszova ideja neobstoja psihiatričnih motenj.⁵³⁴

Znanstvena dognanja sledečih desetletij o etiologiji shizofrenije in drugih hudih duševnih motenj so demantirala argumente o boleznih kot socialnih konstruktih, vendar s tem antipsihiatrično gibanje še dolgo ni zamrlo.⁵³⁵ Knjiga *Azili* E. Goffmana je bila vse od objave leta 1961 obvezno branje v praktično vseh socioloških šolah. Pri knjigi je šlo za projekt, ki ga je podprl ameriški *National Institute of Mental Health* (s kratico NIMH), šlo je za antipsihiatrično polemiko.⁵³⁶ Za Goffmana so bile psihiatrične ustanove škodljive totalne institucije, kot so to tudi vojska, koncentracijska taborišča, zapori in samostani.⁵³⁷ Četudi je psihiatrične institucije detaljno opisoval, rabe zdravil, ki so bila v ZDA v času nastajanja njegove knjige že v široki uporabi, sploh ne omenja. Zdravila ignorira, saj govorijo v prid medicinskemu modelu duševnih motenj, ki ga je v celoti zavračal.⁵³⁸ Na Goffmanovih interpretacijah institucij je temeljila deinstitucionalizacija na obeh straneh Atlantika.⁵³⁹ Podobno kot E. Goffman (sociolog) je tudi M. Foucault (filozof) objavljaval vplivna dela, ki so kritizirala (tudi psihiatrične) institucije.⁵⁴⁰

Ameriška antropologinja T. M. Luhrmann piše, da je bilo v intelektualnih krogih v šestdesetih in tudi še sedemdesetih letih 20. stoletja moderno govoriti o tem, da duševne motnje ne obstajajo. To naj bi po mnenju Luhrmannove radikalno antipsihiatrično gibanje sporočalo na precej krut način, Foucault pa bolj subtilno. Slednji je sicer priznaval obstoj duševnih motenj, ki pa jih je romantiziral. Luhrmannova pravi, da je poskus zaščite kronično duševno bolnih ljudi na način, da jih opredeljujemo zgolj kot drugačne, zgrešen liberalizem strašljivih razsežnosti za bolnike in njihove bližnje, ki so zaradi bolezni v stiski. Idejo, da so oboleli žrtve azilov, kjer naj bi zaradi okoliščin počasi ponoreli, Luhrmannova imenuje fantazija. V svoji študiji (od leta 1989 je opravila več kot štiri leta terenskega dela v ameriških psihiatričnih ustanovah) ugotavlja, da nikoli ni videla nikogar neprostovoljno zadržanega v bolnišnici, za katerega bi sama menila, da zadržanje v bolnišnici ne bi bilo potrebno. Je pa, nasprotno, videla nekaj psihotičnih bolnikov, ki niso bili sprejeti na zdravljenje.⁵⁴¹

⁵³⁴ Isaac in Armat, 1990, 26-27.

⁵³⁵ Musto, 2009, 19.

⁵³⁶ Isaac in Armat, 1990, 84.

⁵³⁷ Goffman, 1961, 16.

⁵³⁸ Isaac in Armat, 1990, 49.

⁵³⁹ Isaac in Armat, 1990, 84.

⁵⁴⁰ Musto, 2009, 19.

⁵⁴¹ Luhrmann, 2000, 9-12.

Do šestdesetih let 20. stoletja so ameriške zvezne države neprostovoljno zdravljenje utemeljevale zgolj na osnovi principa ugotovljenje potrebe po zdravljenju, v angleški literaturi *need for treatment principle*.⁵⁴² Psihiatrične bolnišnice so bile široko kritizirane, češ da so neučinkovite in ne omogočajo zdravljenja.⁵⁴³ Kot posledica gibanj za človekove pravice, katerih del je bilo radikalno antipsihiatrično gibanje, je J. F. Kennedy v ZDA leta 1963 podpisal zakon, ki je urejal zdravljenje duševnih bolnikov v skupnosti, torej izven institucij.⁵⁴⁴ Začelo se je obdobje deinstitutionalizacije, glorifikacije avtonomije in zahtevanja pravic posameznika. Washington DC je leta 1964 prvi sprejel novo zakonodajo o duševnem zdravju, leta 1969 mu je sledila Kalifornija: ob odločanju o neprostovoljnem zdravljenju bolnikov z duševno motnjo je v zakonodaji t. i. nevarnostni princip (angl. *dangerousness principle*) dobil prednost pred potrebo po zdravljenju.⁵⁴⁵ Zakoni o duševnem zdravju so v Ameriki absolutno favorizirali avtonomijo na način, da je postalo nesoglasno zdravljenje možno samo v primerih, v katerih je oboleli (zaradi svoje motnje) nekoga neposredno ogrožal. Posledice favoriziranja nevarnostnega principa, ki so sledile v naslednjih desetletjih, so onemogočile zdravljenje številnim hudo bolnim ljudem z duševno motnjo, ki ob bolezni niso bili neposredno nevarni. Proces deinstitutionalizacije v ZDA je sprožil tudi porast duševnih bolnikov med brezdomci in kriminalci.⁵⁴⁶

V Evropi so identični procesi potekali s približno desetletnim zamikom. Tehtanje med spoštovanjem človekovih pravic in zdravljenjem ter varnostjo javnosti ostaja kontroveržno. Odločanje psihiatrov o potrebi po zdravljenju je praviloma opredeljeno kot poseg v pravico do avtonomnega odločanja. Pretirano poudarjanje avtonomije bolnikov (neupoštevaje, da je ta pogosto bolezensko zmanjšana) lahko vodi v skrajno situacijo, ko ima bolnik »pravico«, da bolezensko propade ali celo umre.⁵⁴⁷

V Italiji je bil leta 1978 na pobudo izrazito socialno usmerjenega psihiatra F. Basaglie sprejet kontroverzen zakon o duševnem zdravju – t. i. *Zakon 180* (it. *Legge 180*). S tem zakonom so v Italiji odprli vrata vseh institucij, v katerih so dotlej duševni bolniki dolgotrajno bivali. Žal zakon ni bil dobro implementiran, spremembe v skupnosti niso sledile, zato je bilo za italijanske duševne bolnike veliko negativnih posledic, še posebej na jugu države. Bolniki so se vrnili k

⁵⁴² Testa in West, 2010, 32.

⁵⁴³ Testa in West, 2010, 33.

⁵⁴⁴ Testa in West, 2010, 33.

⁵⁴⁵ Testa in West, 2010, 33.

⁵⁴⁶ Testa in West, 2010, 35; Isaac in Armat, 1990, 106.

⁵⁴⁷ Salize idr., 2002, 2.

svojim družinam, ki so se različno dobro znašle v novi situaciji, veliko bolnikov se je podalo med brezdomec ali končalo v zaporu, praviloma zaradi nenasilnih kaznivih dejanj.⁵⁴⁸

Podobno kot liberalni politični krogi si je tudi razvijajoča se bioetika prizadevala za pravice duševnih bolnikov in si za cilj zadala zmanjšanje zlorab obolelih posameznikov. Kljub tisočletja starim etičnim principom v medicini so se skozi zgodovino v tej stroki dogajale nečloveške zlorabe. V drugi polovici 20. stoletja smo bili na vseh področjih medicine priča izjemnemu napredku v razumevanju bolezni in novih pristopov zdravljenja. Izpopolnjena tehnologija je omogočila dotlej neslutene posege v telo in življenje. Paternalistično usmerjena hipokratska tradicija ne daje zadostne opore pri razreševanju sodobnih dilem v medicini, kot jih predstavljajo vprašanja zasebnosti, raziskovalne etike, informiranega pristanka, javnega zdravja itd.⁵⁴⁹ Potreba po trdnih in univerzalnih etičnih principih generira konstanten razvoj biomedicinske etike. Pri vsakodnevnem delu z bolniki se srečujemo s težkimi etičnimi dilemami, kjer se odločitev včasih zdi ravno toliko pravilna, kot je tudi napačna. Tudi za biomedicinsko etiko je bila bistvenega pomena *Splošna deklaracija človekovih pravic*, ki vključuje pravico do življenja, prepoved diskriminacije in mučenja ter enakopravnost dostopa do zdravstvenih storitev.⁵⁵⁰ Zdravnik se ob diplomi zaveže, da bo pri svojem delu venomer upošteval *Ženevsko zaobljubo*, ki so jo kot temeljni dokument Svetovnega zdravniškega združenja zapisali leta 1948,⁵⁵¹ v bioetiki in medicini ji je sledila vrsta mednarodno zavezujočih kodeksov in konvencij. Svetovno psihiatrično združenje je leta 1977 sprejelo *Havajsko deklaracijo*,⁵⁵² ki v 5. členu opredeljuje tudi »protivoljno« zdravljenje: to je dovoljeno izključno takrat, ko bolnik zaradi narave svoje bolezni ne more sprejeti odločitve za zdravljenje in bi opustitev zdravljenja zelo verjetno vodila v škodo za bolnika ali druge.⁵⁵³ Vse od sedemdesetih let prejšnjega stoletja je informirani pristanek na zdravljenje ena osrednjih etičnih zahtev v medicini, zahteva po avtonomiji bolnika pa eno temeljnih načel.⁵⁵⁴ Pogosto zmanjšana avtonomija bolnikov ni edinstvena psihiatrična situacija, je pa v psihiatriji nedvomno bolj problematizirana.

⁵⁴⁸ Palermo, 1991, 100.

⁵⁴⁹ Beauchamp in Childress, 2013, 1.

⁵⁵⁰ *Splošna deklaracija človekovih pravic*, 1948.

⁵⁵¹ Musto, 2009, 21.

⁵⁵² Musto, 2009, 21; glej World Psychiatric Association, *Declaration of Hawaii*, 1977.

⁵⁵³ Bloch in Green, 2009, 518.

⁵⁵⁴ Beauchamp, 2009, 34.

Večina evropskih držav je izpeljala reformo zakonodaje o duševnem zdravju v osemdesetih in devetdesetih letih 20. stoletja,⁵⁵⁵ številne so zakonodajo odtlej tudi posodobile. Koncept tveganja (angl. *risk*), ki izhaja iz hude duševne motnje, je postal prominenten v zakonodaji v devetdesetih.⁵⁵⁶ Definicija koncepta tveganja je ohlapna, v medicinskem smislu se nanaša na verjetnost, da bo posameznik razvil duševno motnjo, medtem ko je v zdravstveni zakonodaji razumljen kot verjetnost, da je bolnik, ki ima diagnosticirano duševno motnjo, nevaren sebi ali drugim.⁵⁵⁷ Ocena tveganj in predvidevanje kompleksnih dogodkov, kot je to npr. samomor, je v psihiatriji problematično, dodatno zapleteno s pričakovanji družbe. G. Newton-Howes na primer meni, da bi bila zato v procesu zdravljenja in rehabilitacije pozornost na potrebah posameznikov ustrežnejša od pozornosti na tveganjih.⁵⁵⁸

Študija *Compulsory Admission and Involuntary Treatment of Mentally Ill Patients – Legislation and Practice in EU-Member States* je leta 2002 pokazala, da se evropske zakonodaje razlikujejo v kriterijih za sprejem brez privolitve, v tem, kdo o sprejemu odloča in kdaj, v dolžini neprostovoljnega zadržanja in zdravljenja, v sodnih postopkih, v katerih se odloča o upravičenosti neprostovoljnega zdravljenja, in še bi lahko naštevali.⁵⁵⁹ Velika odstopanja obstajajo tudi glede pooblastil za diagnosticiranje duševne motnje, ta so ponekod dodeljena tudi zdravnikom nepsihiatričnih specialnosti, npr. urgentnim zdravnikom.⁵⁶⁰ O zadržanju bolnikov ponekod odločajo tudi župani, socialni delavci, tožilci, sodniki.⁵⁶¹ Kar zadeva konsenz glede ekspertnega mnenja, sta pogosto potrebna dva strokovnjaka, na Finskem celo trije.⁵⁶² Skoraj vsi zakoni ločijo med kratkotrajnim zadržanjem in dolgotrajnejšim zadržanjem in zdravljenjem.⁵⁶³ Mnoge države ločeno urejajo zadržanje (varovanje) bolnika v bolnišnici in njegovo zdravljenje (aplikacijo zdravil).⁵⁶⁴ Zakoni vseh evropskih držav omogočajo pritožbo proti sklepu sodišča o neprostovoljnem zdravljenju, vendar samo nekatere države predvidevajo vključitev bolnikovega zakonitega zastopnika že v procesu odločanja o neprostovoljnem zdravljenju.⁵⁶⁵ Narok sodišča z zaslišanjem bolnika je večinoma nujen, izjema so Francija, Grčija in Finska.⁵⁶⁶

⁵⁵⁵ Salize idr., 2002, 147.

⁵⁵⁶ Bhugra idr., 2017, 794.

⁵⁵⁷ Bhugra idr., 2017, 794.

⁵⁵⁸ Newton-Howes, 2018, 14.

⁵⁵⁹ Salize idr., 2002, 1-163.

⁵⁶⁰ Salize idr., 2002, 24, 149.

⁵⁶¹ Salize idr., 2002, 151.

⁵⁶² Salize idr., 2002, 24.

⁵⁶³ Salize idr., 2002, 151.

⁵⁶⁴ Salize idr., 2002, 29, 152.

⁵⁶⁵ Salize idr., 2002, 25, 36.

⁵⁶⁶ Salize idr., 2002, 25.

Močno se razlikujejo tudi časovni okviri zadržanja bolnika na zdravljenju – tako je kratkoročno (v nujnem primeru) lahko od 24 ur (več držav) do deset dni (Belgija).⁵⁶⁷ Sklep sodišča na Danskem, Portugalskem, v Španiji in Franciji ni časovno opredeljen, kar zadeva dolžino dovoljenega neprostoVOLjnega zdravljenja, v ostalih državah variira od sedem dni (v Italiji) do največ dveh let (v Nemčiji).^{568, 569} Samo manjšina držav ima urejeno neprostoVOLjno zdravljenje tudi po odpustu iz bolnišnice (Belgija, Luksemburg, Švedska in Portugalska).⁵⁷⁰ V zadnjih dvajsetih letih so sicer nekatere evropske države nekoliko posodobile zakonodajo o duševnem zdravju, a brez poskusov poenotenja na evropski ravni.

Pred dobrim desetletjem (približno v času, ko so Združeni narodi izdali *Konvencijo o pravicah invalidov*) se je v Veliki Britaniji razvila živahna debata na temo potrebe po korenitejši spremembi zakonodaje o duševnem zdravju. Med drugim sta J. Dawson in G. Szmukler v članku na to tematiko izpostavila smiselnost enotne oz. integrirane zakonodaje, ki bi presekala dihotomijo telesnega in duševnega zdravja. Avtorja zagovarjata, da bi bilo učinkovitejše, predvsem pa manj diskriminatorno, če bi z enotno zakonodajo uredili področje vseh neprostoVOLjnih oziroma nesoglasnih zdravljenj. Na ta način bi se izognili tveganju avtomatskega povezovanja duševnih motenj z zmanjšano sposobnostjo sprejemanja odločitev (angl. *decision-making capacity*). Hkrati tak pristop priznava, da ima seveda tudi bolnik z nepsihiatričnimi (telesnimi) boleznimi lahko okvarjeno sposobnost sprejemanja odločitev, na osnovi česar lahko zavrača zdravljenje ali ne more podati informiranega pristanka. Postavitev kriterija sposobnosti sprejemanja odločitev (angl. *capacity*) v središče zakonodaje bi odvrnilo fokus od potencialne nevarnosti, ki je aktualno kriterij za neprostoVOLjno psihiatrično zdravljenje številnih zakonodaj.⁵⁷¹

Sposobnost sprejemanja odločitev o zdravljenju in bolnikova največja korist sta torej kriterija nekaterih modernih zakonodaj o duševnem zdravju, oba kriterija imata določena tveganja. Specifično je ocena največje koristi za bolnika z duševno motnjo pogosto predmet psihiatrove subjektivne presoje in vrednot, ki ne upošteva vedno nujno tudi bolnikovih preferenc.⁵⁷² Tudi sama psihiatrična stroka nima enotnega mnenja o tem, kakšna naj bi bila zakonodaja o

⁵⁶⁷ Salize idr., 2002, 27-28, 151.

⁵⁶⁸ Salize idr., 2002, 28.

⁵⁶⁹ Rok obveščanja sodišča, kot ga imamo v Sloveniji – štiri ure po sprejemu osebe v bolnišnico brez privolitve – je daleč najkrajši rok.

⁵⁷⁰ Salize idr., 2002, 31, 152-153.

⁵⁷¹ Dawson in Szmukler, 2006, 504-505.

⁵⁷² Bhugra idr., 2017, 795.

duševnem zdravju v prihodnje.⁵⁷³ Prevladuje načelno strinjanje o tem, da bi morala temeljiti na empiričnih dokazih o najprimernejši ureditvi,⁵⁷⁴ raziskave o neprostovoljnem zdravljenju pa so aktualno redke, nereprezentativne in metodološko vprašljive.⁵⁷⁵ Podatki so med sabo neprimerljivi tudi zaradi zelo različnih pristopov in sistemov oz. mreže zdravstvene oskrbe.

2.1.1 Na poti do aktualnega slovenskega *Zakona o duševnem zdravju*

Prof. dr. L. Milčinski navaja, da se prvi zapis o potrebi po zdravstveni ustanovi za »duševno abnormne« pri nas pojavi leta 1787, ko so v Ljubljani začeli preurejati samostan na Ajdovščini v splošno bolnišnico.⁵⁷⁶ »Blaznico« kot prizidek bolnišnice v obliki samostojnega oddelka so sezidali leta 1829.⁵⁷⁷ Milčinski ocenjuje, da so potrebe po bolniških posteljah očitno naraščale, saj so se že leta 1841 pojavili načrti o gradnji ločene bolnišnice zunaj Ljubljane, ki pa so bili zaradi revolucije leta 1848 odloženi.⁵⁷⁸ Primarij dr. K. Bleiweis je leta 1878 objavil brošuro z naslovom *Blaznice (norišnice), kakršne morajo biti, in kaj je njih namen*, tri leta kasneje, leta 1881, je bil odprt samostojni oddelek za duševno bolne na Studencu⁵⁷⁹ (današnja Univerzitetna psihiatrična klinika Ljubljana). Za bolnike s psihiatričnimi obolenji so ob koncu 19. stoletja skrbeli tudi v hiralnicah, ki so imele vlogo psihiatričnega azila.⁵⁸⁰ Do leta 1932 je za zdravje slovenskih duševnih bolnikov skrbela le državna bolnišnica na Studencu,⁵⁸¹ tik pred drugo svetovno vojno pa so bili v Sloveniji štirje psihiatrični zavodi.⁵⁸² Eno izmed ustanov, bolnišnico v Novem Celju, so Nemci med drugo svetovno vojno izpraznili za vojaške potrebe.⁵⁸³ Po drugi svetovni vojni je bila potrebna popolna rekonstrukcija psihiatrične službe.⁵⁸⁴ Slovenska psihiatrija pod vodstvom prof. dr. J. Kanonija je tako v psihiatrično bolnišnico spremenila nekdanjo kaznilnico (Poljanski nasip v Ljubljani), staro graščino in kaznilnico (Begunje na

⁵⁷³ Bhugra idr., 2017, 797.

⁵⁷⁴ Bhugra idr., 2017, 797.

⁵⁷⁵ Kallert idr., 2008, 195-207.

⁵⁷⁶ Milčinski, 1986a, 29.

⁵⁷⁷ Milčinski, 1986a, 30.

⁵⁷⁸ Milčinski, 1986a, 30.

⁵⁷⁹ Milčinski, 1986a, 30.

⁵⁸⁰ Videc, 2009, 15.

⁵⁸¹ Videc, 2009, 13.

⁵⁸² Milčinski, 1986a, 30.

⁵⁸³ Milčinski, 1986a, 31-32.

⁵⁸⁴ Milčinski, 1986a, 31-32.

Gorenjskem), vojašnico (Idrija) in nekdanjo hiralnico Vojnik.⁵⁸⁵ Te ustanove so sodile med socialne inštitucije, ki so leta 1954 prešle na samoupravljanje in samofinanciranje, posledično so o sprejemu oskrbovancev odločale same.⁵⁸⁶ Psihija sicer še vsaj dve desetletji ni bila povsem samostojna stroka, pač pa je delovala v okviru nevropsihiatrije (preden sta se dokončno razcepili nevrologija in psihija).

V Sloveniji je bilo neprostovoljno psihiačno zdravljenje do sprejetja aktualnega ZDZdr leta 2008 urejeno v *Zakonu o zdravstveni dejavnosti* (ZZDej, 49. člen) in *Zakonu o nepravdnem postopku* (ZNP, 70.-81. člen). Slednji je bil v veljavi od 1986 in je predpisal način sodne kontrole upravičenosti neprostovoljne hospitalizacije.⁵⁸⁷ Po razpadu Jugoslavije Slovenija v urejanju neprostovoljnega psihiačnega zdravljenja sprva ni sledila naprednejšim evropskim zakonodajam.⁵⁸⁸

49. člen ZZDej je določal takole: »Bolnika, ki zaradi duševne bolezni ogroža svoje življenje ali življenje drugih ljudi ali povzroča veliko škodo sebi ali drugim, je mogoče napotiti in sprejeti na zdravljenje v psihiačno bolnišnico tudi brez njegove privolitve.«⁵⁸⁹

ZNP je v 70. členu določal materialnopravne pogoje za zdravljenje oseb v psihiačnih bolnišnicah brez njihove privolitve:

*V postopku o pridržanju oseb v psihiačnih zdravstvenih organizacijah ali v drugih organizacijah ali oddelkih organizacij, ki so namenjeni psihiačnim bolnikom, odloča sodišče o pridržanju osebe v zdravstveni organizaciji v zaprtem oddelku, če je zaradi narave duševne bolezni ali duševnega stanja osebe nujno potrebno, da se ji omeji svoboda gibanja ali preprečijo stiki z zunanjim svetom, ker ogroža svoje življenje ali življenje drugih ljudi, ali povzroča hudo škodo sebi ali drugim.*⁵⁹⁰

ZNP je poznal le en tip postopka neprostovoljne hospitalizacije, po katerem je psihiačna bolnišnica prisilno pridržala bolnika, nato pa se je po uradni dolžnosti izvedel postopek sodne kontrole.⁵⁹¹ Večina tujih pravnih sistemov je takrat že razlikovala med več načini

⁵⁸⁵ Videc, 2009, 24-25.

⁵⁸⁶ Videc, 2009, 22.

⁵⁸⁷ Žmitek, 2009, 6; glej tudi Gorjup, 2011, 17-22.

⁵⁸⁸ Gorjup, 2011, 11.

⁵⁸⁹ Čelofiga, 2009, 2.

⁵⁹⁰ Čelofiga, 2009, 2.

⁵⁹¹ Gorjup, 2011, 40.

neprostoprovoljnega zdravljenja,⁵⁹² kot bomo videli v nadaljevanju (in kot to danes omogoča tudi ZDZdr, ki je razveljavil predhodne člene ZNP).

Ustavno sodišče RS je v Odločbi leta 2003 odločilo, da so bile določbe 70. do 81. člena ZNP v neskladju z *Ustavo*. Odločilo je, da je potrebno (do odprave omenjene neskladnosti) osebam, ki so pridržane v psihiatričnih zdravstvenih organizacijah, zagotoviti postavitve zagovornika po uradni dolžnosti, in da mora obvestilo o pridržanju, ki ga je pooblaščen oseba zdravstvene organizacije dolžna poslati sodišču, vsebovati tudi razloge, ki utemeljujejo nujnost pridržanja.⁵⁹³ Po odločbi Ustavnega sodišča so se prizadevanja za sprejetje zakona o duševnem zdravju, ki so se sicer začela na zahtevo Ministrstva za zdravje že leta 1995, okrepila,⁵⁹⁴ kljub temu je do sprejetja novega zakona minilo še pet let. Od pobude za sprejetje zakona do dejanskega sprejetja ZDZdr je skupno minilo petnajst let.⁵⁹⁵

Psihiatrijo so torej splošni predpisi, veljavni za zdravstvo, do nedavnega urejali pomanjkljivo. ZDZdr je bil zaradi nasprotovanj med medicinskimi in pravnimi strokovnjaki sprejet šele po petnajst letih medsebojnih usklajevanj, strokovni kolegij za psihiatrijo je kar nekajkrat podal veto na zakonske predloge.⁵⁹⁶ Enega od »problemov«⁵⁹⁷ psihiatrične stroke je predstavljalo dejstvo, da se je sprejemal poseben zakon o duševnem zdravju. Vprašanje potrebe po posebnem zakonu za *duševno* zdravje, ki področje razlikuje od *telesnega* v smislu preživete dihotomije med telesnim in duševnim v medicini, odpira vprašanja nepotrebne stigme in diskriminacije, ki bi se jim z enotno zdravstveno zakonodajo lahko izognili. Prav to kot argument za enotno zdravstveno zakonodajo navajajo predvsem britanski avtorji na primeru *t.i. fusion law*⁵⁹⁸ pristopa.⁵⁹⁹ Prof. dr. M. Z. Dernovšek, psihiatrinja, ki je sodelovala pri snovanju ZDZdr, pravi, da je zakon v primerjavi z nekaterimi drugimi v Evropi restriktivnejši, ker je pač novejši. Izpostavlja tudi pomen pravne varnosti za izvajalce (psihiatre), ki jo zakon vsebuje.⁶⁰⁰ Zakon, kakršenkoli že, seveda ne rešuje psihiatrije etičnih dilem v konkretnih kliničnih primerih.

⁵⁹² Gorjup, 2011, 40.

⁵⁹³ Ustavno sodišče RS, Odločba U-I-60/03; glej tudi Čelofiga, 2009, 5.

⁵⁹⁴ Gorjup, 2011, 2.

⁵⁹⁵ Mager, 2008.

⁵⁹⁶ Gorjup, 2011, 2.

⁵⁹⁷ Žmitek, 2010, 537.

⁵⁹⁸ Več o t. i. *fusion law* sledi v podpoglavju 2.2.2.

⁵⁹⁹ Dawson in Szmukler, 2006, 504; Szmukler in Kelly, 2016, 45; Lynch idr., 2017, 354.

⁶⁰⁰ Mager, 2008.

Preden se posvetim natančni primerjavi različnih utemeljitev neprostovoljnega zdravljenja v evropskih nacionalnih zakonodajah, želim strniti misli o (zelo hitro) prehojeni poti razvoja psihiatrije in z njo razumevanja duševnih motenj. Razvoj psihiatrije seveda ni bil izoliran od družbenega dogajanja, nasprotno, vse od nastanka stroke psihiatrijo spremljajo napetosti med (lastnimi) terapevtskimi cilji in pričakovanji družbe v smislu socialne kontrole nad potencialno nevarnimi posamezniki. Zakone o duševnem zdravju pogosto opisujejo kot »pogodbo med psihiatrijo in družbo«,⁶⁰¹ kar ni najprimernejši izraz, saj namiguje, da ima psihiatrija svoje interese, ki se razlikujejo od tistih, ki jih ima družba. Zakon o duševnem zdravju pravzaprav poskuša opredeliti najboljši možni prispevek psihiatrije k temeljnim družbenim vrednotam. Ključno je kontinuirano prevpraševanje zakonske ureditve, ki mora temeljiti na dokazih o dobri praksi (glej D. Bhugra idr., 2017). Razvoj zakonodaje o duševnem zdravju, ki ureja tudi moment neprostovoljnega zdravljenja, so ZDA začele kako desetletje pred Evropo, v šestdesetih letih prejšnjega stoletja. V luči glorifikacije avtonomije posameznika je predhodno uveljavljeno načelo potrebe po zdravljenju nadomestil nevarnostni princip. To je vodilo v nedostopnost zdravljenja za številne huje bolne posameznike, ki nikomur niso bili nevarni. Evropsko poročilo o različnih praksah iz leta 2002 poroča o dveh, delno nasprotujočih si implementiranih modelih regulacije neprostovoljnega zdravljenja v evropskih nacionalnih zakonodajah: medicinskem modelu (ki izhaja iz bolnikove potrebe po zdravljenju) in modelu, ki izhaja iz državljanjskih pravic (in dovoljuje neprostovoljno zdravljenje le v primeru nevarnosti ali ogrožanja). Že nekaj let po objavi omenjenega poročila se je v Angliji pojavila pobuda za korenitejšo spremembo zakonodaje v smeri poenotenja zakonov za telesno in duševno zdravje. V nadaljevanju (kot bomo videli kasneje npr. na severnoirskem primeru) sta mesto v zakonodajah dobila kriterija oškodovane sposobnosti za sprejemanje odločitve o zdravljenju in bolnikova največja korist.

Tudi psihiatrična stroka sama ni enotnega mnenja, kakšna naj bi bila zakonodaja o duševnem zdravju (ki seveda ne ureja zgolj momenta neprostovoljnega zdravljenja). Prevladuje pa načelno strinjanje o tem, da bi morala temeljiti na empiričnih dokazih o najprimernejši ureditvi (D. Bhugra idr., 2017). V luči epidemiološke pomembnosti vprašanja, stopnje posega v človekove pravice in stopnje javnega zavedanja ostaja kontroveržno, da je bolnik z duševno motnjo v vsaki evropski državi obravnavan (pomembno) drugače. Razlike so rezultat različnih kulturnih in pravnih tradicij v odnosu do duševnih motenj, pa tudi različnih tradicij zdravljenja

⁶⁰¹ Glej npr. Bhugra idr., 2017, 776.

(zdravstvenih sistemov in mrež). Našteto ovira načrtovanje metodološko trdnih, etično sprejemljivih in primerjalnih empiričnih raziskav, ki bi generirale model najboljše prakse.

2.2 Različne utemeljitve neprostovoljnega zdravljenja v evropskih nacionalnih zakonodajah

Raziskovalno poročilo EK iz leta 2002 navaja, da morajo odločitve o neprostovoljnih ukrepih v psihiatriji iskati ravnotežje med najmanj tremi, pogosto nasprotujočimi si, interesi: a) človekovimi pravicami obolelih, b) javno varnostjo in c) potrebo po zagotavljanju primernega zdravljenja obolelih.⁶⁰² Pravzaprav je točka c) vključena v točko a), saj je pravica do zdravja tudi človekova pravica, zato bi bilo ustrežnejše reči, da morajo ukrepi v psihiatriji uravnotežati med: a) človekovimi pravicami obolelih in b) javno varnostjo, kar zagovarjam v tej disertaciji.

Pri neprostovoljnem sprejemu bolnika v bolnišnico se srečata dve zelo različni stroki – medicinska in pravna. Psihiatrija kot veja medicine se ukvarja s prepoznavanjem duševnih bolezni, ocenjevanjem stopnje njihove izraženosti in zdravljenjem, medtem ko pravo presoja upravičenost odvzema prostosti z namenom zdravljenja⁶⁰³ (torej upravičenost hospitalizacije brez privolitve). Iz mednarodne primerjave med kliničnimi in pravnimi praksami neprostovoljnega psihiatričnega zdravljenja v evropskih državah izhajata dva predominantna modela: medicinski in pravni.⁶⁰⁴ Prvi, ki je v uporabi npr. na Švedskem, v Italiji in Grčiji, privzema neprostovoljno hospitalizacijo kot zdravstveni poseg ali proceduro, ki jo pravni sistem kontrolira. Drugi (angl. *civil liberty-focused approach*⁶⁰⁵), v veljavi npr. v Nemčiji in Španiji, v zakonodaji izhaja iz osebne svobode, v katero lahko poseže le sodna odločitev, pristojnosti zdravstvenega osebja pa zgolj sledijo sodni odločitvi.⁶⁰⁶ Kritiki medicinskega modela izpostavljajo dva glavna problema: a) duševne motnje niso vedno bolezenska stanja (izpostavljajo npr. duševno manjrazvitost) in b) medicinski model naj bi bil preveč redukcionističen ter naj ne bi zadostno upošteval nezdravstvenih težav ljudi.⁶⁰⁷ Težave oseb z duševnimi motnjami niso samo medicinske – vključujejo tudi socialne, kulturne in okoljske

⁶⁰² Salize idr., 2002, 2.

⁶⁰³ Šubic in Žmitek, 2016, 35; Salize in Dressing, 2011, 114-115.

⁶⁰⁴ Salize in Dressing, 2011, 114-115.

⁶⁰⁵ Salize in Dressing, 2011, 114-115.

⁶⁰⁶ Fiorillo idr., 2011, 204.

⁶⁰⁷ Bartlett idr., 2007, *Note on the Language and Terminology*.

dejavnike.⁶⁰⁸ Glede na to, da gre za epidemiološko pomembno in globalno problematiko, so različne prakse presenetljive. Po drugi strani neprostovoljno psihiatrično zdravljenje ni edino področje v medicini, kjer se prakse med državami razlikujejo. Če vzamemo za primer vprašanje evtanazije, se mnenja v zdravstveni stroki (predvsem vprašanje etičnosti) lahko diametralno razlikujejo – večina držav evtanazijo zavrača, določene so do tega vprašanja nekako nevtralne (v kolikor je to možno), tretje pa evtanazijo pod določenimi pogoji sprejemajo in zakonsko urejajo.⁶⁰⁹

Še leta 2011 je le 59 odstotkov svetovnega prebivalstva živel v državah, ki imajo zdravstveno zakonodajo o duševnem zdravju; v 15 odstotkih je bila zakonodaja nespremenjena od leta 1970, v 42 odstotkih držav je bila prenovljena po letu 2005⁶¹⁰ (tako tudi v Sloveniji).

Nemška raziskovalca, A. Riecher-Rössler in W. Rössler, sta leta 1993 objavila prvo mednarodno primerjavo praks in opozorila na velika odstopanja med številom neprostovoljno zdravljenih bolnikov s hudo duševno motnjo, tako med državami, pa tudi med regijami znotraj držav.⁶¹¹ Opozorila sta na problem definicij in različnih zdravstvenih sistemov, na manjkajoče sistematično zbrane podatke, predvsem pa na različne kriterije oz. pogoje za neprostovoljno zdravljenje v zakonih o duševnem zdravju.⁶¹² Švica in Švedska sta imeli posebej visoke kvote neprostovoljno zdravljenih psihiatričnih bolnikov. V Švici je bilo neprostovoljno zdravljenje utemeljeno z bolnikovim verjetnim interesom zdravljenja, ne da bi bil bolnik sebi ali drugim neposredno nevaren, tudi na Švedskem je bilo neprostovoljno zdravljenje utemeljeno s prisotnostjo bolezni in z bolnikovo nezmožnostjo, da poskrbi sam zase.⁶¹³ V primerjavi z omenjenima državama v Nemčiji v začetku devetdesetih let prejšnjega stoletja zdravljenje zgolj z utemeljitvijo potrebe po zdravljenju ni bilo možno.⁶¹⁴ Zgodovinski razlogi, predvsem izkušnja druge svetovne vojne, so gotovo imeli veliko vlogo pri oblikovanju zakonodaje, ki je izhajala iz nevarnosti zaradi prisotne duševne motnje, posameznikova svoboda je posledično veljala kot najvišja maksima, četudi že Riecher-Rössler in Rössler izpostavljata problematiko nezadostne skrbi za interes in zdravje obolelih v luči zasledovanja nevarnostnega principa.⁶¹⁵ Avtorja študije sta zaključila, da ima prav zakonodaja ključno vlogo tako glede števila neprostovoljno

⁶⁰⁸ Bartlett idr., 2007, *Note on the Language and Terminology*.

⁶⁰⁹ Williams, J. R., 2016, 25.

⁶¹⁰ Szmukler in Bach, 2015, 3.

⁶¹¹ Riecher-Rössler, 1993, 231.

⁶¹² Riecher-Rössler, 1993, 231-233.

⁶¹³ Riecher-Rössler, 1993, 233.

⁶¹⁴ Riecher-Rössler, 1993, 233.

⁶¹⁵ Riecher-Rössler, 1993, 235.

zdravljenih psihiatričnih bolnikov, kot tudi glede karakteristik bolnikov, zdravljenih brez soglasja.⁶¹⁶

S finančno podporo EK se je leta 2000 začel že omenjeni raziskovalni projekt *Compulsory Admission and Involuntary Treatment of Mentally Ill Patients*, ki je služil zbiranju, primerjavi in analizi podatkov o podobnostih in razlikah v pristopu k neprostovoljnemu zdravljenju bolnikov z duševnimi motnjami v državah članicah EU.⁶¹⁷ Poročilo raziskovalnega projekta je zelo obsežno, žal pa ne vključuje nobene od vzhodnoevropskih držav.⁶¹⁸ Z izjemo Grčije, Italije in Španije so imele v študijo vključene evropske države za duševno zdravje ločeno zakonodajo,⁶¹⁹ Nemčija, Velika Britanija in Danska pa celo več »regionalnih« zakonov o duševnem zdravju.⁶²⁰ Vsem zakonom je za neprostovoljno psihiatrično zdravljenje skupen pogoj prisotnost duševne motnje,⁶²¹ ki je opredeljena precej neenotno: večinoma ni specificirana z diagnostično kategorijo, ampak opredeljena kot duševna motnja oz. bolezen. Najpogostejši tip duševne motnje, ki ga kot zadosten pogoj neprostovoljnega zdravljenja specifično izpostavljajo določene zakonodaje, je psihoza.⁶²²

Da so velika odstopanja v številu neprostovoljno zdravljenih bolnikov v psihiatriji posledica različnih zakonodaj, ki to področje urejajo, poročila potrjujejo že desetletja. H. J. Salize in H. Dressing navajata enormna odstopanja – od 6 do 218 neprostovoljnih hospitalizacij na 100.000 prebivalcev.⁶²³ Reforme na področju duševnega zdravja so v drugi polovici 20. stoletja vodile v deinstitucionalizacijo v zahodni Evropi, zmanjšale so se kapacitete v institucijah, v katerih so psihiatrični bolniki dolgotrajno bivali, širila se je mreža izveninstitucionalne pomoči (zdravljenje v skupnosti).⁶²⁴ Medtem ko je število hospitaliziranih bolnikov med 1990 in 2002 sicer padalo, pa so se pojavile večje potrebe po forenzičnih kapacitetah, nadzorovani obravnavi, večje število psihiatričnih bolnikov je bilo tudi v zaporih – v smislu novega trenda »re-institucionalizacije«.⁶²⁵ S. Priebe idr. so analizirali število bolnišničnih postelj v devetih

⁶¹⁶ Riecher-Rössler, 1993, 235.

⁶¹⁷ Salize idr., 2002, 12.

⁶¹⁸ V raziskavo so bile vključene Avstrija, Belgija, Danska, Finska, Francija, Nemčija, Irska, Luksemburg, Nizozemska, Portugalska, Švedska, Velika Britanija, Grčija, Italija in Španija.

⁶¹⁹ Salize idr., 2002, 18.

⁶²⁰ Salize idr., 2002, 19.

⁶²¹ Salize idr., 2002, 22.

⁶²² Tako npr. na Danskem in v nekaterih zveznih zakonih Nemčije (Salize idr., 2002, 22-23).

⁶²³ Salize in Dressing, 2004, 166.

⁶²⁴ Priebe idr., 2008, 570.

⁶²⁵ Priebe idr., 2008, 570.

zahodnoevropskih državah⁶²⁶ med letoma 2002 in 2006. Vzhodnoevropske države niso bile vključene v raziskavo, ker v desetletju pred študijo niso imele večjih reform s ciljem deinstitucionalizacije, in so (kot tudi Slovenija) v tem smislu zaostajale za razvojem zakonodaj v zahodnoevropskih državah.⁶²⁷ Ugotavljali so, da so se bolnišnične kapacitete v večini držav zmanjšale, ne pa tudi v Nemčiji in na Nizozemskem. V šestih državah se je povečalo število neprostovoljno zdravljenih bolnikov, v treh je upadlo. V šestih izmed devetih držav je porastlo število bolnikov na forenzičnih enotah. Z izjemo Irske in Švice se je v vseh državah povečalo tudi število bolnikov v nadzorovani obravnavi (v domačem okolju).⁶²⁸

Na prelomu tisočletja smo torej kljub reformam zdravstvenih zakonodaj s ciljem deinstitucionalizacije psihiatričnih bolnikov v številnih državah⁶²⁹ zaznali na prvi pogled paradoksen porast števila neprostovoljno zdravljenih psihiatričnih bolnikov. Večje število neprostovoljno hospitaliziranih bolnikov je bilo uravnoteženo s spremembami mreže pomoči, širjenjem izvenbolnišničnih kapacitet oskrbe in z nadzorovano obravnavo v skupnosti, ki so pomembno prispevali h krajšanju trajanja hospitalizacij sicer pogostejših sprejemov.⁶³⁰ Proces deinstitucionalizacije je bil okoli preloma tisočletja tudi v Sloveniji tema strokovnih debat. Vsebuje tri pomembne elemente: a) povečano odpuščanje bolnikov iz bolnišnic, b) zmanjšano sprejemanje bolnikov v bolnišnice in c) razvoj novih služb v skupnosti.⁶³¹ Brez širjenja izvenbolnišnične mreže zdravstvene oskrbe torej ni mogoče razmišljati o manjšem številu hospitalnih obravnav.

Pristop neprostovoljnega zdravljenja v skupnosti oz. domačem okolju (angl. *compulsory community treatment*, tudi *involuntary supervised community treatment*) poznajo le nekatere države. Tovrstno zdravljenje pri nas imenujemo nadzorovana obravnava, ki smo jo že omenili (NO). O neprostovoljnem zdravljenju v obliki NO so v psihiatrični stroki po svetu mnenja neenotna, tako glede učinkovitosti kot glede etične utemeljenosti.⁶³² Vsekakor gre za milejši poseg v pravico do prostosti, kot ga predstavlja neprostovoljna hospitalizacija kot skrajna intervencija, ni pa tak pristop primeren za zdravljenje vseh hudih duševnih motenj, ki zahtevajo

⁶²⁶ V študijo so bile vključene Avstrija, Danska, Anglija, Nemčija, Irska, Italija, Nizozemska, Španija in Švica. Avtorji so med omejitvami študije izpostavljali tudi pomanjkanje sistematično zbranih podatkov iz nekaterih večjih zahodnoevropskih držav (npr. Francije) in dejstvo, da vzhodnoevropske države niso bile vključene v študijo (Priebe idr., 2008, 570-571).

⁶²⁷ Priebe idr., 2008, 571.

⁶²⁸ Priebe idr., 2008, 571.

⁶²⁹ Tako v Nemčiji, Franciji, Avstriji, Angliji, na Švedskem in na Finskem (Salize in Dressing, 2004, 166).

⁶³⁰ Salize in Dressing, 2004, 166.

⁶³¹ Žmitek, 2001, 576-577.

⁶³² Lawton-Smith idr., 2008, 96-100.

neprostovoljno ukrepanje. V zvezi s tem je bilo opravljenih nekaj manjših študij stališč psihiatrov, ki so pokazale na deljena mnenja psihiatrične stroke o smiselnosti in dopustnosti tovrstne neprostovoljne obravnave.⁶³³ Študije uspešnosti takih načinov zdravljenja so zelo težko izvedljive – zaradi številnih psihosocialnih dejavnikov in različnih modelov pomoči v domačem okolju, poleg tega študije praviloma primerjajo neprostovoljno in prostovoljno zdravljene bolnike. Pregledna študija medicinske baze podatkov *Cochrane* je prepričljivo potrdila samo eno prednost neprostovoljnega zdravljenja v skupnosti (kot je to naša NO), namreč, da so bolniki, zdravljeni na ta način, manj pogosto žrtve nasilja.⁶³⁴ Pomemben cilj zdravljenja v skupnosti (v skrajni obliki neprostovoljnega) je preprečevanje pogostih rehospitalizacij kroničnih bolnikov, ki opuščajo zdravljenje.⁶³⁵ Nov pristop v zdravljenju generira nove etične dileme, ki so jih nove prakse ob implementaciji zanemarjale, gre predvsem za vprašanja zasebnosti, zaupnosti, prisile in konfliktnih dolžnosti (do bolnika in do drugih – predvsem svojcev, katerih sodelovanje je pri tej obliki zdravljenja ključno).⁶³⁶

EK je finančno podprla tudi mednarodno primerjavo neprostovoljnih kliničnih in pravnih praks v trinajstih državah – dvanajstih evropskih in Izraelu.⁶³⁷ Projekt EUNOMIA⁶³⁸ je potekal med letoma 2003 in 2006,⁶³⁹ izhajal pa je iz neobstoječih evropskih smernic ali standardov dobre prakse v primeru neprostovoljnega zdravljenja, tako v kliničnem kot v pravnem smislu. Omenjeno je v tenziji s sicer pomembnim ciljem EU, da standardizira tako zdravljenje kot bivanjske pogoje v državah članicah.⁶⁴⁰ Medtem ko je incidenca hudih duševnih motenj, kot sta shizofrenija in bipolarna motnja, v globalnem smislu primerljiva (pojavnost je stabilna), pa se države med sabo pomembno razlikujejo npr. v incidenci samomorov oz. pogostnosti samomorilnega vedenja, torej ne samo v zakonodajnih rešitvah. Stopnje pojavnosti samomorilnega vedenja so med regijami, vključenimi v projekt EUNOMIA, variirale do 20-krat za moške in do 10-krat za ženske (najnižje so bile v Grčiji, Italiji, na Slovaškem in v Angliji

⁶³³ Romans idr., 2004, 838-840.

⁶³⁴ Kisley idr., 2017.

⁶³⁵ Szmukler, 2009, 453.

⁶³⁶ Szmukler, 2009, 453.

⁶³⁷ Raziskovalni projekt EUNOMIA je prvič vključeval tudi nekatere vzhodnoevropske države. V projekt je bilo vključenih trinajst centrov v dvanajstih državah: v Nemčiji, v Bolgariji, na Češkem, v Grčiji, v Italiji, v Litvi, na Poljskem, na Slovaškem, v Španiji, na Švedskem, v Veliki Britaniji (London) in v Izraelu (Kallert idr., 2005, 168).

⁶³⁸ Kratica EUNOMIA označuje projekt *European Evaluation of Coercion in Psychiatry and Harmonization of Best Clinical Practices* (Kallert idr., 2005).

⁶³⁹ Kallert idr., 2005, 168-172; glej tudi Kallert in Torres-Gonzalez, 2006.

⁶⁴⁰ Kallert idr., 2005, 168.

ter najvišje v Litvi).^{641, 642} V študijo zajeta področja so imela tudi precejšnja odstopanja v socio-demografskih in ekonomskih značilnostih. Med državami članicami se močno razlikujejo tudi mreže zdravstvene oskrbe.⁶⁴³

A. Fiorillo idr. so leta 2011 vsem razlikam navkljub objavili priporočila za klinično prakso, ki izhajajo iz rezultatov raziskovalnega projekta EUNOMIA. Neprostopvoljna psihiatrična hospitalizacija je tako primeren terapevtski ukrep samo, kadar: a) ima bolnik hudo duševno motnjo, b) obstaja potreba po hospitalni intervenciji in c) se bolnik z zdravljenjem ne strinja.⁶⁴⁴ Priporočilo samo torej govori o potrebi po hospitalni intervenciji, ne pa tudi specifično nevarnosti, ki izhaja iz duševne motnje. Napisano je zelo ohlapno. Pa vendar avtorji v nadaljevanju poudarjajo pomen ravnanja v skladu z veljavno nacionalno zakonodajo in upoštevanja potrebnih dodatnih kriterijev – npr. nevarnosti.⁶⁴⁵ Razlike med praksami v različnih državah raziskovalcem in klinikom onemogočajo formuliranje specifičnih smernic, predstavljajo pa ključno izhodišče za diskusijo na ravni oblikovanja zakonodaj.⁶⁴⁶

Večina med dvanajstimi evropskimi državami, vključenimi v raziskovalni projekt EUNOMIA, ima v zakonih predvideni dve poti za neprostopvoljno zdravljenje: a) redni (angl. *regular procedure*) in b) nujni postopek.⁶⁴⁷ Zakonodajalci preferirajo redni postopek, nujni naj bi urejal izjemne primere.⁶⁴⁸ S kliničnega vidika je potreba po zdravljenju veliko pogostejše urgentne narave (torej nujno). Dejstvo, da je večina postopkov v državah nujnih (in ne rednih), je klinična realnost. Hitrih oz. nujnih postopkov naj bi bilo v Evropi osemdeset odstotkov.⁶⁴⁹ Podobno je tudi v Sloveniji.⁶⁵⁰ ZDZdr v besedilu najprej opredeljuje sprejem po sklepu sodišča (torej redni postopek),⁶⁵¹ v nadaljevanju pa sprejem v nujnem primeru.⁶⁵² Kriteriji za sprejem so v nasprotju z nekaterimi evropskimi državami (npr. Francije⁶⁵³) v obeh primerih enaki. Za oris slovenske

⁶⁴¹ Kallert idr., 2005, 176.

⁶⁴² Slovenija je v zadnjih letih pomembno znižala izrazito visok količnik samomorilnosti (število umrlih zaradi samomora na 100.000 prebivalcev): od 28,15 v letu 2003 na 17,08 v letu 2018 oz. 18,86 leta 2019 (Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2020).

⁶⁴³ Kallert idr., 2005, 171-172.

⁶⁴⁴ Fiorillo idr., 2011, 202-203.

⁶⁴⁵ Fiorillo idr., 2011, 203.

⁶⁴⁶ Fiorillo idr., 2011, 204.

⁶⁴⁷ Kallert idr., 2006, 388.

⁶⁴⁸ Kallert idr., 2006, 388.

⁶⁴⁹ Kallert idr., 2006, 391.

⁶⁵⁰ Ob pomanjkanju sistematično zbranih števil je okvirna ocena, da je neprostopvoljnih sprejemov v bolnišnice v Sloveniji po nujnem postopku celo petindevetdeset odstotkov (Šubic Metlikovič in Žmitek, 2017, 32).

⁶⁵¹ Sprejem na zdravljenje brez privolitve po sklepu sodišča urejajo 40.-52. člen ZDZdr (*Zakon o duševnem zdravju*, 2008).

⁶⁵² Sprejem na zdravljenje brez privolitve v nujnem primeru urejajo 53.-67. člen (*Zakon o duševnem zdravju*, 2008).

⁶⁵³ Salize idr., 2002, 22.

klinične realnosti lahko navedem številke o neprostovoljno zdravljenih bolnikih na Oddelku za psihiatrijo UKC Maribor v letu 2017: na oddelku je bil skupno zdravljen 1601 bolnik, od tega neprostovoljno 188 (ali 11,7 odstotkov). Samo enajst bolnikov od teh 188 je bilo v tem letu sprejetih na zdravljenje po sklepu sodišča – torej v rednem (predlagalnem) postopku.

Ali ima tudi sistem zdravstvenega zavarovanja vlogo pri sprejemanju odločitev o neprostovoljnem zdravljenju, iz razpoložljivih objav ni razvidno. Iz zdaj že skoraj dvajset let starega poročila EK izhaja, da neprostovoljno zdravljenje v nekaterih državah plačajo države, medtem ko je v drugih plačilo urejeno iz zdravstvenega zavarovanja oz. gre v breme bolnika.⁶⁵⁴ V Sloveniji je v nujnem primeru zdravljenje omogočeno brez zdravstvenega zavarovanja, za večino hudih duševnih motenj pa po pravilih zdravstvene zavarovalnice zadostuje osnovno zdravstveno zavarovanje.

2.2.1 Osnovni in dodatni kriteriji kot temelj neprostovoljnega psihiatričnega zdravljenja

Sama duševna motnja nikoli ni zadosten pogoj za neprostovoljno zdravljenje, predstavlja pa nujni osnovni kriterij.⁶⁵⁵ Raziskovalno poročilo EK na prelomu tisočletja identificira tri različne zakonske utemeljitve neprostovoljnega zdravljenja: a) huda duševna motnja in nevarnost za bolnika ali druge, ki je posledica te duševne motnje, b) huda duševna motnja in potreba po zdravljenju⁶⁵⁶ in c) mešan pristop – huda duševna motnja in nevarnostni kriterij *ali* kriterij potrebe po zdravljenju.⁶⁵⁷ Severna Irska je leta 2016 uzakonila v tem pogledu inovativen pristop, v katerem kot pogoja za neprostovoljno zdravljenje postavlja oškodovano sposobnosti sprejemanja odločitev in bolnikovo največjo korist.⁶⁵⁸ Sposobnost sprejemanja odločitev je tako lahko zmanjšana bodisi zaradi telesne bodisi zaradi duševne bolezni. Prisotnost duševne motnje s tem ni več edini osnovni kriterij v severnoirskem zakonu, pač pa je to pravzaprav telesna ali duševna bolezen take narave, da ima za posledico bolnikovo oškodovano sposobnost sprejemanja odločitev.⁶⁵⁹ Več o tem v nadaljevanju.

⁶⁵⁴ Salize idr., 2002, 34.

⁶⁵⁵ Koprivnik, 2020, 122.

⁶⁵⁶ Države, ki izhajajo samo iz potrebe po zdravljenju (ne da bi preverjale nevarnost), so bile manj številčne; samo Švedska, Španija in Italija (Salize idr., 2002, 22).

⁶⁵⁷ Salize idr., 2002, 22; Kallert idr., 2006, 378-379.

⁶⁵⁸ Lynch idr., 2017, 333.

⁶⁵⁹ Opomba na celotni odstavek: navedeno tudi v Koprivnik, 2020, 122.

Osnovni kriterij vseh evropskih zakonodaj (z izjemo novega zakona na Severnem Irskem), ki urejajo neprostovoljno zdravljenje, je prisotnost duševne motnje kot patološkega stanja uma.⁶⁶⁰ Gre za zelo ohlapen koncept oz. za celo vrsto precej širokih konceptov.⁶⁶¹ Večina držav navaja kot osnovni pogoj duševno motnjo ali duševno bolezen,⁶⁶² Litva npr. hude duševne bolezni.⁶⁶³ Švedska duševne motnje natančneje opisno opredeli kot »psihotična stanja z moteno presojo realnosti, depresije s tveganjem za samomor, hude osebostne motnje s preboji impulzivnosti, hudo obsesivno-kompulzivno motnjo« itd.⁶⁶⁴ Bolgarija v zakonu kot osnovni kriterij za možno neprostovoljno zdravljenje navaja psihoze, hude osebostne motnje, zmerno ali hudo duševno manjrazvitost in demenco,⁶⁶⁵ Poljska psihoze.⁶⁶⁶ Na Danskem je bolnikovo duševno stanje, na osnovi katerega je potencialno dovoljena neprostovoljna intervencija, opredeljeno kot »insanity«.⁶⁶⁷ V Romuniji mora biti huda duševna motnja take narave, da oseba zaradi nje ne razume posledic svojega vedenja.⁶⁶⁸ Redke države opredeljujejo stanja, pri katerih neprostovoljno zdravljenje ni utemeljeno: tako npr. v Grčiji (neprilagojenost socialnim, političnim ali moralnim normam), v Angliji (odvisnost od drog in alkohola, promiskuitetnost in socialno deviantno ali nemoralno vedenje) in na Švedskem (razvojne duševne motnje).⁶⁶⁹ Nekatere države ob osnovnem kriteriju duševne motnje dodatno ocenjujejo še specifično sposobnost sprejemanja odločitev o zdravljenju oz. zavrnitvi le-tega, četudi brez konsenza o kriterijih ocenjevanja.^{670, 671}

Resnost duševne motnje se ocenjuje tako po naravi le-te (npr. depresija) kot tudi po njeni izraženosti (npr. huda s psihotičnimi simptomi).⁶⁷² Litva in Švedska sodita med državi, ki izhajata iz potrebe po določeni stopnji duševne motnje v smislu praga, prva izhaja iz potrebe po hudi duševni bolezni (angl. *severe mental illness*), druga navaja potrebo po resni duševni motnji (angl. *serious mental disturbance*).⁶⁷³

⁶⁶⁰ Kallert idr., 2006, 376.

⁶⁶¹ Kallert idr., 2007, 198; Saya idr., 2019.

⁶⁶² Kallert idr., 2006, 376.

⁶⁶³ Kallert idr., 2006, 376.

⁶⁶⁴ Kallert idr., 2006, 376-377.

⁶⁶⁵ Kallert idr., 2006, 376. Bolgarija sodi med države, ki imajo tipe duševnih motenj, pri katerih je možno neprostovoljno zdravljenje, v zakonu najbolj podrobno opredeljene (Kallert idr., 2007, 198).

⁶⁶⁶ Kallert idr., 2006, 376.

⁶⁶⁷ Saya idr., 2019.

⁶⁶⁸ Saya idr., 2019.

⁶⁶⁹ Kallert idr., 2006, 377, Kallert idr., 2007, 199.

⁶⁷⁰ Kallert idr., 2006, 377.

⁶⁷¹ Opomba na celotni odstavek: navedeno tudi v Koprivnik, 2020, 122.

⁶⁷² Kallert idr., 2006, 377.

⁶⁷³ Kallert idr., 2007, 198-199.

Kot je razvidno tudi iz nedavne študije A. Saya idr. o različnih kriterijih in postopkih neprostovoljnega zdravljenja globalno,⁶⁷⁴ so pravni sistemi evropskih držav zelo različni. Čeprav ima večina držav specifične zakonodaje o duševnem zdravju (izjema je npr. Španija), je v mnogih državah neprostovoljno zdravljenje urejeno v skladu z več različnimi zakoni (npr. v Franciji in Nemčiji). Tudi, kadar je neprostovoljno psihiatrično zdravljenje dejansko urejeno v le enem zakonu, je ponekod možnih več poti, ki večinoma izhajajo iz različnih utemeljitev za neprostovoljno hospitalizacijo. Tako je na Nizozemskem ena izmed možnosti kratka hospitalizacija na pobudo župana in zdravnika, kadar obstaja neposredna nevarnost zaradi duševne motnje, druga pa je daljše zdravljenje duševne motnje po odločitvi sodišča tudi, kadar oseba na primer ne more zadostno poskrbeti za svoje socialne potrebe (zelo podobno je tudi v Franciji).⁶⁷⁵ V Sloveniji ZDZdr predvideva dve poti do neprostovoljnega zdravljenja (po sklepu sodišča in v nujnem primeru), ki pa sta obe vsebinsko enako utemeljeni (pogoje v obeh primerih opredeljuje 39. člen).

Prisotnost duševne motnje sama po sebi (tudi, če gre za po stopnji izraženosti ali tipu za hujšo duševno motnjo) torej nikoli ni zadosten pogoj za neprostovoljno psihiatrično zdravljenje – pa naj gre za hospitalno zdravljenje ali zdravljenje v skupnosti brez bolnikove privolitve (NO). Številne države poleg tega kombinirajo splošne osnovne kriterije z odsotnostjo specifične sposobnosti bolnika, ki je ključna za njegovo sprejemanje odločitev o zdravljenju.⁶⁷⁶ Duševna motnja šteje kot osnovni kriterij, ob katerem morajo biti izpolnjeni tudi (v različnih evropskih zakonodajah različni) dodatni kriteriji. Med slednjimi, kot smo videli, ločimo: a) nevarnostni kriterij (ta je lahko razumljen kot nevarnost samemu sebi ali nevarnost za druge), b) kriterij potrebe po zdravljenju ali c) kriterija bolnikove zmanjšane sposobnosti za sprejemanje odločitev o zdravljenju in njegova največja korist.⁶⁷⁷

⁶⁷⁴ Saya idr., 2019.

⁶⁷⁵ Saya idr., 2019.

⁶⁷⁶ Lahko gre za sposobnost za pristanek na zdravljenje oz. za zavrnitev zdravljenja (Anglija), odločitve o zdravljenju (Grčija) ali bolj specifično odločitve o hospitalnem zdravljenju (Litva, Španija) in urgentnih zdravstvenih posegih (Italija) (Kallert idr., 2007, 199).

⁶⁷⁷ Opomba na celotni odstavek: navedeno tudi v Koprivnik, 2020, 122.

2.2.1.1 Nevarnostni kriterij

V mednarodnem kontekstu obstaja visoka stopnja konsenza glede neprostopvoljnih pristopov v psihiatriji samo v primeru hude nevarnosti, vendar konsenza o tem, kaj konkretno huda nevarnost pomeni, nimamo.⁶⁷⁸ Z zdravljenjem lahko odpravimo stanje, ki je vzrok nevarnosti – neprostopvoljno zdravljenje je etično torej utemeljeno z izboljšanjem bolnikovega stanja (in ne z ogrožanjem drugih).⁶⁷⁹ Opredelitve nevarnosti kot enega izmed nujnih dodatnih kriterijev v zakonodajah⁶⁸⁰ so splošne – govora je o hudi, resni ali neposredni nevarnosti.⁶⁸¹ Glede vsebine nevarnosti, je ta v nekaterih državah definirana kot grožnja drugim ali kot grožnja javni varnosti, medtem ko jo druge definirajo kot nevarnost bolnika samemu sebi ali drugim.⁶⁸²

Samomorilno vedenje lahko zadosti tako nevarnostnemu kriteriju kot kriteriju potrebe po zdravljenju. Tudi v državah, ki izhajajo iz medicinskega modela oz. potrebe po zdravljenju, je nevarnost, ki izhaja iz duševne motnje, praviloma specifično razumljena kot razlog za neprostopvoljno intervenco,⁶⁸³ torej kot del kriterija potrebe po zdravljenju.⁶⁸⁴

Nevarnostni kriterij izhaja iz dveh predpostavk: a) prisotnost resnične oz. neposredne in pomembne nevarnosti za življenje ali zdravje obolelega in/ali b) preventiva pred neposrednim in pomembno nevarnim vedenjem za pravno zaščitene interese drugih – običajno zdravje in življenje,⁶⁸⁵ lahko tudi materialne dobrine (kot v ZDZdr).⁶⁸⁶ Nevarnost sebi ali drugim se v nekaterih zakonih pojavlja kot enovit kriterij, četudi je teoretično ozadje v obeh primerih zelo različno. Zaščita bolnika samega pred nevarnostjo, ki zanj izhaja iz duševne bolezni, je paternalistična intervencija, medtem ko je zaščita interesov drugih v primeru nevarnosti zanje zaradi duševne motnje, način zagotavljanja javne varnosti.^{687, 688}

⁶⁷⁸ Steinert, 2017, 292.

⁶⁷⁹ Steinert, 2017, 293.

⁶⁸⁰ Nevarnostni kriterij je najpogostejši dodatni kriterij, s katerim se utemeljuje neprostopvoljno zdravljenje (Kallert idr., 2007, 199).

⁶⁸¹ Salize idr., 2002, 23.

⁶⁸² Opomba na celotni odstavek: navedeno tudi v Koprivnik, 2020, 123.

⁶⁸³ Fiorillo idr., 2011, 205.

⁶⁸⁴ Opomba na celotni odstavek: navedeno tudi v Koprivnik, 2020, 123.

⁶⁸⁵ Fiorillo idr., 2011, 205; glej tudi Kallert idr., 2007, 199.

⁶⁸⁶ Eden izmed kriterijev 39. člena je tudi povzročanje hude premoženjske škode sebi ali drugim (*Zakon o duševnem zdravju*, 2008, 39. člen).

⁶⁸⁷ Bartlett, 2012, 837.

⁶⁸⁸ Opomba na celotni odstavek: navedeno tudi v Koprivnik, 2020, 123.

V dvanajstih državah članicah EU se neprostovoljno zdravljenje utemeljuje na osnovi dodatnega kriterija obstoja pomembnega tveganja za osebo z duševno motnje ali druge. Terapevtski cilj ni eksplicitno določen. Tako predvideva zakonodaja v Avstriji, Belgiji, Bolgariji, na Cipru, v Češki republiki, Nemčiji, Estoniji, na Madžarskem, v Litvi, Luksemburgu, na Malti in na Nizozemskem.⁶⁸⁹

V Avstraliji in ZDA obstajata dva tipa rabe nevarnostnega kriterija: a) angl. *dangerousness criterion* (bolniki so zdravljeni brez privolitve *tudi*, kadar so ocenjeni kot nevarni zase ali drugim) in b) angl. *obligatory dangerousness criterion* (bolniki so neprostovoljno zdravljeni *samo*, kadar so ocenjeni kot nevarni zase ali drugim). Še posebej druga možnost nepravilno diskriminira mnoge nenevarne bolnike in predstavlja nerazumno prepreko v dostopu do zdravstvene pomoči. Povezana je z daljšimi obdobji nezdravljene bolezni in posledično slabšo prognozo, povišuje tveganje za samomor in druga nasilna vedenja.⁶⁹⁰

M. M. Large idr. dokazujejo, da je raba nevarnostnega kriterija pri odločanju o neprostovoljnem zdravljenju nepotrebna, neetična in potencialno škodljiva tako za bolnike z duševno motnjo kot za širšo skupnost.⁶⁹¹ Izhajajo iz domneve, da gre sicer za dobronameren, a povsem neustrezen poskus uravnoteženja neupoštevanja bolnikove avtonomije. Poudarjajo, da je primarno sama duševna motnja posegla v izvrševanje avtonomije obolelega in da neprostovoljno zdravljenje teži k zaščiti oseb z zmanjšano avtonomijo.^{692, 693}

Tudi na drugih medicinskih področjih bolniki občasno niso zmožni soglašati z zdravljenjem, tedaj odločamo v smislu bolnikove največje koristi oz. zanj o zdravljenju odločajo bližnji, utemeljeno z dejstvom, da bolnik odločitev o zdravljenju ni sposoben sprejeti.⁶⁹⁴ V nasprotju z bolniki z duševnimi motnjami, ki morajo biti nevarni sebi ali drugim, da so lahko neprostovoljno zdravljeni, so bolniki s telesnimi boleznimi, ki vplivajo na njihovo nezmožnost pristanka na zdravljenje, zdravljeni, kadar je to v njihovem največjem interesu.⁶⁹⁵ Vsekakor pa so zdravljeni v vseh nujnih stanjih, kar bi ob zavračanju zdravljenja lahko prevedli kot nevarnost samemu sebi.

⁶⁸⁹ European Union Agency for Fundamental Rights, 2012, 31.

⁶⁹⁰ Large idr., 2008a, 877.

⁶⁹¹ Large idr., 2008a, 877.

⁶⁹² Large idr., 2008a, 877-878.

⁶⁹³ Opomba na celotni odstavek: navedeno tudi v Koprivnik, 2020, 123.

⁶⁹⁴ Large idr., 2008a, 878; navedeno tudi v Koprivnik, 2020, 123-124.

⁶⁹⁵ Bhugra idr., 2017, 795.

Kot argument za napačnost nevarnostnega kriterija Large idr. navajajo tudi nezanesljivost psihiatrične ocene potencialne nevarnosti.⁶⁹⁶ Da je nevarnost težko napovedati, je problematično tudi z vidika varovanja človekovih pravic.⁶⁹⁷ Klinikom manjkajo smernice oz. pravila, ki bi olajšala oceno nevarnosti.⁶⁹⁸ Nevarnostni kriterij utrjuje stereotip, da so bolniki s hudimi duševnimi motnjami nevarni. To je v nasprotju s statističnimi podatki, ki pričajo, da so bolniki z duševnimi motnjami pogosteje kot storilci kaznivih dejanj sami žrtve nasilja.^{699, 700}

Izhajanje (zgolj) iz nevarnostnega kriterija pri odločitvi o neprostovoljnem zdravljenju je poleg tega škodljivo za velik del bolnikov, ki so hudo bolni, pa niso neposredno nevarni. Bolniki na območjih, kjer veljajo zakoni z obvezujočim nevarnostnim kriterijem, so bili zdravljeni povprečno pet mesecev kasneje od bolnikov na območjih z veljavno zakonodajo brez obvezujočega nevarnostnega kriterija.⁷⁰¹ Ta pristop nepravilno diskriminira mnoge nenevarne bolnike in predstavlja nesorazmerno prepreko v dostopu do zdravstvene pomoči.⁷⁰² Pomen čim zgodnejšega zdravljenja hudih duševnih motenj (posebej psihoz in med temi prvih psihotičnih epizod⁷⁰³) so v zadnjih dveh desetletjih dokazale številne študije. Daljše trajanje nezdravljene psihoze⁷⁰⁴ študije med drugim povezujejo s slabšim odzivom na antipsihotično terapijo⁷⁰⁵ in slabšo prognozo,⁷⁰⁶ povezujejo ga tudi z občuteno stigmo, ta pa lahko povratno vpliva na odklanjanje psihiatrične pomoči.⁷⁰⁷ Zaradi pomena zgodnjega prepoznavanja in zdravljenja hudih duševnih motenj je Evropsko psihiatrično združenje (EPA) izdelalo priporočila za ukrepanje že v visokorizičnih prodromalnih stanjih.^{708, 709}

Nevarnostni kriterij je v klinični praksi problematičen zaradi različnih medicinskih in pravnih interpretacij nevarnosti, pogosto gre tudi za pomanjkanje podatkov o vseh okoliščinah, še posebej, kadar se moramo odločiti v nujnem primeru. Da je nevarnostni kriterij kontroverzen,

⁶⁹⁶ Large idr., 2008a, 878-879.

⁶⁹⁷ Bartlett idr., 2007, 11.

⁶⁹⁸ Kallert idr., 2006, 378.

⁶⁹⁹ Bartlett idr., 2007, 10.

⁷⁰⁰ Opomba na celotni odstavek: navedeno tudi v Koprivnik, 2020, 124.

⁷⁰¹ Large idr., 2008b, 251-252; Large idr., 2008a, 879-880.

⁷⁰² Large idr., 2008a, 877.

⁷⁰³ Angl. *first episode psychosis*, s kratico FEP.

⁷⁰⁴ Angl. *duration of untreated psychosis*, s kratico DUP.

⁷⁰⁵ Perkins idr., 2005, 1785.

⁷⁰⁶ Marshall idr., 2005, 975; Miglietta idr., 2019, 175.

⁷⁰⁷ Mueser idr., 2019, 157.

⁷⁰⁸ Meisenzahl idr., 2019.

⁷⁰⁹ Opomba na celotni odstavek: navedeno tudi v Koprivnik, 2020, 124.

poudarjajo tudi v prvi sistematični analizi duševnih motenj in *Evropske konvencije o varstvu človekovih pravic* (ECHR).⁷¹⁰

2.2.1.2 Kriterij potrebe po zdravljenju

Med državami, ki ob odločitvi za neprostovoljno zdravljenje bolnika z duševno motnjo izhajajo samo iz potrebe po zdravljenju, sta npr. Španija in Italija.⁷¹¹ Pogosto je kriterij potrebe po zdravljenju alternativno uporabljan s kriterijem nevarnosti⁷¹² (t. i. mešan pristop, npr. na Finskem⁷¹³), ponekod pa samo v primeru nenujnih sprejemov na neprostovoljno zdravljenje⁷¹⁴ (tako npr. na Poljskem).^{715, 716}

Iz poročila Agencije Evropske unije za temeljne pravice⁷¹⁷ izhaja, da se dodatna kriterija nevarnosti in potrebe po zdravljenju v trinajstih državah EU uporabljata vzporedno. Tako je urejeno na Danskem, v Grčiji, na Finskem, v Franciji, na Irskem, v Latviji, na Poljskem, na Portugalskem, v Romuniji, na Slovaškem, v Sloveniji, na Švedskem in v Združenem kraljestvu.^{718, 719} V poročilu opozarjajo, da v nekaterih zakonih potreba po zdravljenju ni eksplicitno navedena, temveč bolj ali manj nakazana.

Kot sem že omenila, lahko samomorilno vedenje zadosti tako nevarnostnemu kriteriju (nevarnost za obolelega) kot kriteriju potrebe po zdravljenju. Kar zadeva samomorilno vedenje, obstaja med državami konsenz glede potrebe po skrajnem ukrepu neprostovoljnega zadržanja in zdravljenja.⁷²⁰ Tudi v državah, ki izhajajo iz kriterija potrebe po zdravljenju, je nevarnost, ki izhaja iz duševne motnje, praviloma specifično razumljena kot razlog za neprostovoljno intervenco,⁷²¹ torej kot del kriterija potrebe po zdravljenju. Povedano drugače, posameznik z duševno motnjo, zaradi katere se vede nevarno (zase ali za okolico), potrebuje zdravljenje –

⁷¹⁰ *Mental Disability and the European Convention on Human Rights* (Bartlett idr., 2007, 10).

⁷¹¹ Salize idr., 2002, 22; Kallert idr., 2006, 378; Kallert idr., 2007, 199; Sjögren idr., 2015; Saya idr., 2019.

⁷¹² Salize idr., 2002, 22; Kallert idr., 2006, 378.

⁷¹³ Saya idr., 2019.

⁷¹⁴ Kallert idr., 2006, 378.

⁷¹⁵ Kallert idr., 2007, 199.

⁷¹⁶ Opomba na celotni odstavek: navedeno tudi v Koprivnik, 2020, 124.

⁷¹⁷ European Union Agency for Fundamental Rights, s kratico FRA.

⁷¹⁸ European Union Agency for Fundamental Rights, 2012, 31.

⁷¹⁹ Združeno kraljestvo Velike Britanije in Severne Irske je 1. februarja 2020 izstopilo iz EU.

⁷²⁰ Salize idr., 2002, 22.

⁷²¹ Fiorillo idr., 2011, 205.

zaradi prisotne duševne motnje, ne zaradi nevarnosti. Medtem ko je nevarnostni kriterij apliciran na dva načina (v interesu bolnika, kadar je ta samomorilen, ali v interesu drugih, kadar jih bolnikovo vedenje ogroža), pri kriteriju potrebe po zdravljenju vedno izhajamo iz bolnikovega interesa.⁷²²

Nekateri avtorji izpostavljajo problematičnost določanja, kako huda mora biti duševna motnja (in kako učinkovito zdravljenje), da je zadoščeno kriteriju potrebe po psihiatričnem zdravljenju.⁷²³ Potreba po zdravljenju mora biti absolutna, kar pomeni, da zdravljenje ni možno na manj restriktiven način in je sprejem v bolnišnico kot skrajni ukrep potreben (tako npr. na Švedskem in v Litvi) ali pa bi opustitev neprostovoljnega hospitalnega zdravljenja vodila v poslabšanje duševne bolezni.⁷²⁴ Omejitev prostosti zaradi neprostovoljne hospitalizacije je tako posledica zaščite posameznikove pravice do zdravja.⁷²⁵ Ohlapna raba kriterijev klinikom pušča več prostora za individualno presojo, hkrati pa v sebi nosi potencial za zlorabo.⁷²⁶ Resnost duševne motnje se presoja tako po naravi le-te (npr. psihoza) kot tudi po izraženosti simptomatike (huda depresija, huda ambivalenca ipd.).^{727, 728}

Evropsko sodišče v eni izmed sodb navaja, da večina držav članic EU grozeče poslabšanje zdravstvenega stanja bolnika, ki zavrača zdravljenje, interpretira kot zadostno osnovo za neprostovoljno zdravljenje. Sodišče hkrati opozarja, da je pri določanju dolžine neprostovoljnega zdravljenja (in s tem posega v pravico do prostosti) nujna proporcionalnost v odnosu do drugih pravic.⁷²⁹

Problematično je, da vse države nimajo enake zdravstvene mreže, zaradi česar se močno razlikujejo v oblikah izvenbolnišničnega zdravljenja. Tudi NO (obliko neprostovoljnega zdravljenja v domačem okolju, ki lahko predstavlja alternativo za nekatere neprostovoljno bolnišnično zdravljenе bolnike) prakticira le nekaj držav.⁷³⁰

Med državami, ki v zakonih izhajajo (zgolj ali tudi) iz kriterija potrebe po zdravljenju, jih le nekaj dodatno preverja tudi bolnikovo sposobnost sprejemanja odločitev o zdravljenju oz. natančneje njegovo sposobnost za kompetentno zavrnitev zdravljenja ali specifično

⁷²² Høyer, 2000, 66.

⁷²³ Bartlett, 2012, 840; glej tudi Bartlett idr., 2007, 11; Szmunkler in Kelly, 2016, 449.

⁷²⁴ Kallert idr., 2006, 378; Kallert idr., 2007, 199.

⁷²⁵ Saya idr., 2019.

⁷²⁶ Kallert idr., 2006, 377.

⁷²⁷ Kallert idr., 2006, 376.

⁷²⁸ Opomba na celotni odstavek: navedeno tudi v Koprivnik, 2020, 125.

⁷²⁹ *Pleso v. Hungary*, 2012.

⁷³⁰ Koprivnik, 2020, 125.

pomanjkljiv bolezenski uvid.⁷³¹ Oceno uvida upoštevajo na Finskem, v Franciji, na Irskem, na Portugalskem in v Španiji.⁷³² Trend strokovnih debat v zadnjih letih je izpostavljanje bolnikove sposobnosti zavrnitve zdravljenja, ki sem jo natančno analizirala v poglavju o avtonomiji subjekta s hudo duševno motnjo, kot središčne pri sprejemanju odločitev o neprostovoljnem zdravljenju.⁷³³ Tako bi bili neprostovoljno psihiatrično zdravljeni samo bolniki, ki jim manjka sposobnost kompetentne zavrnitve zdravljenja⁷³⁴ oz. le tedaj, ko je ta sposobnost zadostno zmanjšana. Zaenkrat manjkajo ustrezne empirične študije in (posledično) smernice za rabo v klinični praksi,⁷³⁵ pa vendar je prav ta pristop uvedla Severna Irska, kot bomo videli v nadaljevanju.⁷³⁶

Z vidika varovanja človekovih pravic odločitev o neprostovoljnem zadržanju osebe z duševno motnjo v bolnišnici ne pomeni avtomatsko tudi neprostovoljnega zdravljenja, vendar številne zakonodaje rutinsko dopuščajo tudi zdravljenje, kadar je bolnik zadržan v bolnišnici.⁷³⁷ Države, ki razlikujejo med neprostovoljnim zadržanjem v bolnišnici in zdravljenjem, so redke (od dvanajstih evropskih držav, vključenih v projekt EUNOMIA, imata tako ureditev le Nemčija in Bolgarija).⁷³⁸ Zadržanje bolnika s hudo duševno motnjo brez zdravljenja bi pomenilo zgolj varovanje, kar pa ni primarni namen neprostovoljne hospitalizacije. Samo z zdravljenjem zmanjšujemo bolezensko breme diagnosticiranih bolezenskih stanj, neprostovoljno zadržanje brez zdravljenja je iz te perspektive etično sporna. Četudi je to v zakonu urejeno, lahko dolgotrajniji zakonski postopek časovno odloži zdravljenje v najbolj akutni fazi bolezni.

2.2.2 Kriterija sposobnosti za sprejemanje odločitev o zdravljenju in bolnikove največje koristi

Severna Irska je leta 2016 sprejela *Mental Capacity Act (Northern Ireland) 2016*, ki kot pogoja za neprostovoljno zdravljenje, kot že omenjeno, postavlja oškodovano sposobnosti sprejemanja odločitev (angl. *impairment of decision-making capacity*) in bolnikovo največjo korist (angl.

⁷³¹ Salize idr., 2002, 22; Kallert idr., 2006, 377.

⁷³² *Pleso v. Hungary*, 2012.

⁷³³ Bartlett, 2012, 841.

⁷³⁴ Bartlett, 2012, 841.

⁷³⁵ Kallert idr., 2006, 377.

⁷³⁶ Opomba na celotni odstavek: navedeno tudi v Koprivnik, 2020, 125.

⁷³⁷ Bartlett idr., 2007, 12. Sočasna odločitev o sprejemu v bolnišnico in zdravljenju je tako predvidena npr. v Angliji, Izraelu, Litvi, na Poljskem, na Slovaškem in na Švedskem (Kallert idr., 2007, 202), pa tudi v Sloveniji.

⁷³⁸ Kallert idr., 2007, 202.

patients' best interest).⁷³⁹ Zakon zaradi sočasnega urejanja neprostovoljnega zdravljenja duševnih in telesnih bolezni (torej zdravljenja brez privolitve bolnika ne glede na bolezenski razlog – duševne ali telesne bolezni) imenujejo tudi *fusion law*.⁷⁴⁰ Pomeni odmik od dihotomije med telesnim in psihičnim in poenotenje kriterijev, na osnovi katerih – ob moteni avtonomiji bolnika – odločamo v dobrobit zdravju tudi brez soglasja bolnika ali celo proti njegovi izraženi preferenci.⁷⁴¹ Osnovni kriterij torej ne predstavlja več duševna motnja, pač pa katero koli duševno ali telesno stanje, ki ima za posledico bolnikovo oškodovano sposobnost sprejemanja odločitev o zdravljenju. *Fusion law* za potrebe te disertacije prevajam kot *integrirani zakon*; lahko bi npr. govorili tudi o enotnem zakonu, zakonu o sposobnosti sprejemanja odločitev o zdravljenju, zakonu o zdravljenju brez privolitve bolnika ali »zakonu o kompetenci«.

Nesposobnost sprejemanja odločitev o zdravljenju je po integriranem zakonu torej nujna predpostavka za odločitve o zdravljenju brez bolnikove privolitve. Oceni sposobnosti za sprejemanje odločitev o zdravljenju naj bi zadostili z dvema testoma: a) z diagnostičnim testom – gre za motnjo ali okvaro delovanja možganov in b) s funkcionalnim testom⁷⁴² – bolnik ni sposoben razumevanja relevantnih informacij, ne zmore zadržati informacij dovolj dolgo, da sprejme odločitev, ne zmore navezati prejete informacije na lastno situacijo ali ustrezno tehtati med možnostmi. Poleg tega mora med obema testoma obstajati vzročna povezava (b je posledica a).^{743, 744}

Tudi ob tovrstni zakonski ureditvi ostaja kar nekaj odprtih vprašanj, npr. kako ravnati v situacijah fluktuirajoče sposobnosti za sprejemanje odločitev ali kako odločati v primeru bolnikov, ki imajo zadostno sposobnost za sprejemanje odločitev o zdravljenju, pa s svojo odločitvijo ogrožajo druge.⁷⁴⁵ Glede slednjega G. Szmukler izraža zaskrbljenost za zadostno zaščito drugih oz. javnosti v primeru integriranega zakona. Sprašuje se tudi, ali ne bi bilo nujno upoštevati tudi dostopnosti motnje zdravljenju (odzivnosti na terapijo).⁷⁴⁶ B. D. Kelly nasprotno meni, da integrirani zakon ne bo kompromitiral zaščite javnosti. Navaja, da bi (dokler ne

⁷³⁹ Lynch idr., 2017, 353.

⁷⁴⁰ Lynch idr., 2017, 356.

⁷⁴¹ Opomba na celotni odstavek: navedeno tudi v Koprivnik, 2020, 125-126.

⁷⁴² Pri funkcionalnem testu ocene sposobnosti za sprejemanje odločitev o zdravljenju gre za približek modela po P. S. Appelbaum in T. Grisso, glej podpoglavje 1.2.1) – v zameno za bolnikovo sposobnost komunikacije izbire je pri tem testu dodana postavka bolnikove sposobnosti zadržanja informacij dovolj dolgo, da sprejme odločitev (gre za kognitivno funkcijo).

⁷⁴³ Lynch idr., 2017, 354.

⁷⁴⁴ Opomba na celotni odstavek: navedeno tudi v Koprivnik, 2020, 126.

⁷⁴⁵ Lynch idr., 2017, 357.

⁷⁴⁶ Szmukler in Kelly, 2016, 449.

najdemo boljše rešitve) morali privzeti, da je v specifičnih okoliščinah dopustno zadržanje oseb, ki morda imajo zadostno sposobnost za zavrnitev zdravljenja, pa so nevarne drugim.⁷⁴⁷ Medtem ko Szmukler izraža zaskrbljenost o zamiku zdravljenja, če bi vedno čakali, da bolnik povsem izgubi sposobnost za sprejemanje odločitev o zdravljenju,⁷⁴⁸ Kellyja to ne skrbi. Izpostavlja, da v praksi pogosteje vidimo bolnike, ki te sposobnosti v resnici nimajo več, pa zakon ne dovoljuje zdravljenja, ker morda nikogar ne ogrožajo.⁷⁴⁹ Szmukler in Kelly sta oba psihiatra, mnenja so tudi znotraj psihiatrične stroke deljena, dileme pa strokovno in etično resne.⁷⁵⁰

M. C. Freeman idr. pozivajo k zamenjavi obstoječih zakonodaj o duševnem zdravju z novejšo zakonodajo, ki bi bila hkrati skladna z vsemi načeli *Konvencije o pravicah invalidov*, vključno s pravico do najvišjega dosegljivega zdravstvenega standarda oseb s hudimi duševnimi motnjami, ki imajo lahko oškodovano sposobnost sprejemanja odločitev o zdravljenju.⁷⁵¹ Prav integrirani zakon bi lahko bil primer take zakonodaje.⁷⁵² Četudi gre pri združitvi vseh neprostovoljnih zdravstvenih posegov (ne glede na to, ali gre za telesne ali duševne razloge bolnikove nezmožnosti za sprejemanje odločitev o zdravljenju) v enoten zakon za inovativen pristop med evropskimi zakoni, ki urejajo neprostovoljno zdravljenje, je vprašljivo, ali gre dejansko za spremembo paradigme. B. D. Kelly meni, da gre zgolj za nadomestitev ene nepopolne paradigme z drugo. Dokazati bi bilo potrebno, tako Kelly, da nov zakonski pristop bolje ščiti pravice, bolje spodbuja zdravljenje in je do bolnikov bolj sočuten od dosedanjih ureditev.⁷⁵³

Po analizi, shematizaciji in primerjavi različnih evropskih pristopov k neprostovoljnemu zdravljenju lahko povzamemo, da v grobem ločimo med dvema konceptualno različnima pristopoma k neprostovoljnemu zdravljenju: a) osnovni kriterij duševne motnje in različni dodatni kriteriji in b) oškodovana sposobnost bolnika za sprejemanje odločitev in njegova največja korist.

Tradicionalno v Evropi prevladuje prvi pristop, znotraj katerega se zaradi ohlapnosti definiranja hude duševne motnje pojavljajo pomembna odstopanja na ravni definiranja osnovnega kriterija, še večje razlike pa se pojavljajo na ravni uzakonjenja za neprostovoljno zdravljenje potrebnih

⁷⁴⁷ Szmukler in Kelly, 2016, 452.

⁷⁴⁸ Szmukler in Kelly, 2016, 449.

⁷⁴⁹ Szmukler in Kelly, 2016, 452.

⁷⁵⁰ Opomba na celotni odstavek: navedeno tudi v Koprivnik, 2020, 126.

⁷⁵¹ Freeman idr., 2015, 845; navedeno tudi v Koprivnik, 2020, 126.

⁷⁵² Szmukler idr., 2014, 245; navedeno tudi v Koprivnik, 2020, 126.

⁷⁵³ Szmukler in Kelly, 2016, 452.

dodatnih kriterijev (nevarnosti in potrebe po zdravljenju). Nevarnostni kriterij v psihiatričnih krogih velja za izrazito problematičnega, po mnenju mnogih avtorjev (npr. M. M. Large idr.) je nepotreben, neetičen in celo škodljiv za bolnike. Onemogoča pravočasno zdravljenje nekaterih zelo bolnih »nenevarnih« bolnikov. Kdor je zaradi posledic duševne motnje sebi ali drugim nevaren, ima pravzaprav potrebo po zdravljenju. Ta kriterij se ne osredotoča na nevarnost (za bolnika ali za druge), temveč na absolutno potrebo po pomoči, ki je ni možno zagotoviti na manj restriktiven način, kot jo predstavlja neprostovoljna hospitalizacija. Za naš primer (torej ZDZdr in specifično klinični primer bolnika J.) je ključno, da nekatere države vsebinsko razlikujejo med kriteriji za nujni in kriteriji za redni postopek (npr. Poljska). V prvem primeru ukrepajo z neprostovoljno intervenco v primeru nevarnosti, v drugem izhajajo iz potrebe po zdravljenju. ZDZdr pogoje za neprostovoljno zdravljenje v rednem in v nujnem primeru v 39. členu opredeljuje vsebinsko identično.

Drugi pristop k neprostovoljnemu zdravljenju, ki izhaja iz oškodovane sposobnosti sprejemanja odločitev o zdravljenju in bolnikove največje koristi, je inovativen in bi lahko pomenil spremembo paradigme. Opusti namreč razlikovanje med telesnimi in duševnimi vzroki za nesposobnost sprejemanja odločitev in uzakonja enovite kriterije za poseg brez bolnikovega soglasja. Osnovni pogoj tako ni več prisotnost duševne motnje, temveč katerokoli telesno ali duševno bolezensko stanje, ki ima za posledico oškodovano sposobnost sprejemanja odločitev o sebi (zdravljenju), zaradi česar posledično drugi odločajo v smislu bolnikove največje koristi. Ta integrirani zakon (t. i. *fusion law*) torej ne predstavlja več zakona o duševnem zdravju, pač pa se imenuje »zakon o kompetenci« (angl. *Mental Capacity Act*). Tak zakon razreši neenakopravno obravnavo bolnikov skozi dvojno zdravstveno zakonodajo (konkretno v Sloveniji ZPacP in ZDZdr), ki je bila posebej v Angliji široko kritizirana kot diskriminirajoča do bolnikov z duševnimi motnjami in kot taka, ki pogloblja stigmo bolnikov z duševnimi motnjami.

Sledi analiza kriterijev za neprostovoljno zdravljenje v slovenskem ZDZdr in njegova umestitev med obstoječe evropske prakse.

2.3 Utemeljitev neprostoovoljnega zdravljenja v slovenskem *Zakonu o duševnem zdravju* – umestitev med evropske prakse

Slovenski ZDZdr sodi med mlajše zakone (sprejet je bil šele leta 2008, večina evropskih zakonov o duševnem zdravju je starejših). V podpoglavju 1.3 sem omenila, da ZDZdr duševno motnjo opredeli kot »začasno ali trajno motnjo 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«. ⁷⁵⁴ Kot tudi že zabeleženo, ZDZdr pri neprostoovoljnem zdravljenju izhaja iz potrebe po treh sočasno izpolnjenih kriterijih: a) bolnik ogroža svoje življenje ali življenje drugih ali huje ogroža svoje zdravje ali zdravje drugih ali povzroča hudo premoženjsko škodo sebi ali drugim, b) ogrožanje je posledica duševne motnje, zaradi katere ima oseba hudo moteno presojo realnosti in sposobnost obvladovati svoje ravnanje, in c) navedenih vzrokov in ogrožanja ni mogoče odvrniti z drugimi oblikami pomoči. ⁷⁵⁵ V skladu z razdelitvijo kriterijev, ki se uporabljajo v zakonodajah v evropskem (pa tudi širše – v svetovnem) prostoru, bi torej lahko rekli, da predstavlja pogoj pod točko a) dodatni kriterij, pogoj pod točko b) osnovni kriterij in pogoj pod točko c) zagotovilo, da gre za skrajni ukrep. ⁷⁵⁶

Osnovni kriterij predstavlja torej duševna motnja take narave ali stopnje, da ima oseba zaradi nje huje moteno presojo realnosti in sposobnost obvladovanja vedenja, kamor praktično sodijo tudi bolniki, pri katerih klinično ocenjujemo, da imajo huje moten bolezenski uvid. Diagnostična kategorija (npr. psihoza, depresija, odvisnost) pri odločitvi o sprejemu brez privolitve po ZDZdr ni relevantna, gre za stopnjo in ne tip duševne motnje oz. za njen vpliv na bolnikovo presojo realnosti in obvladovanje vedenja. V tem smislu ZDZdr sodi med evropske zakone, ki ob izraženosti duševne motnje sočasno izhajajo tudi iz zmanjšanja neke sposobnosti, konkretno presoje realnosti in obvladovanja svojega vedenja. ⁷⁵⁷ Pa vendar osnovni kriterij za neprostoovoljno zdravljenje ne zadostuje, kar je skladno z ostalimi evropskimi zakonodajami. Potreben je dodatni kriterij (kot sledi spodaj), poleg tega je potrebno zagotoviti, da gre za skrajni ukrep. Tudi skrajnost ukrepa je v skladu z mednarodno prakso, vendar ZDZdr na tem mestu ni

⁷⁵⁴ *Zakon o duševnem zdravju*, 2008, 2. člen

⁷⁵⁵ *Zakon o duševnem zdravju*, 2008, 39. člen.

⁷⁵⁶ Opomba na celotni odstavek: glej Koprivnik, 2020, 127.

⁷⁵⁷ Opomba na celotni odstavek: glej Koprivnik, 2020, 127.

povsem konsistenten. Ne omogoča namreč nadzorovane obravnave (NO) po sklepu sodišča za osebe, ki niso bile predhodno neprostoVOLjno zdravljene hospitalno.⁷⁵⁸

Dodatni kriterij je pravzaprav mešan – zajema tako kriterij nevarnosti kot kriterij potrebe po zdravljenju, vendar slednjega le, kadar gre za *hujše* ogrožanje zdravja.⁷⁵⁹ To je tudi mesto, na katerem v praksi običajno nastopijo težave. Interpretacija dikcije hujšega ogrožanja svojega zdravja je v vsakokratnem primeru prepuščena izvedenčevi in pravni presoji hudega ogrožanja in se v praksi (pre)pogosto razume le kot neposredna (življenjska) ogroženost. Bolniki s hudo duševno motnjo (npr. kronično psihotično motnjo – shizofrenijo), ki nezdravljeni huje psihosocialno propadajo, pa niso samomorilni niti neposredno nevarni drugim, zato (pre)pogosto ostajajo nezdravljeni, bolezen pa napreduje. Ker sami v lastno bolezensko spremenjenost nimajo (zadostnega) uvida, zdravljenje zavračajo in do izboljšanja zdravja »nimajo dostopa«. Zato lahko rečemo, da daje sicer mešani dodatni kriterij v ZDZdr v praksi prednost nevarnosti pred potrebo po zdravljenju.⁷⁶⁰ Huda duševna motnja, zaradi katere ima bolnik hudo moteno presojo realnosti in sposobnost obvladovati svoje ravnanje (zaradi česar klinično ocenjujemo, da vsekakor gre za potrebo po zdravljenju), brez nevarnosti, ki iz nje izhaja, namreč ni zadosten temelj za neprostoVOLjno zdravljenje. Beseda *nevarnost* se v ZDZdr ne pojavlja, govora je o *ogrožanju* (svojega življenja ali življenja drugih, svojega zdravja ali zdravja drugih) in o *povzročanju hude premoženjske škode* (sebi ali drugim).⁷⁶¹ Kadar gre za tovrstno nevarnost oz. ogrožanje, je neprostoVOLjno zdravljenje v praksi praviloma nesporno utemeljeno.⁷⁶²

NeprostoVOLjno bolnišnično zdravljenje bolnikov s hudimi duševnimi motnjami mora biti skrajni ukrep (*ultima ratio*). Izvedenec psihiatrične stroke osebo (bolnika) pregleda in poda mnenje o njenem zdravstvenem stanju in o možnosti uporabe alternativnih, milejših ukrepov zdravljenja.⁷⁶³ Milejše ukrepe zdravljenja omenja že tretja alineja 39. člena ZDZdr: zdravljenje v psihiatrični bolnišnici izven oddelka pod posebnim nadzorom, ambulantno zdravljenje ali NO.⁷⁶⁴ Za zdravljenje izven oddelka pod posebnim nadzorom (torej izven varovanega ali intenzivnega oddelka) so primerni bolniki, ki nimajo prehudo motene presoje realnosti in sposobnosti obvladovanja vedenja, predvsem pa se morajo s to obliko zdravljenja strinjati in

⁷⁵⁸ *Zakon o duševnem zdravju*, 2008, 80. člen; glej tudi Koprivnik, 2020, 127.

⁷⁵⁹ Koprivnik, 2020, 127.

⁷⁶⁰ Koprivnik, 2020, 127.

⁷⁶¹ *Zakon o duševnem zdravju*, 2008, 39. člen.

⁷⁶² Opomba na celotni odstavek: glej Koprivnik, 2020, 127.

⁷⁶³ *Zakon o duševnem zdravju*, 2008, 62. člen; glej tudi Gorjup, 2011, 50.

⁷⁶⁴ *Zakon o duševnem zdravju*, 2008, 39. člen.

pri zdravljenju sodelovati, sicer zdravljenja ni mogoče izvajati. Enako oz. toliko bolj to velja za bolnike, ki so primerni za ambulantni način zdravljenja. NO predstavlja zdravljenje brez privolitve v domačem okolju,⁷⁶⁵ zato tudi za to obliko zdravljenja ni primeren vsak bolnik z duševno motnjo, ki zdravljenje zavrača. Dodatna omejitev glede odločitve o NO je nedvomno dejstvo, da gre za obravnavo oseb *s hudo in ponavljajočo se duševno motnjo*,⁷⁶⁶ ki se izvaja na podlagi sklepa sodišča. 80. člen ZDZdr določa takole:

(2) Zdravljenje osebe v nadzorovani obravnavi je dopustno, če so izpolnjeni vsi naslednji pogoji:

- *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 iz prejšnje alineje posledica duševne motnje, zaradi katere ima oseba hudo moteno presojo realnosti in sposobnost obvladovati svoje ravnanje in*
- *če se oseba lahko ustrezno zdravi v domačem okolju.*^{767, 768}

Presoja o tem, za koga sodišču predlagamo zdravljenje v NO, je sicer v celoti prepuščena lečečemu psihiatru. Žal je ta pristop mogoče uporabiti le pri bolnikih, ki so bili predhodno že neprostovoljno bolnišnično zdravljeni, kar nedvomno sodi med večje anomalije ZDZdr. Bolnik, ki je prvič obravnavan, aktualno ne more biti sprejet v NO po sklepu sodišča, četudi bi to v določenih primerih dopuščala klinična slika, kar je nepravilno in v nasprotju z mednarodnimi priporočili. V poštev bi sicer prišlo le pri manjšini neprostovoljno zdravljenih bolnikov z duševnimi motnjami, pa vendar gre za milejši ukrep, s katerim bi se skrajnemu ukrepu (torej hospitalizaciji) vsaj občasno lahko izognili in bi lahko nekaterim bolnikom zagotovili bolj kontinuirano zdravljenje.⁷⁶⁹

Pet od dvanajstih evropskih držav, vključenih v raziskovalni projekt EUNOMIA, ima uzakonjen le en postopek za neprostovoljno psihiatrično zdravljenje, in sicer t. i. nujni primer (Češka, Italija, Litva, Slovaška in Švedska).⁷⁷⁰ Večina evropskih zakonodaj pozna dve alternativni poti za neprostovoljno zdravljenje – standardni ali redni in nujni postopek (angl.

⁷⁶⁵ Nadzorovana obravnava po sklepu sodišča lahko traja do šest mesecev (jo je pa možno ponovno predlagati).

⁷⁶⁶ *Zakon o duševnem zdravju*, 2008, 80. člen.

⁷⁶⁷ *Zakon o duševnem zdravju*, 2008, 80. člen.

⁷⁶⁸ Opomba na celotni odstavek: glej Koprivnik, 2020, 127.

⁷⁶⁹ Opomba na celotni odstavek: glej Koprivnik, 2020, 127-128.

⁷⁷⁰ Kallert idr., 2007, 203.

standard and emergency procedure),⁷⁷¹ tako tudi Slovenija. Nujni postopek v teoriji predstavlja izredno pot, kadar bolnikovo stanje ne dopušča odločitve o zdravljenju po standardnem postopku,⁷⁷² četudi je v klinični realnosti nujnih postopkov neprimerno več.⁷⁷³

ZDZdr torej predvideva dva načina sprejema na hospitalno zdravljenje brez privolitve: a) na podlagi sklepa sodišča (v rednem oz. predlagalnem postopku⁷⁷⁴) in b) v nujnih primerih. 39. člen ZDZdr v obeh primerih predvideva enake materialnopravne oz. vsebinske pogoje za sprejem. Povsod ni tako. Poljska npr. v nujnih in rednih postopkih izhaja iz različnih razlogov za neprostovoljno hospitalizacijo: medtem ko je ta v nujnem primeru utemeljena z neposredno nevarnostjo, ki izhaja iz psihotične duševne motnje, je v nenujnem primeru utemeljena s psihotičnim stanjem, ki bi se ob opustitvi zdravljenja poslabšalo, ali z dejstvom, da bolnik ni zmožen skrbeti za svoje osnovne potrebe.⁷⁷⁵ Z različno utemeljitvijo razlogov za neprostovoljno hospitalno zdravljenje zajamemo različne skupine pacientov v različnih situacijah. Odločitev proti zdravljenju v bolnišnici brez privolitve, kadar bolnik zdravljenju nasprotuje, je hkrati odločitev za opustitev zdravljenja. V kolikor bi tudi ZDZdr za neprostovoljno hospitalizacijo v nujnem in rednem postopku opredelil različne kriterije, bi imeli več možnosti za zdravljenje tudi hudo bolni »nenevarni« bolniki. Ti po aktualni ureditvi pogosto ostajajo nezdravljeni, saj nimamo vzvoda, da bi zdravljenje pri njih vzpostavili.

Pravniki poudarjajo, da cilj neprostovoljnega sprejema v bolnišnico ni le varstvo bolnika, ampak tudi zagotavljanje varnosti drugim osebam, ki bi jih bolnik morebiti ogrožal.⁷⁷⁶ V medicinskem smislu je primarni cilj sprejema zdravljenje bolezenskega stanja, četudi slednje včasih dejansko vključuje tudi potrebo po varovanju.

Bistvena predpostavka, ki je 39. člen ZDZdr izrecno ne omenja, četudi je ključna za neprostovoljno zdravljenje, je odsotnost bolnikove volje za psihiatrično zdravljenje.⁷⁷⁷ Če se bolnik z zdravljenjem namreč strinja, je zdravljen s privolitvijo. Med temeljnimi načeli, ki izhajajo iz ZDZdr in so v postopku neprostovoljne hospitalizacije bistvena, so med drugimi načelo hitrosti (postopki so nujni) ter načeli oficialnosti in dispozitivnosti.⁷⁷⁸ Načelo

⁷⁷¹ Kallert idr., 2007, 203.

⁷⁷² Kallert idr., 2007, 203.

⁷⁷³ Kallert idr., 2006, 391; Šubic Metlikovič in Žmitek, 2017, 32.

⁷⁷⁴ Redni oz. predlagalni postopek je torej ekvivalent *standard procedure*, v nasprotju z nujnim postopkom (*emergency procedure*).

⁷⁷⁵ Dabrowski idr., 2006, 229.

⁷⁷⁶ Gorjup, 2011, 41.

⁷⁷⁷ Gorjup, 2011, 41.

⁷⁷⁸ Gorjup, 2011, 35.

oficinalnosti določa, da sodišču pripada iniciativa za začetek postopka, njegovo vzdrževanje v toku in dokončanje ter za končni razvoj procesnih dejanj.⁷⁷⁹ To načelo je prisotno v nujnih primerih, kjer sodišče začne postopek po uradni dolžnosti, ko prejme obvestilo pristojne osebe.⁷⁸⁰ V postopku neprostoVOLjne hospitalizacije na podlagi sklepa sodišča (v t. i. rednem ali predlagalnem postopku) prevladuje načelo dispozitivnosti: postopek se začne, nadaljuje in konča na predlog upravičene osebe oz. organa.⁷⁸¹ Upravičene osebe za podajo predloga so izvajalci psihiatričnega zdravljenja, centri za socialno delo, koordinatorji nadzorovane obravnave, najbližje osebe in državno tožilstvo.⁷⁸²

Redni oz. predlagalni postopek sprejema na zdravljenje brez privolitve na podlagi sklepa sodišča se začne, še preden je bolnik sprejet v psihiatrično bolnišnico (bolnik je med postopkom na prostosti). Ta postopek se izvede, kadar nevarnost, ki jo predstavlja bolnik, ne grozi neposredno, kadar torej duševna motnja ne zahteva takojšnjega in nujnega ukrepanja.⁷⁸³ V nujnih primerih je bolnik sprejet na zdravljenje brez privolitve (in tudi zdravljen) in šele po sprejemu (vendar najkasneje v štirih urah) se prične postopek obveščanja sodišča. V tem primeru morajo biti izpolnjeni pogoji, ki jih opredeljuje 53. člen ZDZdr:

*Oseba je lahko sprejeta na zdravljenje v oddelek pod posebnim nadzorom brez privolitve in pred izdajo sklepa sodišča, če so podani pogoji iz prvega odstavka 39. člena tega zakona, 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 iz 40. do 52. člena tega zakona.*⁷⁸⁴

Mnogi zelo bolni bolniki, ki nikogar (neposredno) ne ogrožajo,⁷⁸⁵ tako nimajo »dostopa« do zdravljenja, kadar zaradi motenega bolezenskega uvida (kot simptoma duševne bolezni in najpogostejšega razloga zavračanja zdravljenja) ne pristanejo na indicirano zdravljenje. Verjetno največja pomanjkljivost ZDZdr je, da ob prisotnosti hude duševne motnje s huje moteno presojo realnosti in sposobnostjo obvladovanja ravnanja sočasno izhaja tudi iz potrebne nevarnosti – potrebe po ogrožanju svojega življenja ali življenja drugih ali hujšega ogrožanja svojega zdravja ali zdravja drugih ali povzročanja hude premoženjske škode sebi ali drugim. V

⁷⁷⁹ Gorjup, 2011, 36.

⁷⁸⁰ Gorjup, 2011, 36.

⁷⁸¹ Gorjup, 2011, 36.

⁷⁸² *Zakon o duševnem zdravju*, 2008, 40. člen.

⁷⁸³ Gorjup, 2011, 42.

⁷⁸⁴ *Zakon o duševnem zdravju*, 2008, 53. člen.

⁷⁸⁵ Kot tudi bolnik J., h čigar primeru se vseskozi vračamo.

praksi je veliko manj zapletov pri dokazovanju *ogrožanja življenja* ali *povzročanja hude premoženjske škode* kot v primeru dokazovanja *hujšega ogrožanja svojega zdravja*. Na tem mestu je najpogostejše razhajanje med mnenji klinikov (lečečih psihiatrov) in izvedencev ter pravnikov. Pojavljajo se razhajanja v interpretaciji. Zdi se, da ne obstaja načelno strinjanje o resnosti posledic nezdravljene hude duševne motnje za življenje obolelega in njegovih bližnjih. Gre za »sivo cono« bolnikov z duševnimi motnjami – sami ne iščejo pomoči, ker nimajo zadostnega uvida v to, da jo potrebujejo, zakonskim kriterijem za neprostovoljno zdravljenje pa ne zadostijo, posledično ostajajo nezdravljeni. Ta položaj jih dela ranljive na pravkar opisan način in jim onemogoča pravočasno zdravljenje, ki je empirično dokazano ključno za čim ugodnejšo dolgoročno prognozo. Več o tem v poglavju o dostojanstvu bolnikov z duševnimi motnjami.

Na naroku sodišča, ki presoja o upravičenosti zdravljenja brez soglasja, se včasih zgodi, da bolnik podpiše privolitev k zdravljenju. V praksi to generira nemalo posledic, pogosto namreč želijo podpisati soglasje bolniki, ki zdravljenje v resnici v celoti zavračajo, vendar sistem poznajo dovolj dobro, da vedo, da je podpis oz. navidezno soglasje k zdravljenju bližnjica iz bolnišnice. Posledično lahko v skrajnem primeru že naslednji dan zahtevajo odpust. Na dejstvo, da lahko grožnja neprostovoljnega zdravljenja vodi v navidezno sodelovanje pri zdravljenju (t. i. psevdokomplianco) s ciljem zgodnejšega odpusta in posledično slabšo prognozo, opozarja tudi G. Danzer;⁷⁸⁶ ponovno poslabšanje duševne motnje ob nezdravljenju praviloma privede do ponovne hospitalizacije. Bolnik tako z navideznim sodelovanjem pridobi prostost, ne pa tudi zadostne avtonomije, na osnovi katere bi se lahko ponovni neželeni hospitalizaciji izognil.⁷⁸⁷ Ne glede na potencialne nevarnosti ob prekinitvi zdravljenja se mnogi sodniki na osnovi lastnih vrednot ne odločijo za neprostovoljno zdravljenje, če le lahko dobijo bolnikovo soglasje.⁷⁸⁸ Zato bi sodišče moralo (če želi delovati terapevtsko) upoštevati tudi možnost psevdokompliance, ko osebi ponudi v podpis obrazec za pristanek na zdravljenje.

Neprijetne so tudi (redke) situacije, v katerih se bolnik ustno strinja s hospitalizacijo na varovani enoti, pa zaradi bolezenskih vplivov ne zmore podati pisnega soglasja (npr. zaradi bolezenske ambivalence, paranoidnosti ali hude depresije). V takih primerih ZPacP dovoljuje ustno privolitev v prisotnosti dveh polnoletnih prič, po ZDZdr pa moramo o sprejemu bolnika

⁷⁸⁶ Danzer, 2015, 264.

⁷⁸⁷ Danzer, 2015, 264-265.

⁷⁸⁸ Peele in Chodoff, 2009, 223.

obvestiti sodišče kot »sprejem brez privolitve« in bolnika izpostaviti naroku sodišča, s čimer ga izpostavimo dodatnemu (nepotrebnemu) stresu, ki ga nemalokrat travmatizira.

Pristanek na zdravljenje v sicer redkih primerih lahko podpišejo tudi bolniki, za katere ne moremo trditi, da so sposobni podati informirano soglasje. S hospitalizacijo se lahko strinjajo iz povsem »napačnih« razlogov, npr. ob hudi depresiji, ko obremenjeni z bolezenskimi občutki krivde menijo, da je pravilno, da so zaprti, ker ne sodijo v družbo, spet drugič zaradi paranoidnih psihoičnih prepričanj, da jih zunaj zasledujejo in jim strežejo po življenju, če ostanejo v bolnišnici, pa so pred preganjalci varni. Na tovrstne situacije opozarjajo tudi v mednarodnem kontekstu. Konsenza o najbolj etičnem ravnanju v teh primerih nimamo. V praksi so mnenja deljena, del zdravnikov meni, da je pristanek na zdravljenje etično upoštevati samo tedaj, ko je bolnik za to kompetenten, sicer je potrebno sprožiti postopek neprostovoljnega zdravljenja.⁷⁸⁹ Ker pa vemo, da lahko sodni postopek in neprostovoljno zdravljenje bolnika travmatizirata, se nekateri kliniki v taki situaciji ne odločijo za vključitev sodišča (preferirajo torej zdravljenje brez sklepa sodišča⁷⁹⁰), tovrstne odločitve so (ob odsotnosti smernic) v veliki meri odvisne od zdravnikovih vrednot in strokovne ter intuitivne ocene glede verjetnega poteka zdravljenja.

Če sodišče v Sloveniji izda ustrezen sklep, je bolnik zadržan in hkrati zdravljen (v praksi je zadržan in zdravljen že od trenutka, ko je sprejet, če torej sodišče naroka ne opravi več dni, je v tem času bolnik zdravljen). ZDZdr ne ločuje med sprejemom v bolnišnico in zdravljenjem, kot je to primer v nekaterih drugih evropskih državah. Z vidika zdravnika je sprejem v bolnišnico zaradi hude duševne motnje, ki ne vključuje tudi takojšnjega zdravljenja, etično skrajno sporen. Sodišče v sklepu opredeli tudi skrajni datum, do katerega je bolnik lahko zadržan in zdravljen brez privolitve (zdravnik lahko ob izboljšanju zdravstvenega stanja po lastni presoji bolnika odpusti kadarkoli prej, o tem mora obvestiti sodišče).⁷⁹¹

Štiriurni rok za obveščanje sodišča o sprejemu brez privolitve v nujnem primeru, kot ga psihiatru nalaga ZDZdr,⁷⁹² je sicer daleč najkrajši v Evropi. Najdlje sodišče lahko bolnika zadrži na zdravljenju brez privolitve za obdobje šestih mesecev,⁷⁹³ v praksi so sklepi sodišč praviloma

⁷⁸⁹ Peele in Chodoff, 2009, 223.

⁷⁹⁰ Peele in Chodoff, 2009, 223.

⁷⁹¹ *Zakon o duševnem zdravju*, 2008, 39.-73. člen.

⁷⁹² *Zakon o duševnem zdravju*, 2008, 58. člen.

⁷⁹³ *Zakon o duševnem zdravju*, 2008, 48. člen.

krajšega trajanja, do treh mesecev. Najdlje šest mesecev lahko traja tudi sklep o NO,⁷⁹⁴ je pa po preteku tega sklepa NO možno predlagati znova oz. jo podaljšati.⁷⁹⁵

Slovenski ZDZdr je že vrsto let »v fazi spreminjanja«. Kot smo predhodno videli, je nastajal skoraj petnajst let. Ministrstvo za zdravje RS je 30. oktobra 2020 dalo v javno razpravo predlog sprememb obstoječega ZDZdr, t. i. ZDZdr-1.^{796,797} Predlog ne predvideva sprememb 39. člena ZDZdr (ta je sicer v dokumentu ZDZdr-1 umeščen kot 42. člen) – ne načrtujejo se torej spremembe pogojev za neprostovoljno hospitalno zdravljenje, niti vsebinsko niti proceduralno. Spodbudna je predlagana sprememba pogojev za NO, ki med pogoje ne umešča več potrebe po predhodni neprostovoljni hospitalizaciji. Na ta način bi bila NO dejansko bolnikom dostopna kot manj restriktivna neprostovoljna oblika zdravljenja (v skupnosti), kar bi bilo (v kolikor bo ta sprememba sprejeta) naposled tudi v skladu z mednarodnimi priporočili.

2.3.1 Primer J. ter problem psihiatrične in pravne interpretacije *hujšega ogrožanja svojega zdravja*⁷⁹⁸

Po umestitvi ZDZdr med evropske prakse je napočil čas, da se vrnem h kliničnemu primeru 42-letnega bolnika J. Navkljub dejstvu, da aktualni ZDZdr omogoča več pristopov k neprostovoljnemu psihiatričnemu zdravljenju, je J. (kot številni drugi bolniki, ki so zboleli s hudimi duševnimi motnjami, pa niso nikomur neposredno nevarni) ostal skoraj leto dni po prvemu predlogu sodišču o zdravljenju brez soglasja nezdravljen. Sodišče je v dveh predlagalnih (torej rednih) postopkih (obakrat na pobudo bolnikovih staršev ob njegovem zavračanju vsakršne zdravniške pomoči) odločalo o utemeljenosti neprostovoljnega zdravljenja. V izogib razkritju osebnih podatkov, ki bi vodili do prepoznave bolnika, navajam zgolj zaključke izvedenskih mnenj in sklepov sodišča. Prvo izvedensko mnenje je govorilo v prid kronični psihotični motnji (postavljen je bil sum na trajno blodnjavo motnjo), izvedenec pa ni zaznal nagnjenosti k avto- ali heteroagresivnemu vedenju bolnika. Posledično je sklepal, da J. ne ogroža svojega življenja, ne ogroža huje svojega zdravja in ne povzroča hujše premoženjske škode. Izvedenec je sicer ugotavljal, da je imel J. huje moteno presojo realnosti

⁷⁹⁴ Zakon o duševnem zdravju, 2008, 83. člen.

⁷⁹⁵ Zakon o duševnem zdravju, 2008, 83. člen.

⁷⁹⁶ Portal TAN-FIN-LEX, *Lex-Novice*, Dnevne zakonodajne novosti, 2. november 2020.

⁷⁹⁷ Ministrstvo za zdravje, Predlog predpisa Zakon o duševnem zdravju, evidenca vladnega akta 2019-2711-0051.

⁷⁹⁸ Gre za dikcijo iz 39. člena ZDZdr.

in je posledično slabše obvladoval svoje ravnanje, prav tako ni kazal uvida v prisotno psihopatologijo. Izvedenec je zaključil, da pogoji za neprostovoljno zdravljenje niso podani (niti v obliki nadzorovane obravnave niti v hospitalu).

V drugem rednem ali predlagalnem postopku na sodišču je (drugi) izvedenec ponovno ugotavljal kronično psihotično motnjo (klinično sum shizofrenije), prav tako je ocenjeval, da je J. povsem brez uvida v lastno bolezen. Opisoval je hudo moten stik z realnostjo in posledično slabo sposobnost obvladovanja svojega vedenja. Menil je, da lahko bolnik s pomanjkljivo skrbjo zase ogrozi svoje zdravje. Prav tako je izpostavljaj popolno socialno izolacijo kot posledico bolezni, izključil pa bolnikove neposredne avto- ali heteroagresivne težnje. Naštetemu navkljub je izvedenec zaključil, da brez podatkov o morebitnem agresivnem vedenju ne more podati mnenja vprid zdravljenju brez privolitve. Navedel je tudi, da NO bolnika ob odklonilnosti do zdravljenja ni možna. Šele po pridobitvi dodatnih podatkov o slabem finančnem poslovanju bolnika (dolгови), se je izvedenec odločil za nasvet sodišču o bolnišničnem zdravljenju brez privolitve. Sodišče je mnenje izvedenca upoštevalo, vendar zaradi dolgega sojenja – pritožbe čez odločitev prvostopenjskega sodišča in v nadaljevanju odločitve drugostopenjskega sodišča, da primer vrne v ponovno sojenje na prvi stopnji – do hospitalizacije kljub temu ni prišlo.

Na zdravljenje, s katerim sam ni soglašal, je bil J. sprejet šele v tretjem stiku s psihiatrijo – v t. i. nujnem primeru, ko je postal agresiven do bližnjih. Njegov agresivni vedenjski preboj je bila edina sprememba v klinični sliki tedaj po tipu še neopredeljene, vendar nedvomno hude in kronične duševne motnje.

Vsak izvedenec je pri svojem delu samostojen. Odsotnost priporočil in smernic za obravnavo bolnikov, ki se z zdravljenjem ne strinjajo, zelo različne evropske in svetovne prakse ter odsotnost empiričnih podatkov o dobri praksi, izvedencem ne omogočajo, da bi se pri svojem delu naslonili na strokovna dejstva, s katerimi bi svoje odločitve podkrepili. Tako gotovo odločajo tudi v skladu z lastnim izkušnjami, intuicijo, osebnimi vrednotami in prepričanji. Manjka konsenz o okoliščinah, na osnovi katerih bi se različni izvedenci odločali podobno (če že ne enako). K prezrtju »nenevarne« in kronično bolne skupine duševnih bolnikov, ki (najpogosteje na osnovi odsotnega bolezenskega uvida) zavračajo zdravljenje, gotovo pripomorejo tudi identični kriteriji za neprostovoljno zdravljenje v nujnem in rednem postopku (39. člen ZDZdr). Več o tem, kaj kronična nezdravljena duševna motnja pomeni za posameznika in njegove bližnje, sledi v poglavju o dostojanstvu.

Nazaj h kliničnemu primeru. Zdravljenje v obliki NO za J. ni prišlo v poštev – iz več razlogov. Kar zadeva psihiatričnega, je diagnostiko prve psihoze pri bolniku, ki v diagnostiki in zdravljenju ne sodeluje zadostno, nemogoče izpeljati. Tudi pravno NO ne bi bila možna, saj je v ZDZdr opredeljena kot neprostovoljno zdravljenje v skupnosti za bolnike, pri katerih gre za hudo in ponavljajočo se duševno motnjo, zaradi katere so bili že predhodno neprostovoljno zdravljeni v bolnišnici. Pri J. je šlo za »prvo epizodo«, ki je bila po pravilih psihiatrične stroke, žal, zaradi dolgoletnega poteka brez zdravljenja že ob prvem stiku kronificirana (s čimer bi zadostila tudi kriteriju ponavljajoče se motnje). Milejši ukrep neprostovoljnega zdravljenja v obliki NO je torej po ZDZdr rezerviran za bolnike »povratnike« in ni možen, dokler oseba ni bila zdravljena na način neprostovoljnega hospitalnega zdravljenja, ki v svetu sicer velja za restriktivnejšo obliko zdravljenja. To je do določenih bolnikov, ki bi lahko bili zdravljeni v NO (s čimer bi se izognili neprostovoljni hospitalizaciji), krivično in tudi ni v skladu z mednarodnimi priporočili.

Odločitev o neprostovoljnem hospitalnem zdravljenju bolnikov s hudimi duševnimi motnjami je torej kritična. Gre za dihotomno odločitev za zdravljenje ali proti njemu po načelu vse ali nič. Bolniki, ki so zelo bolni, pa nikogar neposredno ne ogrožajo (četudi se nezdravljena bolezen kronificira in bolniki pogosto psihosocialno povsem propadejo, kot v primeru bolnika J.), tako pogosto ne morejo biti zdravljeni, če z zdravljenjem sami ne soglašajo. Ne glede na to, da so razlogi nesoglašanja najpogosteje sami po sebi bolezenski in izraz bolezní (kot sem ponazorila v poglavju o avtonomiji).

2.4 Psihiatrična in pravna interpretacija

Pri J. je bila že ob prvem stiku s psihiatrijo prepoznana po tipu hujša duševna bolezen iz kroga psihotičnih motenj. Prav tako je bilo že ob prvem pregledu jasno, da gre za kronični potek psihotične motnje, moteno presojo realnosti in odsoten uvid v bolezensko dogajanje, pa vendar J. ni bil zdravljen. Ne, ker ne bi bil »dovolj« bolan, pač pa zato, ker ni nikogar neposredno ogrožal, menda niti sebe (ogrožanje njegovega zdravja ni bilo prepoznano kot *hujše*, kar sicer zahteva zakon). Nezdravljena duševna motnja ga je privedla na socialni rob, psihično se je huje spremenil, svojci ga takega niso prepoznali, izgubil je vse socialne stike, se odpovedal zaposlitvi in zavračal ureditev zdravstvenega zavarovanja. Zadolžil se je. Njegovi otroci so izgubili stik z očetom, starši so izgubili sina, njegov brat brata. Psihiatrična ocena, da J. svojega

zdravja ne ogroža *hujše*, je težje razumljiva. Neposredno življenjsko resda ni bil ogrožen, ni namreč kazal samomorilnih tendenc. Pa vendar je bil povsem spremenjen in psihosocialno nefunkcionalen, živel je v paralelni realnosti svoje bolezni. Brez staršev, ki so mu nudili streho nad glavo (in si prizadevali za zdravljenje), bi najbrž živel na ulici.

V opisanem primeru seveda ne gre zgolj za problem dikcije posamičnega zakonskega člena o neprostovoljnem zdravljenju, pač pa tudi za problem psihiatrične interpretacije, ki je vzporedno s pravno interpretacijo oz. razlago, bistvena sestavina vsake sodne odločitve o neprostovoljnem zdravljenju. Glede takih primerov manjka strokovni konsenz, manjkajo smernice, po katerih bi se izvedenci lahko orientirali, ko sprejemajo individualne odločitve, s čimer bi zmanjšali sprejemanje odločitev v skladu zgolj z lastnimi vrednotami.

Utemeljeno lahko domnevamo, da bi bil J. v marsikateri evropski državi, ki pri odločitvah o neprostovoljnemu psihiatričnemu zdravljenju sledi načelu potrebe po zdravljenju (upoštevaje moten bolezenski uvid in bolnikovo zmožnost za pristanek na zdravljenje ali pač ne), zdravljen že ob prvem stiku s psihiatrijo (in ne šele v tretje). Daljši čas do zdravljenja prve psihotične epizode pomeni slabši funkcionalni izid zdravljenja, torej slabšo prognozo. O vplivu nezdravljene hude duševne motnje na vsa področja bolnikovega življenja bom več povedala v nadaljevanju, ko bom preučevala dostojanstvo v kontekstu zdravljenja duševnih motenj.

Ne glede na to, kakšen je ali bo zakon, ki ureja neprostovoljno psihiatrično zdravljenje, v njem nikoli ne bo vsega zapisanega. Zaradi navedenega obstaja na eni strani potreba po zapolnjevanju pravnih praznin in na drugi strani potreba po pravni razlagi.⁷⁹⁹ V primeru razlage sodnik daje pomen obstoječemu pravnemu besedilu, v primeru zapolnjevanja pravnih praznin pa sodnik dodaja, dodatno ustvarja besedilo,⁸⁰⁰ seveda ne poljubno, pač pa s pomočjo metodoloških sredstev, npr. analogije.⁸⁰¹

Š. Gorjup v diplomskem delu o ZDZdr opozarja na pomanjkljivosti tipa pravnih praznin, ki so nastale, čeprav je zakon zelo obsežen⁸⁰² in je nastajal petnajst let, in škodijo bolnikom s hudimi duševnimi motnjami.⁸⁰³ Pravne praznine se v ZDZdr pojavljajo v obeh postopkih sprejema na hospitalno zdravljenje brez privolitve – v predlagalnem in nujnem primeru.⁸⁰⁴ Nujni postopek

⁷⁹⁹ Novak, 2010, 379.

⁸⁰⁰ Novak, 2010, 379.

⁸⁰¹ Novak, 2010, 385.

⁸⁰² ZDZdr ima 114 členov, v primerjavi s tem je ZNP le v 12 členih govoril o zdravljenju duševnih bolnikov.

⁸⁰³ Gorjup, 2011, 59-64.

⁸⁰⁴ Gorjup, 2011, 59.

za sprejem brez privolitve po ZDZdr se lahko začne v dveh primerih: a) na podlagi napotnice izbranega zdravnika ali b) ob posredovanju policije.⁸⁰⁵ V praksi se zelo pogosto začne na podlagi mnenja dežurnega psihiatra (sprejemnega zdravnika), potem ko oseba sama poišče pomoč ali jo pripeljejo svojci (slednje je v praksi pogostejše), ne da bi jo prej videl izbrani zdravnik. Zakon te možnosti ne predvideva. Višje sodišče se je glede tega že izreklo v sodbi,⁸⁰⁶ kjer je ugotovilo, da napotnica za sprejem ni nujna, saj strokovno presojo potrebe po nujnem sprejemu opravi sprejemni zdravnik v psihiatrični bolnišnici.⁸⁰⁷ Pravno praznino predstavlja tudi neurejenost vročanja v ZDZdr,⁸⁰⁸ kar praviloma izrazito podaljša redni ali predlagalni postopek, saj sodišče ne more opravljati procesnih dejanj, če nima izkazane pravilne vročitve.⁸⁰⁹

V praksi je verjetno še več težav, kot jih nastane zaradi pravnih praznin, posledica potrebe po razlagi besedila v ZDZdr. Pri pravni razlagi gre za delovanje v okviru pravnega besedila in ne za njegovo preseganje ali nadaljnje razvijanje, ne gre torej za dodajanje novega besedila.⁸¹⁰ Večinsko prepričanje pravne teorije je, da pravne praznine obstajajo in da jih je potrebno ustrezno zapolnjevati, zato da bi lahko pravni sistem učinkovito in pravično deloval (zakonodajalec s spremembo ali dopolnitvijo zakona ali sodišče s sodbo kot posamičnim pravnim aktom).⁸¹¹ R. Svetlič pojasnjuje pomen interpretacije v pravu s pomočjo pravne hermenevtike R. Dworkina in pravi takole: »v zakonu je vselej in neizogibno napisana samo 'polovica' prava. Druga polovica je 'nezapisljiva' in jo je treba s pomočjo interpretacije ustvariti ob posamičnem primeru uporabe, vsakič znova.«⁸¹² Dworkin je trdil, da ima v težkem primeru sodnik vedno na voljo kakšno (morda tudi nenapisano) moralnopravno načelo, ki ga lahko uporabi za rešitev vsakršne pravne situacije, s čimer se pravna praznina pravzaprav sploh ne pojavi.⁸¹³ Svetlič opozarja tudi na nujnost kulturnospecifičnih interpretacij pravnih besedil,⁸¹⁴ kar bi bilo seveda posebej relevantno, v kolikor bi odgovornim uspelo poenotiti evropsko zakonodajo o duševnem zdravju.

V primeru bolnika J., ki ga analiziramo v tej disertaciji, je bila ključna pravna razlaga 39. člena ZDZdr – predvsem dikcija prve alineje v delu, kjer navaja, da je eden izmed razlogov za

⁸⁰⁵ *Zakon o duševnem zdravju*, 2008, 53. - 57. člen.

⁸⁰⁶ Sodba Višjega sodišča v Ljubljani I Cp 303/2010, v Gorjup, 2011, 60.

⁸⁰⁷ Gorjup, 2011, 60.

⁸⁰⁸ Gorjup, 2011, 59.

⁸⁰⁹ Gorjup, 2011, 59.

⁸¹⁰ Novak, 2010, 379.

⁸¹¹ Novak, 2010, 380.

⁸¹² Svetlič, 2009, 227-229; glej tudi Svetlič, 2005, 189.

⁸¹³ Novak, 2010, 380.

⁸¹⁴ Svetlič, 2009, 229.

neprostovoljno hospitalno zdravljenje tudi *hujše ogrožanje svojega zdravja*. Za sodnikovo razlago so praviloma ključna izvedenčeva strokovna pojasnila, ki predstavljajo most med psihiatrično stroko in pravom, nekakšen »prevod« pacientovega psihičnega stanja v pravni jezik. Izvedenec s svojim strokovnim mnenjem pripomore k sodnikovi odločitvi o utemeljenosti neprostovoljnega zdravljenja. V primeru J. je bilo prvo mnenje izvedenca ob vseh znakih za kronično in hudo duševno motnjo, da J. svojega zdravja ne ogroža huje. Menim, da mora biti presoja stopnje ogrožanja zdravja širša od golega izključevanja neposredne življenjske ogroženosti. V primerih, kot je primer bolnika J., je po moji presoji in presoji mnogih klinikov ključna ocena bolnikovega uvida v lastno bolezensko stanje, s pomočjo česar ocenjujemo tudi avtonomnost njegovih odločitev. Svojci (tako starši kot tedaj že nekdanja žena) so poročali o popolni psihosocialni spremenjenosti in opisovali večletno J.-jevo funkcioniranje v okviru njegove subjektivne realnosti (kot domnevni direktor multinacionalke v ZDA, ki naj bi jo upravljal povsem izoliran v svoji stari otroški sobi). Duševno zdravje je po definiciji Svetovne zdravstvene organizacije stanje dobrega počutja (angl. *a state of well-being*), v katerem posameznik lahko realizira svoje sposobnosti, se sooča z vsakodnevnimi življenjskimi obremenitvami, lahko produktivno dela in prispeva k skupnosti.⁸¹⁵ Duševno zdravje tako ni ključno le za posameznike, pač pa tudi za njihove družine oz. bližnje in širšo družbo.⁸¹⁶ Tudi Vrhovno sodišče RS je zavzelo stališče, da je potrebno »obnašanje osebe presojati celovito«:

Že gramatikalna razlaga besedila, ki opredeljuje ta pogoj (v katerem je uporabljen nedovršni glagol „ogroža“), kaže na to, da je treba obnašanje zadržane osebe presojati celovito v določenem (daljšem) časovnem obdobju (sodišči prve in druge stopnje sta to storili za obdobje od opustitve jemanja zdravil). To je tudi logično, saj šele takšna ocena obnašanja določene osebe lahko daje realno podlago za zaključke o nujnosti zdravljenja – zgolj posamično, izolirano dejanje, kot ga izpostavlja revizija, bi namreč lahko narekovalo druge ukrepe (npr. pridržanje osebe, ki moti ali ogroža javni red in mir po Zakonu o policiji). Pravilna presoja obstoja vseh pogojev iz 39. člena ZDZdr tako narekuje celovito presojajo obnašanja osebe tudi v določenem časovnem obdobju pred dogodkom neposredno pred zadržanjem.⁸¹⁷

⁸¹⁵ World Health Organization, *Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice*, 2004, 10.

⁸¹⁶ World Health Organization, *Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice*, 2004, 10.

⁸¹⁷ VSRS Sklep II Ips 304/2010.

2.4.1 Terapevtska jurisprudenca

Pravo je na področju duševnega zdravja po večini interdisciplinarno po pristopu in vsebini, po svojem značaju pa je doktrinarno, ustavno in usmerjeno v varstvo pravic.⁸¹⁸ Terapevtska jurisprudenca je študij vloge prava kot terapevtskega dejavnika (pravna teorija⁸¹⁹); pravo pojmuje kot družbeno silo, ki lahko proizvede terapevtske ali protiterapevtske posledice (podobno kot zdravljenje lahko vodi v iatrogene bolezni).⁸²⁰ Terapevtska jurisprudenca, kot jo je utemeljil ameriški profesor prava D. B. Wexler,⁸²¹ nas spodbuja, da gledamo na učinke pravnih norm skozi njihov vpliv na življenja posameznikov, osredotoča se na terapevtske vidike uporabe prava na čustva, vedenje in duševno zdravje ljudi⁸²² in je v skladu z načeli etike skrbi.⁸²³ Wexler poudarja pomen povezovanja prava z dognanji drugih strok, predvsem psihiatrije, psihologije, kriminologije in socialnega dela,⁸²⁴ pa tudi javnega zdravja in filozofije.⁸²⁵ Aplikativno vrednost terapevtske jurisprudence opisujejo tako v kazenskem kot civilnem pravu,⁸²⁶ kar zadeva medicino, pa ne le v zakonodaji o duševnem zdravju, pač pa v zdravstveni zakonodaji nasploh.⁸²⁷

Teorija terapevtske jurisprudence izhaja iz ameriškega prava, vendar se je hitro razširila v mednarodno okolje, npr. v Anglijo, na Novo Zelandijo, v Avstralijo, v Španijo, na Portugalsko, v Latinsko Ameriko in na Karibe. Konference na to temo so potekale tudi v okviru Mednarodne akademije prava in duševnega zdravja⁸²⁸ na Dunaju, v Berlinu, Padovi, New Yorku in Pragi.⁸²⁹

Sodobno pravo o duševnem zdravju je bilo zasnovano v času revolucije pomena državljskih svoboščin.⁸³⁰ D. B. Wexler meni, da je nujno uvajanje duševnega zdravja v pravo duševnega zdravja, podobno kot so ekonomska načela zaznamovala razvoj prava varstva konkurence. Wexler domneva, da se to še ni zgodilo, ker je bilo pravo na področju duševnega zdravja

⁸¹⁸ Wexler, 2009, 108.

⁸¹⁹ Birgden, 2004, 285.

⁸²⁰ Wexler, 2009, 113; glej tudi Birgden, 2004, 285.

⁸²¹ Perlin, 2019, 1-6; glej tudi Marcus, 2019, 68.

⁸²² D. B. Wexler, *Practicing Therapeutic Jurisprudence: Psychological Soft Spots and Strategies*, 2000, v Perlin, 2019, 6.

⁸²³ D. B. Wexler, *Therapeutic Jurisprudence: Law as a Helping Profession*, 2007, v Perlin, 2019, 6.

⁸²⁴ D. B. Wexler, *Two Decades*, v Perlin, 2019, 6.

⁸²⁵ Birgden, 2004, 285.

⁸²⁶ Marcus, 2019, 68.

⁸²⁷ Cerminara, 2019, 56.

⁸²⁸ Angl. *International Academy of Law and Mental Health Conferences*.

⁸²⁹ Perlin, 2017.

⁸³⁰ Wexler, 2009, 108.

zamišljeno kot korekcija nasilnega izvrševanja državnih psihiatričnih pristojnosti.⁸³¹ Posledično je bilo pravo na omenjenem področju v marsičem del antipsihiatričnega gibanja, nezaupljivo do zdravstva in njegovih izvajalcev.⁸³² M. Wyder idr. na avstralskem primeru pojasnjujejo, da terapevtska jurisprudenca v kontekstu zdravljenja duševnih motenj uravnoteža med zaščito individualnih svoboščin in klinično agendo, ter poskuša v dobrobit bolnikov vključiti vrednote obeh.⁸³³ Naloga terapevtske jurisprudence je najprej identifikacija in nato empirična raziskava odnosa med pravno ureditvijo in terapevtskimi izidi. Taka raziskava je nujno interdisciplinarna, vključuje pravo, filozofijo, psihiatrijo, psihologijo, socialno delo, kazensko pravosodje, javno zdravstvo itd. Rezultati takšnega raziskovanja dajejo ustrezne usmeritve tudi političnim opredelitvam do pravnih sprememb.⁸³⁴ Wexler poudarja, da terapevtska jurisprudenca poziva k jasni predstavitvi terapevtskih posledic pravne ureditve, vendar ne predlaga, da naj terapevtske posledice prevladujejo nad drugimi vidiki presoje. Če študije neprostovoljnega zdravljenja potrjujejo rezultate terapevtske neučinkovitosti, bo toliko težje zagovarjati uporabo prisile. Tudi če rezultati potrjujejo terapevtsko učinkovitost, je še vedno potrebno odgovoriti na ločeno družbeno in normativno vprašanje o upravičenosti uporabe prisile.⁸³⁵ Normativno vprašanje je tudi, ali naj terapevtski cilji prevladajo nad drugimi potencialno pomembnimi normativnimi vrednotami, kot sta pacientova avtonomija in svoboda.⁸³⁶

Tudi v prihodnje bo v določenih primerih neprostovoljno zdravljenje hudih duševnih motenj neizogibno. Iz psihiatričnega vidika nedvomno primarno zaradi zdravljenja obolelega in preprečitve psihosocialnih posledic bolezni za posameznika in njegove bližnje, gotovo pa tudi z namenom zaščite okolice pred potencialno škodljivim vedenjem posameznika, ki izhaja iz nezdravljene duševne motnje. Oblikovanje ustreznih pristopov in praks mora biti zaradi narave problema interdisciplinarno zastavljen in kontinuiran proces – skladno z razvojem vseh udeleženih strok. Nujno je iskanje ravnovesja med različnimi pravicami obolelega (npr. njegovo pravico do avtonomnega odločanja o zdravljenju, kadar je avtonomno, in njegovo pravico in potrebo do ustrezne zdravstvene oskrbe) ter pravicami drugih (tako bolnikovih bližnjih kot širše javnosti).

⁸³¹ Wexler, 2009, 112.

⁸³² Wexler, 2009, 112.

⁸³³ Wyder idr., 2015, 45.

⁸³⁴ Wexler, 2009, 113.

⁸³⁵ Wexler, 2009, 114.

⁸³⁶ Wexler, 2009, 114.

Modernizacija zakonodaj o duševnem zdravju (pa naj gre za ločene ali integrirane zakone) je nujna za zagotavljanje standardov kvalitetne zdravstvene oskrbe, razvoja mreže zdravstvene oskrbe in zaščite človekovih pravic.⁸³⁷

Na dokazih temelječi pristop k zdravstveni zakonodaji o duševnem zdravju bi vodil k večjemu poudarku na zdravstvenih potrebah, in odvrnil fokus od tveganj oz. nevarnosti, ki izhajajo iz duševnih motenj.⁸³⁸ Predvsem psihiatri izpostavljajo pomanjkanje empiričnih podatkov o najboljši praksi. Psihiatrija je medicinska stroka, ki se na interdisciplinarnem področju neprostovoljnega zdravljenja slabše znajde. Ujeta je med medicinsko težnjo po zdravljenju in zakonsko utemeljenostjo, med skrbjo in prisilo.⁸³⁹ Tenzije med vrednotami prava, za katerega je neprostovoljno zdravljenje v prvi vrsti omejitev prostosti, in medicine, za katero je zdravljenje imperativ, razkriva nasprotujoče si vrednote.⁸⁴⁰ R. Peele in P. Chodoff menita, da vse stroke ravnajo v skladu z lastno etiko in da gre v bistvu za vprašanje, čigava etika naj prevlada.⁸⁴¹ S. Wildeman se na primeru kanadskih sodnih odločitev sprašuje, ali je odnos med pravom in psihiatrijo v krizi.⁸⁴² Psihiatrija nima lastnega etičnega kodeksa,⁸⁴³ bioetika ne daje zadostne opore pri razreševanju nekaterih največjih izzivov sodobne psihiatrije.⁸⁴⁴ Razumevanje avtonomije posameznika tudi skozi njegovo sposobnost koriščenja pravice do ustreznega zdravljenja in pravice do drugih ukrepov, nujnih za podporo osebne svobode in samoodločanja, in ne zgolj kot odsotnost vmešavanja v njegove izražene preference, je potencial za izboljšanje dostopa do človekovih pravic.⁸⁴⁵ Ena izmed prednosti bioetike je ravno njena interdisciplinarnost, naloge razreševanja nekaterih najtežjih aktualnih etičnih dilem v psihiatriji bioetiko še čakajo.⁸⁴⁶

⁸³⁷ Funk in Drew, 2015, 527.

⁸³⁸ Bhugra idr., 2017, 788.

⁸³⁹ Welsh in Deahl, 2002, 254.

⁸⁴⁰ Peele in Chodoff, 2009, 212; Wildeman, 2010, 2.

⁸⁴¹ Peele in Chodoff, 2009, 212, 226.

⁸⁴² Wildeman, 2010.

⁸⁴³ Adshead, 1999, 327; glej tudi Welsh in Deahl, 2002, 253.

⁸⁴⁴ Williams, A. R., 2016, 221.

⁸⁴⁵ Williams, A. R., 2016, 221.

⁸⁴⁶ Williams, A. R., 2016, 226.

3 DOSTOJANSTVO V KONTEKSTU HUDE DUŠEVNE MOTNJE

Stigmatizacija in diskriminacija oseb z duševnimi motnjami predstavljata velik javni izziv, ki ogroža temeljne demokratične vrednote in človeško dostojanstvo.⁸⁴⁷

Dostojanstvo je kompleksen koncept, s katerim se ukvarjajo različna področja znanosti. Srečujemo ga v filozofiji, medicini in zdravstveni negi, pravi, socialnih vedah in še bi lahko naštevali. Razumevanje dostojanstva se je skladno z zgodovinskim in kulturnim razvojem družb spreminjalo. Sodobno razumevanje dostojanstva predstavlja izhodišče za temeljne in univerzalne človekove pravice, kot jih povzema *Splošna deklaracija človekovih pravic* (v nadaljevanju SDČP). Prizadevanje za spoštovanje človekovega dostojanstva je vseprisotno, abstraktnost tega koncepta pa nas postavlja pred težek izziv razumevanja ideje človeškega dostojanstva. Kaj je dostojanstvo, kaj je dostojanstveno? Na to vprašanje moramo poskušati odgovoriti, da sploh lahko konkretiziramo prakse, ki naj bi pripeljale do spoštovanja človekovega dostojanstva.

V *Leksikonu filozofije* Antona Stresa preberemo, da dostojanstvo kot lastnost »tistega, ki je njen nosilec, notranje zaznamuje in razlikuje od drugih. Gre za posebno odličnost bodisi v družbenem ali moralnem pomenu besede. Dostojanstvo terja zase spoštovanje.«⁸⁴⁸ V družbenem pomenu so »dostojanstveniki« ljudje, ki jim v skupnosti pripada višji ugled kot drugim. V tem smislu gre za zunanjo lastnost, ki je vezana na položaj posameznika v družbi in jo označuje izraz »čast«. V moralnem pomenu besede je dostojanstvo notranja značilnost vsakega človeka, zato ker je človek (po tem se razlikuje od drugih bitij).⁸⁴⁹

Ko je govora o dostojanstvu, naletimo na precejšnjo konceptualno zmedo. P. Tiedemann opozarja, da je izraz človeško dostojanstvo postal del pravne terminologije relativno pozno in sprva v popolnoma drugem kontekstu, in sicer v povezavi z dolžnostjo države, da ustvarja življenjske razmere, ki omogočajo človeka vredno življenje.⁸⁵⁰

⁸⁴⁷ Petek idr., 2017, 125.

⁸⁴⁸ Stres, 2018, 179.

⁸⁴⁹ Stres, 2018, 179.

⁸⁵⁰ P. Tiedemann, *Was ist Menschenwürde?*, 2006, 13, v Svetlič, 2009, 155.

V starem in srednjem veku ter renesansi praktično ni bilo razlike med dostojanstvom in častjo. Dostojanstvo so razumeli kot lastnost, ki se gradualno razlikuje (od maksimuma do ničle). To je v nasprotju z današnjim razumevanjem pojma, ko dostojanstvo vsakemu človeku brezpogojno pripisujemo. Stara raba še odzvanja v izrazu »dostojanstvenik« (npr. cerkveni), ki temelji na pripadnosti nekemu položaju. Za moderno rabo dostojanstva odločilen premik prinese filozofija I. Kanta.⁸⁵¹ Izvor človekovega dostojanstva ni v višini njegove vrednosti, pač pa v nezamenljivosti le-te,⁸⁵² človekovega dostojanstva ne moremo komercializirati:

To, kar se nanaša na obča človeška nagnjenja in potrebe, ima tržno ceno; kar je, tudi če ne predpostavlja potrebe, v skladu z določenim okusom, se pravi z dopadanjem za golo brezsmotno igro naših duhovnih sil, ima afekcijsko ceno (Affektionspreis). To pa, kar je edini pogoj za to, da je nekaj lahko smoter na sebi, nima zgolj relativne vrednosti, se pravi cene, pač pa je notranja vrednost, se pravi dostojanstvo.⁸⁵³

Zmožnost za moralo človeku zagotavlja, da je smoter na sebi, kar izpostavi ena izmed formulacij kategoričnega imperativa:⁸⁵⁴

Deluj tako, da boš človeštvo tako v tvoji osebi kakor v osebi vsakogar drugega vselej uporabljal hkrati kot smoter, nikoli zgolj kot sredstvo.⁸⁵⁵

To ne pomeni, da človek ne more biti koristen za sočloveka, niti, da tega ne smemo pričakovati, le nikoli ga ne smemo uporabiti zgolj kot sredstvo.⁸⁵⁶

Bivši sodnik Evropskega sodišča za človekove pravice, Boštjan M. Zupančič, je pred leti zapisal, da se mu »celo po desetih letih na Evropskem sodišču za človekove pravice še vedno postavlja preliminarno vprašanje, namreč, kaj je prava narava človekovih pravic« in v nadaljevanju navedel, da »nihče namreč zares ne ve, kaj je človekovo dostojanstvo«.⁸⁵⁷

Stigmatizacija in diskriminacija oseb z duševnimi motnjami sta velik javni problem, ki resno ogroža temeljne demokratične vrednote in človeško dostojanstvo.⁸⁵⁸ Svetovna zdravstvena organizacija (v nadaljevanju SZO) je v *Mental Health Action Plan 2013–2020* izpostavila

⁸⁵¹ Svetlič, 2009, 155.

⁸⁵² Svetlič, 2009, 156.

⁸⁵³ I. Kant, *Utemeljitev metafizike nravi*, 2005, 434-435, v Svetlič, 2009, 155-156.

⁸⁵⁴ Svetlič, 2009, 156.

⁸⁵⁵ I. Kant, *Utemeljitev metafizike nravi*, 2005, 429, v Svetlič, 2009, 156.

⁸⁵⁶ Svetlič, 2009, 156.

⁸⁵⁷ Zupančič, 2009, 26.

⁸⁵⁸ Petek idr., 2017, 125.

pomen promocije socialne pravičnosti, enakih možnosti in dostojanstva oseb z duševnimi motnjami, s ciljem njihove demarginalizacije v družbi.⁸⁵⁹ Izolirano osredotočanje zgolj na zdravljenje duševnih motenj za strategije promocije duševnega zdravja ne zadostuje.⁸⁶⁰ Med slabim duševnim zdravjem in socialno izključenostjo zaradi duševnih motenj (vključno z nezaposljivostjo, stigmo, marginalizacijo, revščino, kriminalom in nasiljem v družinah) obstaja povratna povezava.⁸⁶¹ Cilj akcijskega načrta SZO je omogočanje koriščenja celotne palete človekovih pravic za bolnike z duševnimi motnjami, omogočanje dostopa do visoko kakovostne, določeni kulturi primerne zdravstvene in socialne oskrbe ter promocija okrevanja v smislu najvišjega možnega dostopnega standarda zdravja. Vse naštetu je nujno za kakovostno vključevanje v družbo.⁸⁶² Razvoj evropskih zakonodaj, načrtov in mreže pomoči na področju duševnega zdravja naj bi temeljili na spoštovanju človekovega intrinzičnega dostojanstva.⁸⁶³

Etika štirih načel (glej podpoglavje 1.1.1) je v sedemdesetih letih 20. stoletja postala vodilna paradigma zahodne medicine. Štiri načela te etike so spoštovanje bolnikove avtonomije, načelo neškodovanja, načelo koristnosti in načelo pravičnosti po T. L. Beauchampu in J. F. Childressu.⁸⁶⁴ V nasprotju s temi štirimi principi so prevladujoča načela evropske bioetike spoštovanje posameznikove avtonomije, dostojanstvo, integriteta in ranljivost.^{865,866} Avtorji raziskovalnega projekta *BIOMED II*⁸⁶⁷ navajajo, da so ti bioetični principi v različnih evropskih državah uporabljeni (razumljeni in institucionalizirani) precej različno,⁸⁶⁸ kar sem nagovorila že v poglavju o avtonomiji subjekta. Hermenevitična analiza njihove rabe v različnih evropskih državah je razkrila pluralizem v interpretaciji in statusu posameznih načel.⁸⁶⁹ Tudi A. MacIntyre piše o kulturni specifičnosti opisov dostojanstva: razumevanje dostojanstva se med kulturami in družbami razlikuje, še več, težko je celo doseči strinjanje znotraj ene pluralistične družbe.⁸⁷⁰

⁸⁵⁹ Saxena in Hanna, 2015, 355.

⁸⁶⁰ Petek idr., 2017, 123.

⁸⁶¹ Samele idr., 2013, 42.

⁸⁶² World Health Organization, *Mental Health Action Plan 2013-2020*, 2013, 9.

⁸⁶³ Saxena in Hanna, 2015, 356.

⁸⁶⁴ Beauchamp in Childress, 2013, 101-301; glej tudi Bloch in Green, 2006, 33-38; Robertson in Walter, 2014, 13-16.

⁸⁶⁵ Rendtorff, 2002, 235-244.

⁸⁶⁶ Pri dokazovanju deficitov v avtonomiji se pogosto izhaja iz specifične ranljivosti posameznika (Haugen, 2010, 203).

⁸⁶⁷ V drugi polovici devetdesetih let je v 22 evropskih državah potekal interdisciplinarni raziskovalni projekt o prevladujočih etičnih principih v biomedicini in biopravu - *BIOMED II* (Rendtorff, 2002). Avtonomija, dostojanstvo, integriteta in ranljivost so bili štirje identificirani etični principi, ki jih v literaturi opredeljujejo kot novo evropsko bioetiko (Jacobson, 2007, 297).

⁸⁶⁸ Rendtorff, 2002, 235-236.

⁸⁶⁹ Rendtorff, 2002, 239.

⁸⁷⁰ A. MacIntyre, v Feldman, 2002, 128.

V evropski bioetiki je etično načelo dostojanstva definirano tako kot intrinzična vrednost kot dejstvo konstruktivne moralnosti v človeških odnosih.⁸⁷¹ J. D. Rendtorff dostojanstvo v evropski bioetiki opredeljuje kot intersubjektivni koncept s številnimi pomeni. a) Gre za intrinzično vrednost človeškega bitja v skupnosti ali družbi. b) Vključuje spoštovanje moralnega delovanja in presojanja (angl. *moral agency*) človeškega subjekta. c) Človeka ne moremo komercializirati (nima cene). d) Človeško dostojanstvo se nanaša na človekov nedeterminiran položaj v univerzumu, človek lahko kreira svojo usodo. e) Samospoštovanje, ponos, sram, občutki inferiornosti in degradacije so povezani z dostojanstvom, izraženim v intersubjektivnih odnosih med posamezniki. f) Dostojanstvo je zaradi potrebe po civiliziranem vedenju lahko razlog omejitvam in intervencam v »tabu situacijah«. g) Dostojanstvo se nanaša tudi na metafizične izkušnje ljudi na eksistencialnem robu zaradi ponižujočega vedenja. Kar zadeva človekove pravice in dostojanstvo, tako Rendtorff, človekovo dostojanstvo predstavlja intrinzično vrednost in temeljno enakost vseh ljudi.⁸⁷² L. Burns, kanadski raziskovalec, ki se ukvarja z interpretacijo dostojanstva v kontekstu raziskav na ljudeh, meni, da je raba načel avtonomije, integritete, ranljivosti in dostojanstva (oz. teža, ki jo pripisujemo posameznim načelom) nedvomno tudi kontekstualno odvisna. Opozarja pa, da bi načrtovalci zakonodaj (v izogib potencialnim kontradikcijam) vendarle potrebovali več usmeritev.⁸⁷³

Obstajajo številne taksonomije dostojanstva. R. Ashcroft⁸⁷⁴ znanstvenike glede na njihovo stališče do dostojanstva razdeli v štiri skupine: a) tiste, ki menijo, da je »govor o dostojanstvu« nekoherenten in v najboljšem primeru ničemur ne služi, v najslabšem primeru pa je raba besede dostojanstvo lahko celo zavajajoča, b) tiste, ki menijo, da so nekateri vidiki govora o dostojanstvu poučni, vendar lahko dostojanstvo zreduciramo na avtonomijo (v to skupino Ashcroft šteje D. Beylevelde in R. Brownsorda, tudi R. Macklin⁸⁷⁵ bi lahko uvrstili v to skupino etikov), c) tiste, ki menijo, da je koncept dostojanstva le eden izmed konceptov o zmožnostih (angl. *capabilities*), funkcioniranju in socialnih interakcijah (sem Ashcroft uvršča na primer A. Sena in M. Nussbaum⁸⁷⁶) in d) tiste, ki razumejo dostojanstvo kot metafizično lastnost vseh in

⁸⁷¹ J. D. Rendtorff in P. Kemp, 2000, 31, v Rendtorff, 2002, 237.

⁸⁷² Rendtorff, 2002, 237.

⁸⁷³ Burns, 2008, 204.

⁸⁷⁴ Ashcroft, 2004, 679-682.

⁸⁷⁵ *The British Medical Journal* je leta 2003 objavil kontroverzen članek profesorice medicinske etike, R. Macklin, z naslovom *Dignity is a useless concept*, v katerem avtorica zagovarja idejo, da je dostojanstvo v medicini in biomedicinski etiki neuporaben koncept, saj naj bi spoštovanje dostojanstva ne pomenilo ničesar drugega kot spoštovanje avtonomije posameznikov, ki ga izkazujemo z njihovim informiranim soglasjem k zdravljenju in nedisikriminirajočo medicinsko prakso (Macklin, 2003, 1419-1420).

⁸⁷⁶ M. Nussbaum posebej izpostavlja bolnike s fizično ali duševno prizadetostjo kot eno od skupin ljudi, ki je v sodobnih družbah manj pravično obravnavana (Nussbaum, 2006, str. 14-18).

samo človeških bitij, torej dostojanstvo, ki tvori osnovo za moralno filozofijo in človekove pravice. Med slednje Ashcroft umešča ameriškega bioetika L. Kassa, sicer pa gre v tej skupini za prevladujoče mnenje evropske bioetike.⁸⁷⁷

C. Foster v svoji taksonomiji ločuje zgolj med tistimi, ki menijo, da je dostojanstvo uporaben koncept (sem uvršča kategoriji c in d Ashcroftove taksonomije), in tistimi, ki menijo, da je koncept dostojanstva neuporaben (v to skupino uvršča Ashcroftovi kategoriji a in b).⁸⁷⁸ Za Fosterja dostojanstvo ni le eno izmed zelo pomembnih načel v bioetiki, temveč v resnici edino načelo. Dokazuje, da so štirje principi zahodnomedicinske etike po T. L. Beauchampu in J. F. Childressu (torej avtonomija, neškodovanje, koristnost in pravičnost) pravzaprav načela drugega reda, ki vsa izhajajo iz dostojanstva. Foster predlaga konsekvencialističen pristop, v katerem je subjekt etične in pravne analize »transakcija v bioetičnem srečanju« (angl. *the transaction that constitutes the whole bioethical encounter*) – izbira tiste izmed možnosti v neki situaciji, ki maksimizira dostojanstvo na svetu, vključujoč vse deležnike (angl. *stakeholders*).⁸⁷⁹ Pravi takole: »Subjekt neke etične ali pravne analize ni bolnik, zdravnik, družba ali karkoli drugega, temveč *transakcija*, ki predstavlja celoto bioetičnega srečanja. Praktično vsako srečanje vključuje več deležnikov.«⁸⁸⁰ In naprej: »Zahteve po dostojanstvu vseh deležnikov do transakcije se seveda upoštevajo. V praksi, zahteve bolnika so verjetno prevladujoče. Vendar to ne pomeni, da se zahteve drugih prezrejo.«⁸⁸¹ In še: »Pogosto bo možno izpogajati rešitev, ki omogoča ohranjanje in izražanje dostojanstva vseh ali večine deležnikov, znotraj meja izvedljivih možnosti.«⁸⁸²

C. Feldman⁸⁸³ pojasnjuje, da kompleksna ideja dostojanstva deluje na treh ravneh: a) dostojanstvo kot intrinzična lastnost človeštva, b) dostojanstvo skupin ljudi (ta preprečuje diskriminacijo med skupinami in zagotavlja pravice in nadaljevanje kulturnih tradicij – npr. pravila proti genocidu) in c) individualno dostojanstvo (sem uvrščamo tudi pravico, da človek sprejme ali zavrne ponujeno zdravljenje). Zadnji dve obliki dostojanstva sta lahko subjektivni ali objektivni. Pravne implikacije navedenih treh oblik dostojanstva so različne. Zdravljenje brez bolnikovega soglasja je praviloma prepovedano z zakonom, vendar moramo zaradi številnih stanj in bolezni pogosto razreševati težka vprašanja o odnosu med dostojanstvom in

⁸⁷⁷ Foster, 2011, 41.

⁸⁷⁸ Foster, 2011, 40-41.

⁸⁷⁹ Foster, 2011, 15.

⁸⁸⁰ Foster, 2011, 15.

⁸⁸¹ Foster, 2011, 15.

⁸⁸² Foster, 2011, 15.

⁸⁸³ Feldman, 2002, 125-128.

avtonomijo ter med različnimi vrstami dostojanstva. Kadar država zastopa neki pogled na to, kaj je nujno za dostojanstveno življenje, mora vzpostaviti mehanizme, ki omejujejo svobodo ljudi do proste izbire.⁸⁸⁴ V tem kontekstu Feldman dostojanstvo opiše kot dvorezen meč, ko postane orodje v rokah snovalcev zakonodaje in sodnikov.⁸⁸⁵ Takole pravi: »Iskanje človekovega dostojanstva lahko izbiro, bolj kot jo izboljša, pravzaprav ogrozi in v določenih okoliščinah omeji cilj tradicionalnih človekovih pravic in temeljnih svoboščin 'prve generacije',⁸⁸⁶ namesto, da bi ga širilo.«⁸⁸⁷

D. Beyleveld in R. Brownsword pišeta o dveh nasprotujočih si konceptih dostojanstva, in sicer o dostojanstvu kot pooblastilu (angl. *dignity as empowerment*) in dostojanstvu kot omejitvi (angl. *dignity as constraint*). Prvi koncept temelji na intrinzičnem človeškem dostojanstvu in se odraža v avtonomiji. Drugi koncept (dostojanstvo kot omejitev) je krovni koncept številnih »pristopov dolžnosti« (angl. *duty-driven*), ne le spoštovanje dostojanstva drugih, temveč tudi skrb za lastno dostojanstvo. V tej smeri naj bi se razvijala nova evropska bioetika. Tenzija med tema dvema konceptoma na neki način odraža znano napetost med zahtevo po avtonomiji (ta se odraža v favorizirani avtonomiji, v medicini v obliki informiranega pristanka na zdravljenje) in zahtevo po drugih vrednotah družbe.⁸⁸⁸ Dostojanstvo kot omejitev je okvir, znotraj katerega se gibljemo pri postavljanju omejitev v biomedicini. Odseva prepričanje, da naj bi biomedicino v 21. stoletju vodila skupna vizija človekovega dostojanstva, ki presega individualnost (in s tem »kaprice« individualne izbire). Beyleveld in Brownsword pravita takole: »Če razmišljamo o spoštovanju človeškega dostojanstva kot o eni izmed konstitutivnih vrednot naše družbe (bodisi kot o elementu javnega interesa ali javne varnosti bodisi kot eni temeljnih vrednot naše skupnosti), potem tiste individualne preference in izbire, ki niso v skladu s spoštovanjem človeškega dostojanstva, preprosto niso možna izbira.«⁸⁸⁹

⁸⁸⁴ Dobro poznana je odločitev francoskih sodišč, da lahko človekovo dostojanstvo uporabimo paternalistično in zavoljo le-tega omejimo pravico do svobodne individualne izbire kot v primeru nizkorastlih umetnikov *lancer des nains*, ki so se preživljali s tem, da so jih v cirkuški točki lučali v zrak. S tem so postavili človekovo dostojanstvo na ravni skupine (ljudje s prirojeno hibo) in dostojanstvo človeštva kot vrste nad svobodno posameznega člana skupine do tega, da dovoli lastno »izkoriščanje« (v konkretnem primeru fizične) hibe za zabavo in preživljanje (Feldman, 2002, str. 127).

⁸⁸⁵ Feldman, 2002, 126.

⁸⁸⁶ Kot prvo generacijo (tudi prvo skupino) človekovih pravic opredeljujemo tiste človekove pravice, ki so bile najprej priznane, to so politične in državljanske svoboščine, ki služijo odpravljanju diskriminacij ter zagotavljanju enakosti in svobode vsem (Stres, 2019, 131). Povzema jih *Splošna deklaracija človekovih pravic*.

⁸⁸⁷ Feldman, 2002, 126.

⁸⁸⁸ Beyleveld in Brownsword, 2001, 11.

⁸⁸⁹ Beyleveld in Brownsword, 2001, 29.

L. Nordenfelt ločuje med štirimi oblikami dostojanstva: a) dostojanstvom zaradi zaslug (angl. *dignity of merit*), b) dostojanstvom zaradi moralnega statusa oz. veličine (angl. *dignity of moral stature*), c) dostojanstvom identitete (angl. *dignity of identity*), s katerim povezuje tudi bolezni in staranje, in d) univerzalnim človekovim dostojanstvom v »kantovskem« smislu.⁸⁹⁰

N. Jacobson si v konceptualni zmedbi govora o dostojanstvu pomaga z nosilci dostojanstva (posameznik ali skupina), temelji dostojanstva (npr. ker je človek človek) in posledicami dostojanstva. S pomočjo tega okvira ločuje med a) intrinzičnim (angl. *human dignity*) in b) socialnim dostojanstvom (angl. *social dignity*).⁸⁹¹ Intrinzično dostojanstvo je abstraktna, univerzalna kvaliteta vrednosti, ki pripada vsem človeškim bitjem, ne more biti ustvarjena ali uničena.⁸⁹² Socialno dostojanstvo se ustvarja v interakcijah med posamezniki, kolektivi ali družbami in ga delimo na *dignity-of-self* in *dignity-in-relation*.⁸⁹³ Prva oblika socialnega dostojanstva, tako Jacobsonova, je kvaliteta samospoštovanja in lastne vrednosti, ki se kaže v značilnostih kot samozavest in integriteta,⁸⁹⁴ druga se nanaša na vrednost posameznika zaradi njegovih zaslug, pa tudi na zgodovinski pomen dostojanstva kot družbenega statusa.⁸⁹⁵ Socialno dostojanstvo doživljamo v socialnih interakcijah, lahko ga pridobimo, ogrozimo, izgubimo, kršimo in spodbujamo.⁸⁹⁶

Jacobsonova predlaga, da je v kontekstu dostojanstva in zdravljenja potrebno najprej preveriti, ali je mišljeno intrinzično ali socialno dostojanstvo, saj nasprotno privede v kontradikcije. Večina empiričnih del se osredotoča na socialno dostojanstvo, medtem ko ima intrinzično pomembno vlogo pri zagovorništvu pravice do zdravja. Jacobsonova zato predlaga, da se poskuša razjasniti, ali je percepcija socialnega dostojanstva v različnih populacijah enaka, in da se poskuša zdraviti na način, ki ohranja dostojanstvo vseh udeležencev v procesu zdravljenja.⁸⁹⁷ Intrinzično in socialno dostojanstvo se na različnih področjih manifestirata oz. uporabljata različno. V pravu dostojanstvo kombinira elemente obeh: intrinzično dostojanstvo tvori osnovo za dostojanstvo v pravu, medtem ko socialno vodi odločitve pri zaščiti in promociji dostojanstva

⁸⁹⁰ Nordenfelt, 2004, 69-81.

⁸⁹¹ Jacobson, 2007, 294.

⁸⁹² Jacobson, 2009.

⁸⁹³ Jacobson, 2007, 294; Jacobson, 2009.

⁸⁹⁴ Jacobson, 2007, 294. Nordenfelt to obliko dostojanstva imenuje *dignity of identity* (dostojanstvo identitete) (Nordenfelt, 2004, 69; Jacobson, 2007, 294).

⁸⁹⁵ L. Nordenfelt to obliko dostojanstva opredeljuje kot *dignity of moral stature* (dostojanstvo zaradi moralnega statusa oz. veličine) in *dignity of merit* (dostojanstvo zaradi zaslug) (Nordenfelt, 2004, 69; Jacobson, 2007, 295).

⁸⁹⁶ Jacobson, 2007, 293-294; Jacobson, 2009.

⁸⁹⁷ Jacobson, 2007, 299.

v specifičnih okoliščinah. Podobno v bioetiki ideje intrinzičnega dostojanstva prevladujejo v teoriji, socialno dostojanstvo v praksi.⁸⁹⁸

Kot smo videli, obstajajo številne taksonomije dostojanstva, ki velja za abstrakten in izjemno kompleksen koncept, kar ovira oblikovanje konkretnih praks v sicer vseprisotnem prizadevanju za njegovo spoštovanje. Evropska bioetika govori o etičnem načelu dostojanstva (kot enem izmed ključnih etičnih načel) v smislu intersubjektivnega koncepta s številnimi pomeni. Vse od človekove intrinzične in neodtujljive vrednosti do pomena dostojanstva v funkciji intersubjektivnih odnosov in potrebe po omejitvi v določenih tabu situacijah. Raba načela dostojanstva je torej tudi kontekstualno odvisna. Problematične so različne ravni abstrakcije, ki zahtevajo interpretacije. Tako v bioetičnem kontekstu beremo tudi o »reduciranju« dostojanstva na spoštovanje posameznikove avtonomije, govora je o »uporabnosti« oz. »neuporabnosti« koncepta dostojanstva ipd. C. Foster dokazuje, da dostojanstvo ni *eno* izmed načel v bioetiki, pač pa *edino* načelo, iz katerega so ostala izpeljana. Predlaga pristop, v katerem subjekt etične analize ni bolnik (čigar zahteve po dostojanstvu sicer ostajajo središčne), temveč transakcija v specifični bioetični situaciji, iz česar izhaja potreba po tisti izmed možnosti, ki maksimizira dostojanstvo za vse deležnike v procesu.

Za kontekst raziskovanja v tej disertaciji je smiseln okvir, ki ločuje med intrinzičnim in socialnim in ga predlaga N. Jacobson. To omogoča, da razmejimo abstraktnejšo dimenzijo intrinzičnega dostojanstva od dostojanstva v socialnih interakcijah. Prvo predstavlja univerzalno moralno vrednost vseh ljudi, v katere funkciji delujejo človekove pravice, ki jih mora pravo v zakonodajah ustrezno implementirati. Zahteve do zakonodaje so, da je v skladu s človekovimi pravicami. Socialno dostojanstvo lahko v nasprotju z intrinzičnim v odnosih pridobimo, ogrozimo, spodbujamo ali kršimo. Neločevanje obeh konceptov dostojanstva zato hitro privede v kontradikcije. Intrinzično in socialno dostojanstvo se uporabljata različno, četudi jih nikakor ne moremo ločiti. V bioetiki (tako Jacobsonova) koncept intrinzičnega dostojanstva prevladuje v teoriji, koncept socialnega dostojanstva pa v praksi. Iz slednjega izhajajo empirične študije. Podobno v pravu intrinzično dostojanstvo torej tvori osnovo za pravo človekovih pravic, medtem ko socialno dostojanstvo vodi odločitve v specifičnih okoliščinah zaščite in promocije dostojanstva. Iz kulturnih razlik in kulturnega pluralizma neizogibno izhajajo različne interpretacije načela dostojanstva, kar pravzaprav postavlja pod vprašaj možnost poenotenja praks v specifičnem momentu neprostoVOLjnega zdravljenja bolnikov s

⁸⁹⁸ Jacobson, 2007, 298.

hudimi duševnimi motnjami. Še več, tako zagovorniki neprostovoljnega zdravljenja v psihiatriji kot njegovi neomajni nasprotniki se sklicujejo na varovanje človekovega dostojanstva. Nekaj podobnega se dogaja v debatah o evtanaziji. S pomočjo razlikovanja med konceptoma človekovega intrinzičnega in socialnega dostojanstva bom v nadaljevanju analizirala problem neprostovoljnega zdravljenja bolnikov s hudimi duševnimi motnjami – kot tudi problem opustitve tovrstnega zdravljenja.

3.1 Intrinzično dostojanstvo kot moralna osnova za človekove pravice

Človek ima intrinzično ali izvorno dostojanstvo⁸⁹⁹ preprosto zato, ker je človek. Pripada mu zaradi njegovega univerzalnega človeškega statusa. Razumljeno je kot metafizična lastnost vseh in samo človeških bitij, torej dostojanstvo, ki tvori osnovo za moralno filozofijo in človekove pravice.⁹⁰⁰ Ker je človek nosilec neodtujljivega dostojanstva, je nosilec pravic in dolžnosti, svoboden in odgovoren moralni subjekt.⁹⁰¹ Vsak človek ima pravico do spoštovanja, enakopravnega obravnavanja in svobode.⁹⁰²

Po drugi svetovni vojni so bile sprejete številne mednarodne deklaracije in konvencije, ki so izpeljane iz človekovega intrinzičnega dostojanstva – dostojanstva, kot ga razumemo od časov I. Kanta. Kant (še) ni govoril o človekovih pravicah, pa vendar je artikuliral vse bistvene elemente tega koncepta, v prvi vrsti njihovo kategoričnost, ki omogoča, da človekove pravice razumemo kot absolutno zavezujoče.⁹⁰³ Kant je med modernimi filozofi tisti, ki je še posebej poudarjal dostojanstvo in lastno namembnost vsake človeške osebe – nosilca dostojanstva. Temelj tega dostojanstva je avtonomna moralnost – dejstvo, da človek lahko na osnovi svojega uma postavlja moralna načela, ki imajo občo veljavnost in torej veljajo tudi zanj.⁹⁰⁴ Koncept intrinzičnega dostojanstva je nepogrešljiv za opredelitev človekovih pravic,⁹⁰⁵ kot so zapisane v *Splošni deklaraciji človekovih pravic* iz leta 1948 (SDČP), *Evropski konvenciji o varstvu človekovih pravic in temeljnih svoboščin* (angl. ECHR) iz leta 1950, *Konvenciji o pravicah*

⁸⁹⁹ V angleški literaturi *human dignity*, v nemški *Menschenwürde*.

⁹⁰⁰ Ashcroft, 2004, 679.

⁹⁰¹ Stres, 2018, 179.

⁹⁰² Stres, 2018, 179.

⁹⁰³ Svetlič, 2009, 210.

⁹⁰⁴ Stres, 2018, 179.

⁹⁰⁵ Svetlič, 2009, 210; glej tudi Gilabert, 2018, 17.

invalidov (angl. UN CRPD) iz leta 2006, kot tudi v številnih za medicino relevantnih bioetičnih konvencijah in protokolih.

P. Gilabert dostojanstvo opredeli kot »moralno srce človekovih pravic«⁹⁰⁶ in poudarja nujnost razločevanja moralnih in pravnih človekovih pravic (v nacionalnem ali mednarodnem pravu).⁹⁰⁷ Moralne človekove pravice opredeli kot: a) pravice, ki jih b) imajo vsi ljudje (vsaj v sodobnem svetu), c) te pravice imajo normativno osnovo, ne glede na to, ali so že prepoznane v pravnih in političnih praksah, d) morale bi biti (in večinoma so) vsaj delno implementirane v pravnih in političnih praksah, e) imajo izjemno visoko prioriteto in f) so globalnega (ne le lokalnega) pomena.⁹⁰⁸ Moralne človekove pravice predstavljajo pomembno vodilo praksi pravnih človekovih pravic, njihovi vzpostavitvi, vzdrževanju in njihovim spremembam v času.⁹⁰⁹ Moralne pravice niso konvencionalne, kot so to pravne pravice; temeljne moralne pravice obstajajo tudi, če nihče ne verjame v njihov obstoj ali če jih nihče ne institucionalizira. Pravne pravice nimajo te normativne vrednosti.⁹¹⁰

P. Gilabert zagovarja koncept dostojanstva kot »solidarnostnega opolnomočenja« (angl. *solidaristic empowerment*), v skladu s čimer bi morali oblikovati socialno življenje prek negativnih in pozitivnih dolžnosti. Prve nosijo v sebi zahtevo, da ne zapravimo svojih sposobnosti ali zmožnosti, druge zahtevajo zaščito in razvoj svojih zmožnosti s pomočjo ustreznih strategij.⁹¹¹ Dostojanstvo je normativni status oseb, na katerega primerno odgovarjamo s solidarnostnim odzivom.⁹¹² Človekovo dostojanstvo nosi negativne in pozitivne dolžnosti drugih do posameznika, kar je zajeto tudi v 1. in 25. členu SDČP, ki vključujeta idejo bratstva in prepoznavata pravico do pomoči tistim, ki sami zase ne morejo poskrbeti.⁹¹³ Krepitev »situacijskega dostojanstva« je torej naša dolžnost. Stigma, povezana s sprejemanjem pomoči, je v številnih sodobnih zahodnih družbah pogosta, medtem ko na Vzhodu odvisnosti praviloma ne povezujejo s sramom.⁹¹⁴ Tudi zato je relacijska etika skrbi, ki med drugim izhaja iz človeške ranljivosti, potreb in soodvisnosti, na Vzhodu sprejemljivejša.

⁹⁰⁶ Gilabert, 2018, 1.

⁹⁰⁷ Gilabert, 2018, 11.

⁹⁰⁸ Gilabert, 2018, 11.

⁹⁰⁹ Gilabert, 2018, 13.

⁹¹⁰ Gilabert, 2018, 15.

⁹¹¹ Gilabert, 2018, 4-5.

⁹¹² Gilabert, 2018, 166.

⁹¹³ P. Gilabert govori o dolžnosti vsakogar, da spodbuja situacijsko dostojanstvo sočloveka (angl. *condition-dignity*) Gilabert, 2018, 258.

⁹¹⁴ Gilabert, 2018, 258.

S človekovimi pravicami (ki so izpeljane iz intrinzičnega dostojanstva) – predvsem s kompleksnimi interpretacijami soodvisnih človekovih pravic znotraj obstoječih pravnih pristopov – se bom podrobneje ukvarjala v četrtem poglavju, v tem poglavju se bom zato posvetila konceptu socialnega dostojanstva.

3.2 Socialno dostojanstvo v kontekstu duševnih motenj

P. Gilabert v izogib kontradikcijam izpostavlja nujnost ločevanja dveh tipov dostojanstva: a) statusno dostojanstvo (angl. *status-dignity*) in b) situacijsko dostojanstvo (angl. *condition-dignity*). V prvem primeru gre torej za normativno stanje, v skladu s katerim človeku pripadajo človekove pravice (intrinzično dostojanstvo), v drugem pa za konkretne okoliščine, v katerih se človek znajde,⁹¹⁵ ko lahko (kot N. Jacobson) govorimo o socialnem dostojanstvu. Ko pristopimo k človeku na način, prek katerega krepimo in ne uničujemo človekovih vrednostnih sposobnosti (angl. *valuable capacities*) – na način, ki človeku omogoča krepitev lastne avtonomije in dobrega počutja – krepimo njegovo situacijsko dostojanstvo.⁹¹⁶

L. Nordenfelt piše o dostojanstvu identitete, ki je oblika dostojanstva, povezana z integriteto subjektovega telesa in uma, in je v primeru bolezni in staranja verjetno najpomembnejša. Bolezen, poškodba ali staranje, pa tudi dejanja drugih oseb, lahko zmanjšajo ali kršijo tovrstno dostojanstvo,⁹¹⁷ zato je tudi v kontekstu hude duševne motnje in socialnega dostojanstva zanimivo ravno dostojanstvo identitete. Tovrstno dostojanstvo je lahko (ne pa nujno) odvisno od posameznikove samopodobe.⁹¹⁸ To dostojanstvo se lahko poveča ali izgubi zaradi dejanj drugih oseb ali zaradi sprememb v subjektivem telesu in duševnosti.⁹¹⁹ Oseba z invalidnostjo je lahko oseba z zmanjšano avtonomijo, kar pogosto povzroča izključenost iz določenih skupnosti.⁹²⁰ Te osebe praviloma potrebujejo tudi pomoč in skrb drugih, kar jih izpostavi posegom v njihovo zasebnost in integriteto.⁹²¹ Četudi razlogi za zaščito dostojanstva identitete izhajajo iz spoštovanja intrinzičnega dostojanstva, Nordenfelt izpostavi štiri ključne ločnice

⁹¹⁵ Gilabert, 2018, 3.

⁹¹⁶ Gilabert, 2018, 166.

⁹¹⁷ Nordenfelt, 2004, 74-75.

⁹¹⁸ Nordenfelt, 2004, 69.

⁹¹⁹ Nordenfelt, 2004, 69.

⁹²⁰ Nordenfelt, 2004, 76-77.

⁹²¹ Nordenfelt, 2004, 76-77.

med tema dvema oblikama: a) intrinzično dostojanstvo je enako za vse ljudi, b) intrinzičnega dostojanstva po definiciji ne moremo izgubiti, c) nesreča ali dogodek osebi ne more odvzeti njenega intrinzičnega dostojanstva in d) intrinzično dostojanstvo pripada živim (ne mrtvim⁹²²).⁹²³

N. Jacobson socialno dostojanstvo, ki izvira iz intrinzičnega, razdeli v: a) *dignity-of-self* in b) *dignity-in-relation*.⁹²⁴ Prva oblika socialnega dostojanstva ima vzporednice z Nordenfeltovim dostojanstvom identitete, Jacobsonova ga opisuje kot samozaupanje in samospoštovanje.⁹²⁵ Druga oblika (dostojanstvo v odnosih) se nanaša tako na moralni status kot na dostojanstvo zaradi zaslug, ki ga pridobimo s posebnim ravnanjem ali dosežkom.⁹²⁶ V vsakem primeru je socialno dostojanstvo tista oblika dostojanstva, ki ga lahko pridobimo ali izgubimo, lahko je ogroženo ali spodbujano,⁹²⁷ to ga razlikuje od intrinzičnega dostojanstva.

Izhajala bom torej iz socialnega dostojanstva bolnikov s hudo duševno motnjo – tako v kontekstu odločitve za neprostoVOLjno zdravljenje kot v kontekstu (neraziskanih) okoliščin odločitve proti neprostoVOLjnemu zdravljenju (in s tem odločitve za opustitev zdravljenja). Pri tem imam v mislih tudi konsekvencialističen pristop, ki ga v bioetičnem kontekstu predlaga C. Foster – namreč izbiro tiste izmed možnosti, ki maksimizira dostojanstvo za vse deležnike v t. i. bioetičnem srečanju,⁹²⁸ četudi ostajajo zahteve po dostojanstvu bolnika v praksi prevladujoče. Posledično se ne bom ukvarjala le z vidikom socialnega dostojanstva bolnikov, temveč tudi z izkušnjami njihovih svojcev in terapevtov. Pri delu sem omejena z maloštevilnimi empiričnimi študijami na majhnih populacijah specifičnih kulturnih okolij, ki nakazujejo potrebo po razširitvi raziskovalnih interesov.

⁹²² L. Nordenfelt meni, da se intrinzično dostojanstvo *ex hypothesi* navezuje na živega človeka (Nordenfelt, 2004, 80).

⁹²³ Nordenfelt, 2004, 79-80.

⁹²⁴ Jacobson, 2007, 294.

⁹²⁵ Jacobson, 2007, 294.

⁹²⁶ Jacobson, 2007, 295.

⁹²⁷ Jacobson, 2007, 295.

⁹²⁸ Foster, 2011, 15.

3.2.1 Neprosto voljno zdravljeni bolniki in subjektivna ocena dostojanstva

Kadar govorimo in pišemo o dostojanstvenem zdravljenju bolnikov s hudimi duševnimi motnjami, se presenetljivo redko ukvarjamo s tem, kaj bolniki sami doživljajo kot dostojanstveno. Kakšno je subjektivno razumevanje dostojanstvenega zdravljenja v psihiatriji? Empirična etika (angl. *empirical ethics*, kar bi morda lahko prevedli kot izkustvena etika) se kot poddisciplina razvija počasi.⁹²⁹ Tudi o tem, kaj kot dostojanstveno doživljajo psihiatri in svojci oz. skrbniki bolnikov, ki so zaradi hude duševne motnje potrebovali neprosto voljno zdravljenje, je bilo opravljenih zelo malo raziskav. Debate o neprosto voljnem zdravljenju v psihiatriji se praviloma osredotočajo na to, ali so tovrstni ukrepi »pravilni ali napačni«, in puščajo zelo malo prostora za bolj niansirano refleksijo o moralni utemeljitvi prisile.⁹³⁰ Kadar so bolniki retrogradno zmožni razumeti nujen prisilni ukrep v psihiatriji kot dobronameren in zaščitniški, se lažje soočajo z negativnimi izkušnjami⁹³¹ in posege praviloma odobravajo.

B. D. Kelly v članku o dostojanstvu, človekovih pravicah in dometu zakonodaje o duševnem zdravju izpostavi konkreten primer brezdomca z nezdravljeno duševno motnjo, ki se slači na ulici in je po objektivnih kriterijih družbe v nedostojanstvenem položaju, četudi sam svojega položaja (zaradi vpliva duševne motnje na njegovo dojetanje sebe in sveta okoli sebe) morda ne doživlja kot nedostojanstvenega. Posameznik brez duševne motnje, tako Kelly, bi enako situacijo najverjetneje doživljal kot subjektivno nedostojanstveno in bi poskušal svoj položaj izboljšati.⁹³² Striktne zagovorniki takojšnje odprave vsakršnih neprosto voljnih ukrepov pogosto pozabljajo, da v psihiatriji izhajamo iz posledic duševnih bolezni, ki vplivajo na vsa področja človekovega funkcioniranja, in ne izvajamo prisile »brez pravega razloga«. Tu se psihiatrija še vedno sooča s pečatom grozljivih političnih zlorab v preteklosti, primerov je žal veliko. V Evropi sega vse od nacizma do zlorab v režimih bližnje vzhodnoevropske preteklosti.

Empirične raziskave dostojanstva v procesu zdravljenja (najpogosteje v zdravstveni negi) izhajajo iz socialnega koncepta dostojanstva.⁹³³ Prisilo in občutke ponižanja ne občutijo le neprosto voljno hospitalizirani bolniki, o občuteni prisili v različnih situacijah poročajo tudi

⁹²⁹ Foster, 2011, 68.

⁹³⁰ Lorem idr., 2014, 232.

⁹³¹ Lorem idr., 2014, 237.

⁹³² Kelly, 2014, 77.

⁹³³ Jacobson, 2007, 299.

bolniki, ki se s sprejemom v bolnišnico in zdravljenjem sicer strinjajo,⁹³⁴ so pa tovrstne negativne izkušnje pri neprostovoljno hospitaliziranih bolnikih pogostejše.⁹³⁵ Neprostovoljno zdravljeni bolniki so izjemno ranljivi – tako zaradi zunanje omejitve in posegov s strani drugih oseb, kot zaradi omejitve, ki jo zanje predstavlja duševna motnja, ki jih notranje ovira.⁹³⁶ Ta skupina bolnikov je le redko povprašana po svojih izkušnjah.⁹³⁷ Za to populacijo bolnikov tudi nimamo primerne instrumenta, ki bi ga lahko uporabljali pri oceni subjektivnega dostojanstva. Praktično vse doslej izvedene ocene so bile narejene s pomočjo polstrukturiranih intervjujev, v omejenih okoljih in na zelo majhnih, izbranih populacijah bolnikov. Taka ocena tudi sicer zahteva visoko stopnjo sodelovanja bolnikov, česar prav najhuje bolni ne zmorejo. Primerjav med izkušnjami bolnikov, zdravljenih v različnih okoljih oz. po različnih kriterijih nacionalnih zakonodaj, skoraj ni.

V neki nemški raziskavi so primerjali odnos zdravih posameznikov (t. i. kontrolne skupine, v kateri je bilo 60 oseb) z odnosom bolnikov do rabe prisilnih metod v psihiatriji. V skupino bolnikov so vključili 90 posameznikov, ki so imeli izkušnje z različnimi prisilnimi metodami,⁹³⁸ diagnostično je šlo za bolnike s kroničnimi duševnimi motnjami (shizofrenija, shizoafektivna in bipolarna motnja).⁹³⁹ Skupinama so predstavili šest kliničnih vinjet, ki so ponazarjale etične dileme iz kliničnega vsakdana.⁹⁴⁰ V odnosu skupine bolnikov in skupine kontrolnih oseb do neprostovoljne hospitalizacije in neprostovoljne aplikacije zdravil v primeru neposredne nevarnosti ni bilo statistično signifikantnih razlik. Skupina bolnikov se je od kontrolne skupine razlikovala le v bolj negativnem odnosu do rabe fizičnega oviranja med zdravljenjem.⁹⁴¹ Fizično oviranje je bilo ocenjeno pomembno bolj negativno kot neprostovoljna aplikacija zdravil, predvsem na račun bolnikov, ki so sami imeli izkušnjo z oviranjem. Oviranje je bolnikom predstavljalo hud poseg v človekove pravice, izgubo dostojanstva in je sprožalo občutke strahu.^{942,943}

⁹³⁴ Bonsack in Borgeat, 2005, 342; Svindseth idr., 2007, 51.

⁹³⁵ Svindseth idr., 2007, 47.

⁹³⁶ Johansson in Lundman, 2002, 639.

⁹³⁷ Johansson in Lundman, 2002, 639.

⁹³⁸ Ni šlo zgolj za izkušnjo neprostovoljne hospitalizacije, temveč za različne prisilne metode, tudi neprostovoljno aplikacijo zdravil in fizično oviranje. V vzorcu bolnikov je bilo tudi 14,3 odstotka takih, ki niso imeli izkušnje neprostovoljne hospitalizacije (Mielau idr., 2016, 341).

⁹³⁹ Mielau idr., 2016, 338.

⁹⁴⁰ Mielau idr., 2016, 337.

⁹⁴¹ Mielau idr., 2016, 337, 341, 343.

⁹⁴² Mielau idr., 2016, 343-344.

⁹⁴³ Trenutno v sklopu doktorske naloge v Sloveniji poteka multicentrična randomizirana študija o rabi metode fizičnega oviranja v psihiatriji, ki izhaja iz nujnosti treninga osebja in redne rabe deeskalacijskih pogovornih tehnik

Italijanska raziskovalna skupina je leta 2017 objavila empirično študijo, v kateri je na vzorcu prostovoljno in neprostovoljno hospitaliziranih bolnikov z duševnimi motnjami uporabila in validirala modificiran *Patient Dignity Inventory* (s kratico PDI). Ta vprašalnik je bil prvotno razvit za oceno subjektivnega dostojanstva terminalno bolnih onkoloških bolnikov.⁹⁴⁴ Četudi gre za preliminarne rezultate, so avtorji študije zaključili, da je PDI lahko zanesljivo orodje za oceno subjektivne percepcije dostojanstva tudi med hospitaliziranimi bolniki na psihiatričnih oddelkih, njegova uporaba v praksi pa je nezahtevna.⁹⁴⁵ S pomočjo faktorke analize so zaključili, da na percepcijo dostojanstva vplivajo različne psihološke dimenzije doživljanja samega sebe in odnosov, na katere lahko duševne bolezni vplivajo zelo negativno (eksistencialni distress, anksioznost in negotovost glede prihodnosti, izguba avtonomije).⁹⁴⁶ Ugotavljali so, da anksiozni in depresivni bolniki doživljajo manj dostojanstva, pri čemer anksioznost in depresija nista bili zgolj posledica osnovne duševne motnje (bolniki so imeli različne diagnoze in prezentacije simptomov), pač pa je šlo tudi za odziv na okoliščine hospitalizacije.⁹⁴⁷

Bolniki so sprva praviloma zelo nezadovoljni, ko so nesoglasno sprejeti v bolnišnico, mnogi poročajo, da se počutijo ponižane in da jih je strah.⁹⁴⁸ Pogosto izpostavljajo, da so preslišani,⁹⁴⁹ večinoma menijo, da njihov sprejem v bolnišnico ni bil upravičen.⁹⁵⁰ Med negativnimi vidiki neprostovoljne hospitalizacije bolniki navajajo izključenost iz procesov odločanja, nezadostno skrb za potrebe s strani osebja, nesmiselnost zdravljenja ter občutke razvrednotenja.⁹⁵¹

Grčija velja za državo z alarmantno visokim odstotkom neprostovoljnih hospitalizacij.⁹⁵² Nedavna grška študija o izkušnjah bolnikov z neprostovoljnim zdravljenjem⁹⁵³ je ob negativnih čustvih strahu, jeze in izgube zaupanja, ki jih neprostovoljna hospitalizacija povzroči, pokazala tudi, da bolniki kot zelo pozitivno izkušnjo izpostavljajo zaščitniški in spoštljiv odnos osebja

z namenom zmanjševanja potrebe po fizičnem oviranju. Doktorat na to temo pripravlja Andreja Čelofiga, dr. med., spec. psih. z Oddelka za psihiatrijo UKC Maribor.

⁹⁴⁴ Di Lorenzo idr., 2017, 177-180.

⁹⁴⁵ Di Lorenzo idr., 2017, 188.

⁹⁴⁶ Di Lorenzo idr., 2017, 186.

⁹⁴⁷ Di Lorenzo idr., 2017, 187.

⁹⁴⁸ Nytingnes idr., 2016, 147; Seed idr., 2016, 82.

⁹⁴⁹ Johansson in Lundman, 2002, 643; Svindseth idr., 2007, 50; Van den Hooff in Groossensen, 2014, 425.

⁹⁵⁰ Katsakou in Priebe, 2007, 172.

⁹⁵¹ Katsakou in Priebe, 2007, 174-175.

⁹⁵² Stylianidis idr., 2017, 426.

⁹⁵³ Šlo je za štirinajst bolnikov s psihotičnimi motnjami, sedem moških in sedem žensk, ki so jih intervjujali v tematski skupini mesec dni po odpustu iz bolnišnice (Stylianidis idr., 2017, 425).

do njih.⁹⁵⁴ Pogosto je odnos neprostoVOLjno zdravljenih bolnikov do osebja ambivalenten, podobno imajo bolniki mešane občutke do svojcev, nihajo med občutki izdaje in zaščite. Pretežno negativne izkušnje lahko vodijo v nezaupanje do zdravstvenega sistema in posledično nove neprostoVOLjne hospitalizacije ob ponovitvah bolezenskih stanj.⁹⁵⁵ Tudi bolniki, vključeni v grško študijo, so lažje sprejemali neprostoVOLjno hospitalizacijo, če so se čutili obravnavani spoštljivo.⁹⁵⁶ Mnoge študije izpostavljajo terapevtski odnos kot ključen dejavnik pri predelavi potencialne travme neprostoVOLjne hospitalizacije in pri sprejemanju zdravljenja.⁹⁵⁷ Velja tudi obratno, namreč, da kršitve pravic bolnikov in nespoštljiv ter neprofesionalen odnos osebja lahko okrepijo negativne občutke tesnobe, strahu in jeze.⁹⁵⁸

Percepcije o neprostoVOLjnem zdravljenju se med zdravljenjem spreminjajo,⁹⁵⁹ kot se med zdravljenjem spreminjata proces mišljenja in čustvovanje. Četudi praktično vsi bolniki ob neprostoVOLjnem sprejemu menijo, da je sprejem v bolnišnico nepotreben, se njihova prepričanja čez čas spremenijo.⁹⁶⁰ Bolniki, ki prepoznajo lastno avtodestruktivnost ob sprejemu v bolnišnico, izražajo zadovoljstvo, da so jih zdravstveni delavci (s tedaj zanje neprostoVOLjno intervenco) zaščitili.⁹⁶¹ Britanska retrospektivna študija o oceni utemeljenosti neprostoVOLjnega sprejema na bolnišnično zdravljenje s strani bolnikov je pokazala, da se jih celo 83 odstotkov retrogradno strinja z neprostoVOLjnim sprejemom, pri čemer je šlo za tiste bolnike, ki so med zdravljenjem pridobili bolezenski uvid.⁹⁶² V irski študiji so ugotovili, da je 72 odstotkov bolnikov retrogradno odobravalo lastno neprostoVOLjno hospitalizacijo, kar so prav tako povezali z izboljšanjem bolezenskega uvida.⁹⁶³ Večja pregledna študija o posledicah neprostoVOLjnih hospitalizacij je pokazala, da se med 33 in 81 odstotkov bolnikov retrogradno strinja s sprejemom, večini se tudi pomembno izboljša zdravstveno stanje.⁹⁶⁴ Kljub dejstvu, da je bila hospitalizacija neprostoVOLjna, številni bolniki izpostavljajo pozitivne vidike tovrstne obravnave, npr. občutke varnosti (zavetišča) in skrbi s strani osebja.⁹⁶⁵ Bolniki implicitno ločijo med subjektivnimi doživetji (npr. bilo je grozno) in moralno evalvacijo neprostoVOLjnega

⁹⁵⁴ Stylianidis idr., 2017, 429-430.

⁹⁵⁵ Stylianidis idr., 2017, 433.

⁹⁵⁶ Stylianidis idr., 2017, 433.

⁹⁵⁷ Seed idr., 2016, 90, 92.

⁹⁵⁸ Seed idr., 2016, 92.

⁹⁵⁹ Seed idr., 2016, 90.

⁹⁶⁰ Seed idr., 2016, 88.

⁹⁶¹ Katsakou in Priebe, 2007, 176-177.

⁹⁶² Owen idr., 2009b, 403-405.

⁹⁶³ O'Donoghue idr., 2010, 631, 635.

⁹⁶⁴ Katsakou in Priebe, 2006, 232.

⁹⁶⁵ Katsakou in Priebe, 2007, 176; Seed idr., 2016, 82; Danzer in Wilkus-Stone, 2015, 275.

sprejema (npr. bil je potreben), kot ključen dejavnik pa pogosto izpostavljajo način izvedbe (ocenjujejo komunikacijo z osebjem med izvedbo ukrepa in empatičnost odnosa).⁹⁶⁶ Mnogi bolniki prisilo interpretirajo tudi kot pomemben ukrep varovanja pred njihovimi lastnimi škodljivimi impulzi, torej v svojem interesu.⁹⁶⁷

Iz rezultatov večje pregledne študije o izkušnjah bolnikov z neprostovoljno hospitalizacijo in zdravljenjem, v katero je bilo vključenih pet kvalitativnih raziskav, ni bilo možno zaključiti, na kakšen način so negativne in pozitivne izkušnje bolnikov medsebojno povezane. Ni namreč jasno, ali je šlo za izkušnje različnih skupin bolnikov (torej ene s pozitivnimi in druge z negativnimi izkušnjami) ali je šlo morda pri posameznikih za mešane izkušnje (pozitivne in negativne sočasno).⁹⁶⁸

Kar nekaj študij nakazuje, da imajo tisti bolniki, ki se jim med zdravljenjem zdravstveno stanje bolj izboljša, tudi bolj pozitivne izkušnje z neprostovoljnim zdravljenjem.⁹⁶⁹ V angleški študiji na vzorcu 59 bolnikov iz 22 bolnišnic, s katerimi so opravili poglobljene intervjuje, so identificirali tri skupine bolnikov v odnosu do pretekle neprostovoljne hospitalizacije.⁹⁷⁰ Prva skupina bolnikov je bila prepričana, da je bil njihov neprostovoljni sprejem v bolnišnico upravičen: dobili so potrebno zdravljenje, preprečene so bile škodljive posledice bolezni in vedenja, bolnišnično okolje je bilo varno, neprostovoljno zdravljenje je bilo nujno, saj sami niso prepoznavali potrebe po zdravljenju.⁹⁷¹ Druga skupina bolnikov je menila, da je bil neprostovoljen sprejem na zdravljenje napačna in neutemeljena odločitev: njihove probleme bi lahko rešili brez neprostovoljne intervence, šlo je za prekomeren poseg v avtonomijo, ki je ogrozila njihovo neodvisnost.⁹⁷² Tretja skupina bolnikov je bila do neprostovoljne hospitalizacije ambivalentna: ti bolniki so menili, da so potrebovali akutno zdravljenje in da je hospitalizacija odvrnila večjo škodo, vseeno so verjeli, da bi probleme lahko rešili z manj intruzivnimi pristopi ali v krajšem času.⁹⁷³ Četudi so se mnenja bolnikov glede upravičenosti neprostovoljne hospitalizacije razlikovala, je 90 odstotkov bolnikov retrogradno ocenjevalo, da se pred sprejemom niso počutili dobro. Tako so menili vsi bolniki v prvi (»pozitivni«) in drugi

⁹⁶⁶ Lorem idr., 2014, 231-240.

⁹⁶⁷ Lorem idr., 2014, 234.

⁹⁶⁸ Katsakou in Priebe, 2007, 177.

⁹⁶⁹ Katsakou in Priebe, 2006, 238; Owen idr., 2009b, 403-405; O'Donoghue idr., 2010, 631, 635.

⁹⁷⁰ Pomembna opomba avtorjev raziskave je, da razdelitev bolnikov v skupine ni bila absolutna – posamezni bolniki so delili nekatere poglede na neprostovoljni sprejem z bolniki v kateri izmed drugih skupin (Katsakou idr., 2012, 1174).

⁹⁷¹ Katsakou idr., 2012, 1169-1173.

⁹⁷² Katsakou idr., 2012, 1169-1174.

⁹⁷³ Katsakou idr., 2012, 1169, 1174.

(»ambivalentni«) skupini. Tretjina bolnikov v tretji (»negativni«) skupini je, nasprotno, menila, da niso imeli nikakršnih težav z duševnim zdravjem.⁹⁷⁴ Ta študija sicer eksplicitno ne govori o bolezenskem uvidu, prav ocena retrogradnega bolezenskega uvida omenjenih skupin bolnikov bi bila namreč zanimiva v odnosu do odobravanja neprostovoljne intervence.

Švedski raziskovalci so opravili fenomenološko hermenevtično analizo petih intervjujev z neprostovoljno zdravljenimi bolniki, ki ponazorja kompleksno sliko podpore in sočasnega zavračanja neprostovoljnega zdravljenja s strani bolnikov. Po eni strani bolniki poročajo o občutkih prezrtosti, o izgubi prostosti in kršenju integritete, po drugi strani pa o občutkih spoštovanja, skrbi in možnostih za postopen prevzem odgovornosti.⁹⁷⁵ Izkušnjo neprostovoljnega zdravljenja na psihiatričnem oddelku lahko interpretiramo kot ravnovesje med dobrimi možnostmi in velikimi izgubami.⁹⁷⁶

Glede na rezultate študij je več takih bolnikov, ki neprostovoljno hospitalizacijo retrospektivno ocenjujejo pozitivno.⁹⁷⁷ Nekateri študije kažejo, da je ključen tudi čas, ki mine od neprostovoljnega sprejema: ocene so bolj pozitivne, kadar od hospitalizacije mine več časa,⁹⁷⁸ kar je razumljivo, glede na to, da je za psihološke procese predelave čustev čas ključen.

Kar zadeva psihološke strategije soočanja bolnikov z neprostovoljno intervenco, se opisujejo trije predominantni načini: a) upiranje, b) (pasivno) sprejemanje in c) (aktivno) soočanje.⁹⁷⁹ Skladno s tem je študija načinov integracije izkušnje z neprostovoljno hospitalizacijo v lastno življenjsko zgodbo, ki je bila izvedena z metodo intervjujev petnajstih bolnikov, pokazala tri različne načine retrogradne ocene izkušnje – neprostovoljni sprejem v bolnišnico je bil: a) nujna »zavora«, b) nepotrebna in prekomerna intervencija in c) nujna intervencija za izboljšanje počutja.⁹⁸⁰ Tudi načini integracije te izkušnje v življenjsko zgodbo posameznikov so bili trije: a) to je mimo in pozabljeno, b) izkušnja, ki je spremenila življenje in c) motivacija za politično udejstvovanje.⁹⁸¹

Neprostovoljno zdravljenje sproži nedvomno kompleksen proces soočanja, sestavljen iz različnih faz, ki lahko pri posameznikih vzbujajo različna, pogosto mešana čustva. Bolniki kot

⁹⁷⁴ Katsakou idr., 2012, 1172.

⁹⁷⁵ Johansson in Lundman, 2002, 639-644.

⁹⁷⁶ Johansson in Lundman, 2002, 639.

⁹⁷⁷ Katsakou in Priebe, 2006, 238-239.

⁹⁷⁸ Katsakou in priebe, 2006, 239.

⁹⁷⁹ Seed idr., 2016, 88; glej tudi Lorem idr., 2014, 231.

⁹⁸⁰ Sibitz idr., 2011, 239-241.

⁹⁸¹ Sibitz idr., 2011, 239-242.

zelo negativno pogosto izpostavljajo izključenost iz odločitev o zdravljenju in nespoštljiv odnos osebj, zaradi česar se kot osebe počutijo manjvredni.⁹⁸²

Neprostopvoljno zdravljeni bolniki imajo empirično dokazano slabšo kvaliteto življenja, pri čemer so ob subjektivno občuteni prisili pomembni dejavniki tudi diagnoza oz. narava duševne motnje, socialno funkcioniranje in vpliv konkretnega terapevtskega okolja.⁹⁸³ Ključno je razumevanje specifične ranljivosti neprostopvoljno zdravljenih bolnikov, saj je določen poseg v avtonomijo pri tej obliki zdravljenja neizogiben. Samo kadar bolniki čutijo, da lahko vsaj do določene mere sooblikujejo odločitve o zdravljenju (npr. izberejo obliko zdravila med ponujenimi možnostmi, izbirajo med terapevtskimi aktivnostmi in podobno), in da osebje skrbi zanje, bodo neprostopvoljne intervence manj verjetno negativno vplivale na občutek lastne vrednosti bolnikov.⁹⁸⁴ Nujna neprostopvoljna hospitalizacija naj ne bi interferirala z dolgoročnim terapevtskim ciljem krepitve avtonomije in neodvisnosti bolnikov.⁹⁸⁵ Zato je ključno boljše razumevanje okoliščin, ki krepijo socialno dostojanstvo neprostopvoljno zdravljenih bolnikov, tako v okviru obstoječih kliničnih praks v odnosu do vseh bolnikov, kot v okviru iskanja novih zakonskih pristopov k vprašanju neprostopvoljnega zdravljenja. Na pomen (terapevtskega) odnosa opozarjajo tako bolniki kot tudi zdravstveno osebje (psihiatrji in medicinske sestre).⁹⁸⁶

3.2.1.1 Različne evropske izkušnje neprostopvoljno zdravljenih bolnikov

V podpoglavju 2.2 sem se ukvarjala z različnimi osnovami za neprostopvoljno zdravljenje v evropskih nacionalnih zakonodajah, ki urejajo duševno zdravje. Leta 2010 je bila izvedena prva študija o izkušnjah bolnikov z neprostopvoljnim zdravljenjem v enajstih evropskih državah.⁹⁸⁷ Šlo je za največjo prospektivno študijo o mnenju bolnikov glede upravičenosti neprostopvoljnega zdravljenja in za prvo študijo z uporabo iste raziskovalne metode v državah s sicer zelo različnimi zakonskimi ureditvami.⁹⁸⁸ Celokupno je bil sprejem v bolnišnico s strani

⁹⁸² Katsakou in Priebe, 2007, 177.

⁹⁸³ Rymaszewska, 2007.

⁹⁸⁴ Katsakou in Priebe, 2007, 177.

⁹⁸⁵ Katsakou idr., 2012, 1176.

⁹⁸⁶ Olofsson in Norberg, 2001, 96.

⁹⁸⁷ V študiji so bile vključene posamezne psihiatrične bolnišnice iz Bolgarije, Češke, Nemčije, Grčije, Italije, Litve, Poljske, Slovaške, Španije, Švedske in Anglije (London). Skupno je študija zajela 2326 bolnikov prvi teden po neprostopvoljnem sprejemu, 1809 bolnikov še mesec dni po sprejemu in 1613 bolnikov tri mesece po neprostopvoljnem sprejemu v bolnišnico (Priebe idr., 2010, 179).

⁹⁸⁸ Priebe idr., 2010, 180.

bolnikov po enem mesecu ocenjen kot utemeljen pri 39 do 71 odstotkih posameznikov, tri mesece po sprejemu je ukrep odobravalo 46 do 86 odstotkov bolnikov.⁹⁸⁹ Kar zadeva vpliv posameznih psihosocialnih dejavnikov, so v raziskavi ugotavljali splošno slabše izkušnje pri ženskih bolnicah, pri tistih bolnikih obeh spolov, ki živijo sami, in pri tistih, ki se zdravijo zaradi shizofrenije.⁹⁹⁰ Med posameznimi državami so bile dokazane pomembne razlike, četudi vsi rezultati niso bili statistično signifikantni. Avtorji izpostavljajo, da so izkušnje bolnikov z neprostovoljnim zdravljenjem izraziteje negativne v Angliji ter pomembno bolj pozitivne na Slovaškem in v Nemčiji.⁹⁹¹

Ker gre za prvo tovrstno primerjavo izkušenj bolnikov z neprostovoljnim zdravljenjem v Evropi (in po mojem vedenju za edino doslej), jo bomo pogledali podrobneje. Avtorji so predpostavili, da bi lahko različnim izkušnjam bolnikov botrovale neenake nacionalne zakonodaje, ki neenakomerno ščitijo različne pravice in interese bolnikov.⁹⁹² Izpostavili so sedem kriterijev, ki so verjetno relevantni za zaščito interesov bolnikov, in oblikovali »lestvico zaščite bolnikovih interesov«. S pomočjo te lestvice so nacionalne zakonodaje v študijo vključenih enajstih evropskih držav razvrstili od tistih bolj do tistih manj protektivnih za interese bolnikov. Menijo, da bi rezultate vsaj delno lahko povezali s subjektivnimi izkušnjami bolnikov,⁹⁹³ četudi opozarjajo, da povezave nikakor niso enoznačne. Zaradi edinstvenosti lestvice na kompleksnem polju, ki je tudi fokus moje raziskave, jo na tem mestu povzemam.

Kriteriji razlikovanja med zakonodajami o neprostovoljni hospitalizaciji s poudarkom na zaščiti bolnikovih interesov:⁹⁹⁴

- a) Ali je neprostovoljni sprejem možen samo, kadar bolnik predstavlja tveganje zase in/ali za druge *ali* tudi v izogib bolj splošnega ogrožanja bolnikovega zdravja?
- b) Ali lahko sprejem sprožijo samo zdravniki in organi oblasti *ali* tudi predstavniki drugih interesnih skupin?
- c) Ali je za neprostovoljni sprejem potrebna odločitev sodišča *ali* ne?

⁹⁸⁹ Priebe idr., 2010, 180.

⁹⁹⁰ Priebe idr., 2010, 184.

⁹⁹¹ Priebe idr., 2010, 183-184.

⁹⁹² Priebe idr., 2010, 183.

⁹⁹³ Priebe idr., 2010, 183-184.

⁹⁹⁴ Prva med ponujenima možnostma pri vsaki točki velja za bolj zaščitno za bolnika.

d) Ali je lahko obdobje zadržanja v bolnišnici brez formalne odločitve o neprostovoljnem zdravljenju krajše *ali* daljše od 24 ur?

e) Ali je posamezniku zagotovljena pravna pomoč *ali* ne?

f) Ali je odziv na pritožbo k neodvisnim organom časovno določen in ali imajo osebe in/ali institucije poleg bolnika možnost pritožbe *ali* ne?

g) Ali se odločitev o neprostovoljnem zdravljenju sprejema ločeno od odločitve o neprostovoljni hospitalizaciji *ali* ne?⁹⁹⁵

S pomočjo te lestvice so S. Priebe idr. enajst evropskih držav razdelili glede na število kriterijev zaščite bolnikovih interesov, ki so jim posamezne države v nacionalnih zakonodajah zavezane – večje število kriterijev pomeni več zaščite bolnikovih interesov. Rezultati so bili sledeči: v Nemčiji sedem (a-g); po pet na Slovaškem (a, c, d, f, g) in na Švedskem (a, b, d, e, f); štiri v Bolgariji (a, c, d, g), na Češkem (a, c, d, g) in v Španiji (c, d, e, g); po trije v Italiji (b, f, g), na Poljskem (b, c, e) in v Litvi (a, b, c); dva v Grčiji (c, f) in le eden v Angliji (e).⁹⁹⁶

Četudi rezultati multicentrične evropske študije o subjektivnih izkušnjah bolnikov z neprostovoljnim zdravljenjem niso enoznačni, jih je možno vsaj delno povezati s predlagano lestvico. Izkušnje bolnikov so namreč najbolj pozitivne na Slovaškem in v Nemčiji (prva v nacionalnem zakonu izpolnjuje pet, druga sedem kriterijev), najbolj negativne so v Angliji, kjer zakonodaja dejansko izpolnjuje zgolj en kriterij zaščite bolnikovih interesov.⁹⁹⁷

Ne morem mimo poskusa, da na ta način analiziram slovenski ZDZdr,⁹⁹⁸ četudi nimamo nobenih podatkov o izkušnjah slovenskih bolnikov z neprostovoljnim zdravljenjem. Analiziram lahko zgolj vsebino ZDZdr s pomočjo v študiji predlagane »lestvice zaščite bolnikovih interesov«.

K točki a): Po ZDZdr je neprostovoljno zdravljenje možno le, kadar bolnik huje ogroža svoje življenje ali zdravje, tuje življenje ali zdravje ali povzroča veliko gmotno škodo.

K točki b): Samo zdravnik ali sodišče lahko odločita o neprostovoljnem sprejemu bolnika v nujnem primeru, tudi v rednem postopku se sodišče nasloni na mnenje lečečega zdravnika in izvedenca, četudi sprejem npr. predlagajo svojci ali Center za socialno delo.

⁹⁹⁵ Priebe idr., 2010, 184.

⁹⁹⁶ Priebe idr., 2010, 184.

⁹⁹⁷ Priebe idr., 2010, 183-184.

⁹⁹⁸ *Zakon o duševnem zdravju*, 2008.

K točki c): O utemeljenosti neprostovoljnega sprejema odloči sodišče.

K točki d): Bolnišnica mora o bolnikovem sprejemu brez privolitve sodišče obvestiti v štirih urah.

K točki e): Bolnik ima vse od sprejema pravico do pravnega zastopnika.

K točki f): Sodišče mora na pritožbo odgovoriti v zakonsko določenem roku.

K točki g): Kadar je bolnik v Sloveniji sprejet v bolnišnico neprostovoljno, je avtomatsko tudi neprostovoljno zdravljen, o aplikaciji zdravljenja sodišče ne odloča v ločenem postopku.

Zaključimo lahko, da bi bil slovenski ZDZdr po »lestvici zaščite bolnikovih interesov«, kot jo predlagajo Priebe idr., točkovan z (visokimi) šestimi od sedmih točk (negativna bi bila zgolj točka g).

Točka a) govori o kriterijih za neprostovoljni sprejem. Ločuje med dvema možnostma: neprostovoljni sprejem je možen samo, kadar bolnik predstavlja tveganje zase in/ali za druge ali tudi v izogib bolj splošnega ogrožanja bolnikovega zdravja. Prva možnost (neprostovoljno zdravljenje samo, kadar bolnik predstavlja tveganje zase in/ali za druge – t. i. nevarnostni kriterij v zakonodajah) po mnenju Priebeja idr. velja za bolj zaščitno za bolnikov interes. Kaj je pravi interes bolnika z duševno motnjo, je vprašanje, ki sicer ostaja brez odgovora. Za avtorje zgornje raziskave velja, da je za posameznika zaščitno, če je lahko neprostovoljno hospitaliziran samo v primeru nevarnosti (in ne tudi zaradi njegove potrebe po zdravljenju v bolj splošnem smislu). Najprej bi bilo potrebno razjasniti, kateri interes obolelega ščitimo. Iz navedenega je razumljivo, da primarno ne gre za njegovo pravico do zdravljenja, pač pa za zaščito njegove pravice do prostosti. Govoriti o tem, da je taka zakonodaja bolj zaščitna za bolnikove interese, je zato poenostavljanje in preuranjeno. Dejansko se lestvica ukvarja zgolj s pravnim vidikom obstoječih zakonodaj in s proceduralno zaščito v primeru neprostovoljne intervence. Z interesi nezdravljenih bolnikov (takih, ki so bolni, pa niso nevarni) se ne ukvarja. Avtorji študije sami sicer navajajo, da rezultati študije niso enoznačni.

Kar zadeva morebitno povezavo med različnimi zakonodajami in subjektivnimi izkušnjami bolnikov, enoznačen odgovor iz zaključkov raziskave torej ni bil možen. Zakonodaje so zelo kompleksne, kakršenkoli zaključek o povezavah bi bil zato tvegan.⁹⁹⁹ Med sabo se pomembno razlikujejo tudi ustanove, kjer zdravljenje poteka, predvsem pa je verjetno med posameznimi

⁹⁹⁹ Priebe idr., 2010, 183.

bolnišnicami in zdravstvenimi timi zelo veliko variacij prav pri individualnem stiku osebja z bolniki. Nenazadnje, verjetno je, da se razlikujejo tudi interesi bolnikov.

Raziskovanje »dobre prisile« v konkretni situaciji je nikoli končan proces, »dobra prisila« pa relacijski in kontekstualen koncept.¹⁰⁰⁰ Odločitve o uporabi prisile (vključno z odločitvijo za neprostovoljno zdravljenje ali proti njemu) so težke etične dileme, ki jih je potrebno sprejemati od primera do primera.

3.2.2 Svojci bolnikov z duševnimi motnjami

V specifičnem kontekstu skrbi za bolnike z duševnimi motnjami je nujen širši pogled na človekove pravice in dostojanstvo. Nujno je sodelovanje bolnikov, njihovih družin in skrbnikov, terapevtov, načrtovalcev zdravstvene zakonodaje, nevladnih organizacij in drugih podpornih skupin ter pravnikov.¹⁰⁰¹

Svojci pogosto občutijo nemoč, kadar njihov bližnji z duševno motnjo zavrača zdravljenje. Poročajo o pomembnih obremenitvah v skrbi za obolele.¹⁰⁰² Angleška raziskava o izkušnjah svojcev in skrbnikov neprostovoljno hospitaliziranih bolnikov je s pomočjo rabe metode intervjuja med izkušnjami razkrila štiri skupine tem. a) Svojci čutijo olajšanje in imajo hkrati mešane občutke ob neprostovoljni hospitalizaciji bližnjega. b) Izražajo frustracijo zaradi zakasnele pomoči s strani zdravstvenega sistema (o tovrstnih težavah poročajo v najrazličnejših okoljih¹⁰⁰³), še posebej, kadar gre za prvo obravnavo in bolnik predhodno ni bil zdravljen. c) Mnogi izpostavljajo, da se zdravstveni sistem predvsem odziva na krize in se premalo pozornosti namenja prepečevanju le-teh. d) Svojci in skrbniki obolelih za duševno motnjo čutijo breme in odgovornost v skrbi za bližnje in izražajo težave v zaupnosti ter stiske ob pomanjkanje informacij.¹⁰⁰⁴

Bremena skrbi za svojce z duševno motnjo so odvisna od mnogih dejavnikov, med drugim tudi od tipa duševne motnje. Tako so leto dni po prvi hospitalizaciji skupine bolnikov s shizofrenijo in bolnikov z depresijo ugotavljali pomembno zmanjšanje subjektivnega in objektivnega stresa

¹⁰⁰⁰ Lorem idr., 2014, 238.

¹⁰⁰¹ Kelly, 2014, 80.

¹⁰⁰² O'Donoghue, 2010, 637.

¹⁰⁰³ Kallert idr., 2006, 391-392.

¹⁰⁰⁴ Janković idr., 2011.

pri skrbnikih. Več stresa so občutili svojci bolnikov s shizofrenijo.¹⁰⁰⁵ Svojci v različnih evropskih državah so že v raziskavah izpred dveh desetletij poročali o omejitvah, ki jih skrb za obolelega predstavlja za njihovo lastno socialno življenje, o težavah v odnosih znotraj družine in občutkih izgube.¹⁰⁰⁶ Občuteno breme je bilo višje, kadar so imeli skrbniki manj socialne podpore s strani institucij.¹⁰⁰⁷

Znano je, da neprostovoljna hospitalizacija lahko pomembno vpliva na odnos bolnika s svojci. Irski bolniki so v neki študiji v več kot četrtini primerov ocenjevali, da je neprostovoljna hospitalizacija na odnos s svojci vplivala negativno, le petnajst odstotkov jih je vpliv na odnos s svojci opisovalo kot pozitiven.¹⁰⁰⁸

Svojci nezdravljenih bolnikov so pogosto izpostavljeni verbalnemu in celo fizičnemu nasilju, prav to pa tudi pomembno prispeva k občutenemu stresu in bremenom. Tveganje za nasilje v družini je višje, kadar so bolniki mlajši moški, ki škodljivo uživajo alkohol in druge psihoaktivne substance, in kadar so v družini že pred pojavom duševne motnje slabi medsebojni odnosi.¹⁰⁰⁹

Medtem ko je v mnogih delih sveta brez primerne zdravstvene zakonodaje skrb za bolnike z duševnimi motnjami v celoti prepuščena družinam, je v Evropi zelo veliko poudarka na posameznikovi pravici do zasebnosti.¹⁰¹⁰ Vloge svojcev v evropskih zakonih, ki urejajo neprostovoljno hospitalizacijo in zdravljenja, so zelo različne, v splošnem pa so ocenjene kot pomanjkljivo urejene.¹⁰¹¹ Ponekod svojci na proces neprostovoljnega zdravljenja bližnjega nimajo nobenega vpliva (tako je v Nemčiji, Italiji, Bolgariji in na Švedskem).¹⁰¹² V Švici je pri odločitvi o neprostovoljnem zdravljenju posameznika po zakonu iz leta 2013 potrebno upoštevati tudi obremenitve družine, ki izhajajo iz posameznikove duševne motnje.¹⁰¹³ Večinoma je vloga svojcev omejena na možnost pobude za oceno psihičnega stanja domnevno obolelega svojca (tako npr. v Litvi, tudi v Franciji) ali pa imajo možnost predlagati predčasen odpust iz bolnišnice (tako na Poljskem, Češkem in Slovaškem, pa tudi v Angliji).¹⁰¹⁴ Relativno

¹⁰⁰⁵ Möller-Leimkühler, 2005, 125-129.

¹⁰⁰⁶ Magliano idr., 1998, 409.

¹⁰⁰⁷ Magliano idr., 1998, 411.

¹⁰⁰⁸ O'Donoghue, 2010, 635.

¹⁰⁰⁹ Vaddadi idr., 2002, 154.

¹⁰¹⁰ Saya idr., 2019.

¹⁰¹¹ Kallert idr., 2006, 391-392.

¹⁰¹² Kallert idr., 2006, 392; Kallert idr., 2007, 202.

¹⁰¹³ Saya idr., 2019.

¹⁰¹⁴ Kallert idr., 2006, 391-392; Kallert idr., 2007, 202; Saya idr., 2019.

veliko vlogo pri sprejemanju odločitev o neprostovoljnem zdravljenju imajo svojci v Angliji: pred hospitalizacijo je potrebno identificirati najbližjega svojca, ki ga po njegovem mnenju povpraša socialni delavec. Svojec se mora z neprostovoljno hospitalizacijo strinjati. V kolikor socialni delavec ocenjuje, da svojec ne odloča razumno in v interesu bolnika, primer preda sodišču.¹⁰¹⁵ Le redke države v zakonu o duševnem zdravju predvidevajo možnost, da svojci predlagajo oceno in eventuelno zdravljenje.¹⁰¹⁶ Glede tega so med evropskimi zakoni identificirali dva ekstremna pristopa: Grčija in Poljska zelo jasno definirata vlogo svojcev v procesu odločanja o neprostovoljnem zdravljenju, medtem ko lahko v Španiji tovrstno zdravljenje predlaga vsakdo, ki zazna težave osebe v duševnem zdravju.¹⁰¹⁷

Slovenski ZDZdr predvideva, da lahko bolnikove najbližje osebe v skladu s 40. členom pri pristojnem sodišču sprožijo »postopek za sprejem osebe v oddelek pod posebnim nadzorom brez privolitve«. Predlogu morajo med drugim priložiti mnenje osebnega zdravnika ali psihiatra, ki je osebo pregledal, ali izjavo zdravnika, da pregleda ni možno opraviti.¹⁰¹⁸ Bolnikova najbližja oseba (ali njen zakoniti zastopnik) lahko pred potekom roka, določenega v sklepu sodišča o zadržanju na zdravljenju predlaga sodišču, da se osebo odpusti.¹⁰¹⁹ O tem lahko – brez predloga sodišču – odloča tudi lečeči psihiater, kadar oceni, da se je psihično stanje bolnika zadostno izboljšalo psihičnega stanja in ni več razlogov za zadržanje (in o tem sodišče zgolj obvesti).¹⁰²⁰

3.2.3 Psihiatri, terapevti oz. zdravstveni delavci

Zdravstveni delavci imamo praviloma intuitivno razumevanje dostojanstva, ki ga zaradi različnih ovir pogosto ne moremo prenesti v prakso.¹⁰²¹ Takšno oviro lahko predstavlja tudi konkreten zakon, ki na neki način predpisuje, kateri izmed bolnikov bodo neprostovoljno zdravljeni in kateri ne (samo neposredno nevarni ali tudi taki, ki to niso, pa vseeno nujno potrebujejo zdravljenje). Neprostovoljno zdravljenje ni problematizirano samo z vidika

¹⁰¹⁵ Kallert idr., 2006, 392; Kallert idr., 2007, 203.

¹⁰¹⁶ Kallert idr., 2006, 393; Saya idr., 2019.

¹⁰¹⁷ Kallert idr., 2007, 202-203.

¹⁰¹⁸ *Zakon o duševnem zdravju*, 2008, 40. člen.

¹⁰¹⁹ *Zakon o duševnem zdravju*, 2008, 71. člen.

¹⁰²⁰ *Zakon o duševnem zdravju*, 2008, 71. člen.

¹⁰²¹ Seedhouse in Gallagher, 2002, 368.

človekovih pravic, temveč tudi s terapevtskega, kliničnega vidika.¹⁰²² Dostojanstvo nikjer ni definirano. D. Seedhouse in A. Gallagher zagovarjata, da je dostojanstvo vedno povezano s položajem in zmožnostmi posameznika: dostojanstven položaj je tisti, ki osebi omogoča efektivno uporabo svojih zmožnosti.¹⁰²³ Promocija dostojanstva tako za zdravstvene delavce pomeni, da s svojim delom izboljšujejo zmožnosti posameznika ali vplivajo na izboljšanje okoliščin, v katerih se posameznik nahaja.¹⁰²⁴ Kadar je torej bolnik huje duševno bolan in do tega nekritičen (brez bolezenskega uvida), se zdravstveni delavci nagibamo k zdravljenju, četudi bolnik z zdravljenjem ne soglaša oz. o tem morda sploh ni sposoben odločati.

Neprostopoljni ukrepi v psihiatriji so v določenih situacijah neizbežni. Zdravstveni delavci v psihiatriji se ob potrebi po uporabi prisile znajdemo v etičnih dilemah. Med psihiatri velja neprostopoljno zdravljenje kot neželjeno in neprijetno, a včasih nujno odstopanje od običajnega procesa zdravljenja – pri vsaki odločitvi za neprostopoljno zdravljenje je potrebno pretehtati tveganja in koristi, nenazadnje ima neprostopoljno zdravljenje lahko negativen vpliv na terapevtski odnos¹⁰²⁵ in lahko bolnika travmatizira.¹⁰²⁶ Povezujemo ga tudi z neželjeno psevdokomplianco bolnikov,¹⁰²⁷ ko ti navidezno sprejemajo zdravljenje, da bi se izognili nadaljnjim neprostopoljnim intervencam. Strokovno indicirani neprostopoljni ukrepi niso v nasprotju s prakso, ki postavlja bolnika in njegovo okrevanje v središče obravnave.¹⁰²⁸ Mnogi avtorji navajajo, da je neprostopoljno ukrepanje pogosto nujno zaradi varovanja drugih oseb in zagotavljanja javne varnosti, četudi na račun posega v bolnikovo avtonomijo in dostojanstvo. Psihiatri primarno skrbimo za bolnikovo duševno zdravje. Čeprav je bolnik lahko zaradi svojega nekontroliranega vedenja, ki izhaja iz bolezenskega doživljanja, nevaren drugim, svojo vlogo vidimo najprej v zagotavljanju zdravljenja duševne motnje. Če je to nujno, ukrepamo torej brez soglasja bolnika, na ta način želimo zagotoviti možnost zdravljenja. S pomočjo začasnega ukrepa neprostopoljnega zdravljenja želimo vplivati na dolgoročno izboljšanje zdravstvenega stanja in avtonomije bolnikov s hudimi duševnimi motnjami.¹⁰²⁹ Ukrepanje brez bolnikovega soglasja je za terapevta težka naloga. Ta je lažje izvedljiva, kadar terapevtu uspe bolnika sočasno »videti« na dva načina: bolnika v svoji subjektivnosti (kot osebo s čustvi in

¹⁰²² Danzer in Wilkus-Stone, 2015, 262.

¹⁰²³ Seedhouse in Gallagher, 2002, 368, 371.

¹⁰²⁴ Seedhouse in Gallagher, 2002, 371.

¹⁰²⁵ Sjöstrand idr., 2015.

¹⁰²⁶ Lorem idr., 2014, 231; Seed idr., 2016, 82.

¹⁰²⁷ Danzer in Wilkus-Stone, 2015, 264.

¹⁰²⁸ Geller, 2012, 493.

¹⁰²⁹ Danzer in Wilkus-Stone, 2015, 276.

potrebami) in bolnika z objektivno duševno motnjo, zaradi katere potrebuje neprostovoljno intervenco,¹⁰³⁰ slednje prevedeno v pravni jezik zakonodaj predstavlja kriterij potrebe po zdravljenju.

Švedski psihiatri so v intervjujih o odločitvah za neprostovoljno zdravljenje razkrili številne etične dileme in kompleksno ozadje sprejemanja tovrstnih odločitev. Med razlogi za odločitev proti neprostovoljnemu zdravljenju so navajali, da gre za skrajni ukrep, ki lahko ogrozi terapevtski odnos, povzroči nezaupanje s strani bolnika in potencialno bolniku celo škoduje. Med razlogi za odločitev o neprostovoljnem zdravljenju so navedli bolnikovo potrebo po zdravljenju tako psihičnih kot telesnih bolezni, preprečevanje samomora, zaščito bolnika pred socialnimi posledicami nezdravljene bolezni, krepitev avtonomije, preprečevanje škode za druge osebe, zmanjšanje bremen svojcev. Švedski psihiatri so sicer večinoma menili, da jim zakon dopušča veliko prostora za individualno presojo.¹⁰³¹ Kot sem že navedla v poglavju o različnih zakonodajah, neprostovoljno zdravljenje na Švedskem temelji na kriteriju potrebe po zdravljenju, psihiater pa lahko (ob skladnem strokovnem mnenju drugega psihiatra) bolnika brez sodne odločitve zadrži na zdravljenju za obdobje do štirih tednov.

V podpoglavju o izkušnjah bolnikov smo videli, da so bolniki pogosto frustrirani, kadar doživljajo, da niso slišani in upoštevani ter ne morejo vzpostaviti ustreznega kontakta z osebjem. Problem terapevtskega stika ali odnosa poudarjajo tudi zdravniki in medicinske sestre.¹⁰³² Odnos se zdi ključen za vse udeležence v procesu neprostovoljnega (oz. kakršnega koli) zdravljenja.

T. W. Kallert idr. po pregledu zakonodaj dvanajstih evropskih držav o duševnem zdravju opozarjajo na izrazito različne profesionalne odgovornosti pri sprejemanju odločitev o neprostovoljni hospitalizaciji. V nekaterih državah lahko o psihiatrični hospitalizaciji (vsaj kar zadeva sprožitev postopka) odločajo tudi zdravniki, ki niso specialisti psihiatrije. Praviloma za neprostovoljno hospitalizacijo zadošča eno zdravniško mnenje. V nekaterih državah je mnenje psihiatra ob sprejemu v bolnišnico veljavno tudi na sodišču, spet drugod mora v sodnem postopku sodelovati izvedenec psihiatrične stroke. Ponekod sta potrebni dve ločeni zdravniški mnenji, včasih celo tretje. V priporočilu za prakso Kallert idr. tako izpostavljajo, da gre pri odločitvi za neprostovoljno hospitalizacijo za zelo kompleksno klinično nalogo ocene duševnega stanja in potencialnih tveganj za bolnika in/ali druge, ki bi jo zato moral napraviti

¹⁰³⁰ Van den Hooff in Groossensen, 2014, 432.

¹⁰³¹ Sjöstrand, 2015.

¹⁰³² Olofsson in Norberg, 2001, 96.

specialist psihiatrije. Glede na splošno sprejet princip pravice do »drugega mnenja«, bi moralo biti to predvideno tudi v zakonu o duševnem zdravju.¹⁰³³

Slovenski ZDZdr v nujnem primeru predvideva napotitev bolnika na sprejem z napotno stopnjo »nujno« s primarne ravni zdravstva (specialist družinske medicine ali psihiater na primarni ravni), o indiciranosti neprostovoljnega zdravljenja pa odloči sprejemni psihiater v bolnišnici, ki mora v štirih urah po sprejemu bolnika o tem obvestiti predstojnika oddelka, ta pa mora nemudoma obvestiti sodišče.¹⁰³⁴ Sodišče v nekaj dneh opravi narok, na katerem mnenje o potrebi po neprostovoljnem zdravljenju poda sodni izvedenec za psihiatrijo, ki bolnika ne pozna in ga tudi ne zdravi. Večina sprejemov poteka po t. i. nujnem postopku, mnogi bolniki tudi niso napoteni z zdravstveno napotnico (pripeljejo jih svojci ali policija), za neprostovoljni sprejem do odločitve sodišča zadošča mnenje dežurnega psihiatra. Kadar gre za redni (predlagalni) postopek, je za vlogo na sodišču potrebno mnenje izbranega družinskega zdravnika ali psihiatra, če ga ni možno pridobiti, pa izjava o tem. Na naroku sodišča nato svoje mnenje poda izvedenec psihiatrične stroke.

Psihiatri pri svojem delu občutimo različna pričakovanja družbe: bolnikov, njihovih svojcev širše javnosti, celo medijev. Poleg zdravljenja bolnikov z duševnimi motnjami smo zavezani tudi zaščititi drugih, kadar jih vedenje bolnikov z duševno motnjo potencialno ogroža, napetost med terapevtskimi cilji stroke in socialno kontrolo psihiatrijo spremlja od njenega nastanka.¹⁰³⁵ Odraža se tudi v zakonodaji o duševnem zdravju. V nasprotju z drugimi medicinskimi strokami je psihiatrija v večjem precepu med lastno avtonomijo stroke in odgovornostjo do družbe; pravna določila v določenih kliničnih situacijah psihiatrom predstavljajo moralni distress.¹⁰³⁶

Naloge psihiatrije v družbi so tudi zagovor pravic in dostojanstva bolnikov z duševnimi motnjami in skrb za njihovo socialno vključevanje.¹⁰³⁷ Med odgovornosti psihiatrične stroke nedvomno sodi iskanje čim bolj humanega in spoštljivega pristopa k zdravljenju v primerih, ko bolnik zdravljenje zavrača, s ciljem čim boljšega okrevanja te ranljive populacije, varovanja pravic in dostojanstva bolnikov. Nenazadnje, prva neprostovoljna hospitalizacija je (žal) znan napovedni dejavnik za naslednje neprostovoljne sprejeme,¹⁰³⁸ pa tudi za večjo verjetnost

¹⁰³³ Kallert idr., 2006, 393-394.

¹⁰³⁴ *Zakon o duševnem zdravju*, 2008, 58. člen.

¹⁰³⁵ Bhugra idr., 2017, 788; glej tudi Leung, 2002, 178; Adshead, 1999, 325-326.

¹⁰³⁶ Austin idr., 2008, 95.

¹⁰³⁷ Bhugra idr., 2017, 789.

¹⁰³⁸ Fennig idr., 1999, 1049; Jaeger idr., 2013, 1794.

izpostavljenosti drugim neprostovoljnim terapevtskim ukrepom med hospitalizacijo, kot sta to omejitve v prostoru ali fizično oviranje.¹⁰³⁹

3.2.4 Izkušnje neprostovoljno zdravljenih bolnikov, svojcev, terapevtov in taksonomija dostojanstva, kot jo predlaga Nora Jacobson

Na tem mestu je prav, da povzamem izkušnje bolnikov, ki so bili izpostavljeni neprostovoljnemu zdravljenju. Enega pomembnejših zaključkov po mojem mnenju daje študija G. F. Lorem idr. – in sicer, da bolniki, ki so bili neprostovoljno zdravljeni, razlikujejo med subjektivnimi doživetji (npr. bilo je grozno) in moralno evalvacijo neprostovoljnega zdravljenja (npr. bil je potreben). Uporaba prisile je utemeljena moralno, v tem kontekstu jo imenujemo »dobra prisila«. Izkušnje neprostovoljno zdravljenih bolnikov nikakor niso enoznačne, nahajajo se na spektru od izrazito negativnih do precej pozitivnih, zelo pogosto pa neprostovoljna hospitalizacija vzbuja mešana oz. ambivalentna čustva. Nekaj redkih študij bolj pozitivne evalvacije neprostovoljnega zdravljenja povezuje z izboljšanjem zdravstvenega stanja bolnikov in specifično z boljšim bolezenskim uvidom (tako npr. B. O'Donoghue idr.; C. Katsakou in S. Priebe). Psihološki proces predelave tovrstne izkušnje zahteva tudi določeno časovno distanco in je nedvomno odvisen od narave same duševne motnje, pa tudi od posameznikovih osebnostnih lastnosti in terapevtskega okolja, predvsem pa empatičnega odnosa osebja do bolnikov. Dejstva, da lahko neprostovoljno zdravljenje bolnika travmatizira, se v psihiatriji še predobro zavedamo. Terapevtski odnos predstavlja enega ključnih »orodij« ne le v zdravljenju sicer, temveč tudi specifično pri predelavi potencialne travme zaradi neprostovoljnega zdravljenja. Prav na terapevtski odnos opozarjajo bolniki, saj ta pomembno vpliva na njihov odnos do neprostovoljne intervence, kar ima ključne implikacije za vsakodnevno klinično prakso. Četudi mnogi bolniki izpostavljajo občutke strahu, ponižanja, razvrednotenja, izključenost iz procesov odločanja in poseg v avtonomijo, številni nasprotno (v enakih okoliščinah) govorijo o občutkih varnosti, zaščiti (tudi pred lastnimi škodljivimi impulzi), možnosti za postopen prevzem odgovornosti v skrbi zase in izboljšanje zdravstvenega stanja. Omenjeni pozitivni vidiki so tudi cilj neprostovoljnega zdravljenja.

¹⁰³⁹ Korkeila idr., 2002, 341.

Problematično je izjemno nizko število študij na majhnih, izbranih populacijah in v specifičnih okoljih. Ta problem se še zaostri pri pregledu razpoložljivih izkušenj svojcev bolnikov in nenazdanje terapevtov. Podobno kot bolniki sami tudi svojci izražajo mešane občutke v odnosu do neprostoVOLjne hospitalizacije. Po eni strani jim je v olajšanje, po drugi strani se bojijo negativnega vpliva tovrstne intervence na odnose v družini. Izražajo frustracijo zaradi zakasnele pomoči, menijo, da zdravstveni sistem ukrepa prepozno in daje premalo podpore ob velikih obremenitvah, ki jih zanje predstavlja skrb za obolelega svojca. Vloge svojcev v procesih odločanja so v evropskih zakonodajah različno velike, splošno pa ocenjene kot pomanjkljivo urejene (T. W. Kallert idr.). Prav svojcem je tudi v kontekstu kliničnega vsakdana prepogosto namenjene premalo pozornosti.

Med psihiatri je neprostoVOLjno zdravljenje razumljeno in doživljano kot neprijeten, a včasih nujen odklon od siceršnje prakse, zaradi potrebe po zaščiti in zdravljenju bolnikov, pa tudi zaradi nevarnega vedenja, ki lahko izhaja iz duševne motnje. S kakršnokoli primerjavo izkušenj psihiatrov med različnimi državami ne razpolagamo. Moralni distress pri presojanju skrajnega neprostoVOLjnega ukrepa neprostoVOLjnega zdravljenja je klinična realnost vsakega psihiatra.

Kot že izpostavljeno, N. Jacobson s pomočjo analize in sinteze interdisciplinarnih virov o dostojanstvu ločuje med dvema različnima, četudi komplementarnima konceptoma – intrinzičnim¹⁰⁴⁰ (*human dignity*) in socialnim dostojanstvom, slednjega razdeli na *dignity-of-self* in *dignity-in-relation*.¹⁰⁴¹ Pričakovanja o tem, kaj naj bi predstavljalo dostojanstvo, in percepcije o prisotnem ali odsotnem dostojanstvu so odvisne od norm in tradicij določene skupnosti ali družbe.¹⁰⁴²

Zaradi pomena taksonomije dostojanstva Jacobsonove za kontekste zdravljenja, specifično za neprostoVOLjno zdravljenje bolnikov s hudim duševnimi motnjami, na tem mestu grobo povzemam teorijo fenomena dostojanstva, ki jo izpelje iz empirično zasnovane raziskave,¹⁰⁴³ v kateri izhaja iz razlikovanja med intrinzičnim in socialnim dostojanstvom.¹⁰⁴⁴ Uporabi metodo

¹⁰⁴⁰ N. Jacobson sicer ne uporabi izraza intrinzično dostojanstvo, govori o *human dignity*.

¹⁰⁴¹ Jacobson, 2007, 294; glej tudi Jacobson, 2009.

¹⁰⁴² Jacobson, 2009.

¹⁰⁴³ Jacobsonova je opravila intervjuje s 64 posamezniki iz ene ali več sledečih skupin: zaradi zdravstvenega ali socialnega statusa marginalizirane osebe (bolniki z duševnimi motnjami, brezdome osebe); posamezniki, ki nudijo pomoč v zdravstvenem ali socialnem sistemu (socialni delavci, zdravstveni delavci, duhovniki); posamezniki, ki v širšem smislu delujejo na področju zdravstva in človekovih pravic (npr. patronažna medicinska sestra, ki dela z brezdomnimi osebami, odvetnik, specializiran za pravo človekovih pravic, ustanovitelj foruma World Dignity Forum); Jacobson, 2009.

¹⁰⁴⁴ *Taxonomy of dignity: a grounded theory study*, 2009.

grounded theory kot interpretativni raziskovalni pristop s teoretičnimi izhodišči v *symbolic interactionism* in *Chicago School of sociology*. Pojasni, da gre za uporabo kvalitativnih metod – kot intervju in opazovanje – pri zbiranju podatkov, ki s pomočjo primerjave in analize služijo oblikovanju konceptov, konceptualnih kategorij in povezav med kategorijami. Rezultat je teorija fenomena, ki izhaja iz izkušenj raziskovancev (angl. *lived experience*). V konkretnem primeru so to opisi in klasifikacije številnih elementov in oblik dostojanstva: socialnih procesov, v katerih potekajo t. i. kršitve in promocije dostojanstva, objektov kršitev in promocije dostojanstva ter posledic kršitev dostojanstva.¹⁰⁴⁵

Jacobsonova navaja, da se dostojanstvo tvori skozi socialne interakcije in interpretacije, in da jih sestavljajo okoliščine ter (širše) družbeni red. Izhaja iz več elementov dostojanstva: a) srečanj (imenuje jih *dignity encounters*), b) kršitev dostojanstva (*dignity violations*), c) promocije dostojanstva (*dignity promotion*), c) objektov kršitve oz. promocije (*objects of violation or promotion*) in posledic kršitev dostojanstva (*consequences of dignity violation*).¹⁰⁴⁶

Kar zadeva srečanja (*dignity encounters*), pravi, da vsaka interakcija med ljudmi (posamezniki, skupinami ali družbami) nosi potencial za srečanje, v katerem lahko prideta v ospredje kršitev ali promocija dostojanstva. Dimenzija dostojanstvenosti nekega srečanja je odvisna od številnih okoliščin, položaja subjektov (imenuje jih *actors*), karakteristik odnosov med subjekti, značilnosti okoliščin oz. prizorišč srečanja in lastnosti širšega družbenega reda, v katerem se subjekti in srečanje nahajajo.¹⁰⁴⁷

Kršitev dostojanstva je bolj verjetna, kadar je eden izmed subjektov v položaju ranljivosti – *position of vulnerability* (npr. zaradi bolezni, zmedenosti, revščine, nemoči), drugi pa je nenaklonjen ali sovražen (kar Jacobsonova imenuje *position of antipathy*). Tak odnos med subjektoma je asimetričen. Nasprotno, promocija dostojanstva je bolj verjetna, kadar je (drugi) subjekt v srečanju sočuten in solidaren, prizorišče, na katerem srečanje poteka, pa upošteva človeške okoliščine (*human circumstances*) – je dostopno, transparentno, prijazno, lepo, mirno in pravično.¹⁰⁴⁸

Da lahko v nekem socialnem procesu ugotovimo kršitev dostojanstva, ne zadostuje neka beseda ali dejanje, predpogoj je tudi ustrezna interpretacija. Posameznik ali skupina v srečanju (pa tudi morebitni opazovalec) morajo zaznati dogajanje in mu pripisati pomen. Posameznik, ki je v

¹⁰⁴⁵ Jacobson, 2009.

¹⁰⁴⁶ Jacobson, 2009.

¹⁰⁴⁷ Jacobson, 2009.

¹⁰⁴⁸ Jacobson, 2009.

položaju ranljivosti, bo bolj verjetno zaznal že minorno socialno nespoštovanje in ga interpretiral kot kršitev dostojanstva.¹⁰⁴⁹

Objekti kršitve oz. promocije dostojanstva lahko zadevajo: a) *self* (identiteto, samospoštovanje, samozavest, občutek vrednosti ipd.), b) telo (njegovo integriteto), c) moralno delovanje in presojanje (prepričanja, vrednote, estetika), d) človečnost (*personhood* oz. *humanness*), e) avtonomijo (zasebnost, svoboda do izbire ali do gibanja, »odraslost«), f) status (socialna vloga, biti opažen, sloves) in g) državljanstvo (odnos med subjektom in državo). Objekti kršitve tako zadevajo intrinzično kot tudi socialno dostojanstvo (oz. obe obliki socialnega dostojanstva).¹⁰⁵⁰

Posledice kršitev dostojanstva za posameznika predstavljajo serijo izgub: izgubo spoštovanja, občutka lastne vrednosti, statusa, socialne vloge, moralnih načel, zaupanja, odločenosti. Izgube dolgoročno vodijo v socialno izolacijo, marginalizacijo, pasivizacijo, »naučeno nemoč«, kronično slabo telesno ali duševno zdravje in začarani krog zlorab in zlorabljanja. Na ravni skupin in družbe lahko izgube pomenijo skupinsko »travmatizacijo«, pomanjkanje ravnovesja, razvoj »kulture nespoštovanja« in vodijo v izgubo kolektivnega dostojanstva.¹⁰⁵¹

Jacobsonova sugerira, da je v kontekstu zdravja potrebno razumeti, na kakšen način kršitev dostojanstva prizadenejo zdravstveni status posameznikov in skupin, zato bo potrebno raziskovanje v prihodnosti posvetiti opisu in klasifikacijam teh posledic, ki jih je potrebno povezati s specifičnimi okoliščinami in procesi. Taksonomija, ki jo torej ponudi, je abstrakten in splošen okvir, pri katerem se specifični kontekst izgubi, za bolj niansiran pristop pa je potreben natančen opis konkretnih srečanj (torej *dignity encounters*) v času in prostoru. Tako ima predlagana taksonomija aplikativno vrednost za delo na področju zdravja in človekovih pravic. Služi lahko analizam dostojanstva v zdravstvu (osvetlitvi narave in posledic kršitev dostojanstva v specifičnih okoliščinah) in nas opremi z znanjem, ki ga lahko uporabimo pri razvoju zakonodaj, zdravstvenih programov in zdravstvene oskrbe. Omogoča torej načrtovanje družbenih procesov in pogojev za promocijo dostojanstva s ciljem izboljšanja zdravja in uresničevanja človekovih pravic. Jacobsonova zaključí, da ta taksonomija lahko služi kot opora »zemljevidu« možnih intervenc za promocijo dostojanstva in ponuja skupen »jezik« za pogovor o dostojanstvu.¹⁰⁵²

¹⁰⁴⁹ Jacobson, 2009.

¹⁰⁵⁰ Jacobson, 2009.

¹⁰⁵¹ Jacobson, 2009.

¹⁰⁵² Jacobson, 2009.

3.2.5 Nezdravljeni bolniki s hudimi duševnimi motnjami

Kot smo videli, so raziskave o izkušnjah bolnikov z neprostovoljnim zdravljenjem maloštevilne, predvsem pa izvedene na (pre)majhnih vzorcih bolnikov. Sodelovanje v raziskavi zahteva določeno stopnjo razumevanja okoliščin, zadostno sposobnost za sodelovanje in pristanek nanj, zato je razumljivo, da nekateri najhujše bolni pacienti nikoli niso vključeni v raziskave. Raziskav na najhujše bolnih, ki bi bile izvedene s kontrolnimi skupinami bolnikov, najverjetneje ne bi odobrile niti etične komisije. Za nameček so kriteriji za neprostovoljno zdravljenje v ustreznih nacionalnih zakonih in mreže pomoči ter zdravstvene institucije med sabo tako različni, da relevantna primerjava izkušenj v različnih sistemih praktično ni mogoča. Posledično manjka vsakršen konsenz o modelu najboljše prakse, manjkajo strokovne smernice in specifična etična priporočila, ki bi psihiatrom (in sodiščem) vsaj delno olajšali težke odločitve o neprostovoljnem sprejemu bolnikov na zdravljenje.

In če že o neprostovoljno zdravljenih bolnikih in njihovih izkušnjah vemo zelo malo, se moramo v naslednjem koraku nujno vprašati, kaj sploh vemo o nezdravljenih bolnikih. Kaj vemo o volji, interesih in dostojanstvu bolnikov, ki so evidentno bolni, pa ne ustrezajo (nacionalnim) kriterijem za neprostovoljno zdravljenje in kljub klinični potrebi po zdravljenju ostajajo nezdravljeni? Ti bolniki so na neki način »nevidni«. Sami ne zmorejo skrbti zase, pomoči drugih (niti s strani bližnjih) pa pogosto ne morejo sprejeti. Zato nikakor ne smemo pozabiti, da odločitev proti neprostovoljnemu zdravljenju v mnogih konkretnih primerih hkrati pomeni tudi odločitev proti zdravljenju v kakršni koli obliki. Gre za zavedanje, da bo bolnik, ki ni neprostovoljno zdravljeno, ostal nezdravljen. Ne gre torej za različne strategije zdravljenja, ki smo jih v medicini navajeni, temveč za dihotočno odločitev, ki ima dva možna izhoda: a) neprostovoljno zdravljenje ali b) opustitev zdravljenja. Zato ne moremo mimo vprašanja, kako lahko nezdravljena duševna motnja vpliva na dostojanstvo obolelega, njegovo družino (če jo ima) in širšo družbo.

Pravica do ustrezne zdravstvene oskrbe je temeljna človekova pravica, prav tako kot pravica do prostosti, v katero začasno posežemo z neprostovoljno hospitalizacijo. Ali lahko z gotovostjo vemo, da bolnik zdravljenja ne bi želel, v kolikor bi se zavedal, da ga potrebuje? Študije kažejo, da večina neprostovoljno zdravljenih bolnikov retrogradno odobrava neprostovoljno hospitalizacijo. Ali ne bi bilo zato razumno izhajati iz stališča, da bi oboleli (ob zavedanju, da je bolan, česar zaradi narave svoje bolezni nima) zdravljenje želel? Zdravljenja si praviloma

želijo tudi bolnikovi svojci, ki prepoznajo, da gre za bolezen. V primeru bolnika J. so se starši s predlogom zdravljenja kar dvakrat obrnili na sodišče, ki v rednem postopku ni ugotavljalo zakonske podlage za zdravljenje. J. je bil zdravljen šele, ko je fizično ogrožal mamo, četudi ga je duševna motnja že dolgo pred tem dogodkom povsem spremenila in posledično vodila v hude psihosocialne izgube ter ga pripeljala na socialni rob, ko mu niti starši več niso mogli pomagati.

V urgentnih situacijah vsakodnevne klinične prakse se primarno ukvarjamo z vprašanjem zakonske utemeljenosti neprostovoljnega zdravljenja. Preverimo zakonsko podlago in sprejmemo odločitev, ki je »pravno ustrezna«. Če bi delali v neki drugi državi, bi ravnali v skladu z drugačno zakonsko podlago, posledično bi v nekaterih primerih sprejeli drugačne odločitve. V klinični praksi smo privzeli slog sprejemanja strokovnih odločitev, ki nam ga narekuje nacionalni zakon. Kot že povedano, mnogi avtorji izpostavljajo, da zakoni bolje varujejo interese javnosti kot interese obolelih.

Irski psihiater B. D. Kelly opozarja, da človekove pravice izhajajo iz človekovega dostojanstva, in da je na področju skrbi za bolnike z duševnimi motnjami prav dostojanstvo ključni koncept – za vse bolnike, ne le za manjšino, ki je zdravljena neprostovoljno.¹⁰⁵³ Opozarja tudi na različne in pogosto fluktuirajoče zmožnosti (angl. *capabilities*) bolnikov z duševnimi motnjami.¹⁰⁵⁴ Zagovarja idejo, da bi prav dostojanstvo moralo postati krovni koncept irske zakonodaje o duševnem zdravju.¹⁰⁵⁵ V praksi bi to pomenilo, da bi morali psihiatri in sodniki eksplicitno razmišljati o učinkih svojih odločitev na dostojanstvo bolnikov.¹⁰⁵⁶ Tehtati bi morali med nedostojanstvenim stanjem nezdravljene bolezni in posledicami neprostovoljnega zdravljenja za dostojanstvo bolnikov.¹⁰⁵⁷ Če na to sugestijo navežemo konsekvencialističen pristop C. Fosterja, bi morali pravzaprav dostojanstvo presojeti še širše, upoštevaje dostojanstvo vseh deležnikov, najmanj pa vpliv na dostojanstvo bolnikovih bližnjih.

Kot smo predhodno videli, so prevladujoča načela evropske bioetike v medicini in pravu dostojanstvo, avtonomija, integriteta in ranljivost. H. M. Haugen izpostavlja, da se posamezniki prav v stopnji avtonomije in posledično ranljivosti močno razlikujemo med sabo. Koncepti avtonomije, integritete in ranljivosti so medsebojno povezani.¹⁰⁵⁸ Zmanjšana avtonomija

¹⁰⁵³ Kelly, 2014, 76.

¹⁰⁵⁴ Kelly, 2014, 78.

¹⁰⁵⁵ Kelly, 2014, 79.

¹⁰⁵⁶ To je tudi skladno z nalogami pravne teorije terapevtske jurisprudence – glej podpoglavje 2.4.1.

¹⁰⁵⁷ Kelly, 2014, 79.

¹⁰⁵⁸ Haugen, 2010, 206.

posameznika zanj pomeni večjo ranljivost.¹⁰⁵⁹ Ranljivost (angl. *vulnerability*) velja za relativno nov koncept evropske bioetike,¹⁰⁶⁰ ki je svoje mesto dobil šele v šesti izdaji temeljnega dela *Principles of Biomedical Ethics* ameriških avtorjev T. L. Beauchampa in J. F. Childressa (leta 2009).¹⁰⁶¹ Prav omenjena avtorja izpostavljata, da tērmina ranljivosti ne moremo uporabljati v povezavi s skupinami ljudi (kot primer navajata, da je neprimerno govoriti o ranljivosti nosečnic, ker vse nosečnice kot skupina niso posebej ranljive, četudi nekatere so – enako bi lahko rekli za skupino bolnikov z duševnimi motnjami), zato bi bilo bolj prav govoriti o ranljivostih (angl. *vulnerabilities*).¹⁰⁶² Ranljive osebe v biomedicinskem kontekstu so nezmožne zaščite svojih interesov zaradi okoliščin telesnih ali duševnih bolezni, nezrelosti, kognitivnih primanjkljajev ipd.¹⁰⁶³

E. C. Gilson v feministični analizi socialnega življenja opredeli ranljivost kot pervazivno, temeljno, vsem skupno lastnost.¹⁰⁶⁴ Opozarja na nujnost ločevanja med: a) ranljivostjo kot univerzalnim stanjem (ontološka ranljivost) in b) partikularnimi vzorci ranljivosti (situacijska ranljivost).¹⁰⁶⁵ Pravice ščitijo posameznika prav zaradi njegove ranljivosti, odrekanje pravic pa posameznikovo ranljivost povečuje.¹⁰⁶⁶ Opredelitev okoliščin določene situacijske ranljivosti poteka v kontekstu konkretnih odnosov in praks.¹⁰⁶⁷ Tako bi lahko rekli, da nezdravljena huda duševna motnja za bolnika predstavlja specifično ranljivost, ki je drugačna od ranljivosti bolnika z duševno motnjo, zdravljenega neprostovoljno. Specifične ranljivosti so odvisne od (notranjih) zmožnosti oseb in (zunanjih) okoliščin.¹⁰⁶⁸ Potencialno specifično ranljivost za bolnika, ki je zdravljen neprostovoljno, med drugim predstavlja prav hospitalizacija sama, četudi to seveda ni namen tovrstnega ukrepa. Po drugi strani je nezdravljen posameznik z duševno motnjo, ki pomembno kompromitira njegovo avtonomijo, verjetno še bolj – gotovo pa drugače – ranljiv (zavedam se, da kvantitativna primerjava morda ni najustreznejša, v njo me sili potreba po odločitvi o najustreznejšem ukrepanju).

¹⁰⁵⁹ Haugen, 2010, 210.

¹⁰⁶⁰ Haugen, 2010, 208-209; glej tudi Jacobson, 2007, 297.

¹⁰⁶¹ Haugen, 2010, 208.

¹⁰⁶² Beauchamp in Childress, 2013, 267-268.

¹⁰⁶³ Beauchamp in Childress, 2013, 90-91.

¹⁰⁶⁴ Gilson, 2014, 2.

¹⁰⁶⁵ Gilson, 2014, 37.

¹⁰⁶⁶ Gilson, 2014, 15.

¹⁰⁶⁷ Gilson, 2014, 37.

¹⁰⁶⁸ Haugen, 2010, 212.

Nezdravljeni bolnik sam neredko ne more uveljavljati svoje pravice do zdravljenja,¹⁰⁶⁹ zakonodaja pa pogosto daje prednost njegovim drugim pravicam (npr. pravici do prostosti), kar posledično vodi v napredovanje bolezni. Če je ta (dovolj) dolgo nezdravljena, lahko postane zdravljenju (v kolikor bo do njega v prihodnje prišlo) manj dostopna, in vodi v hude, pogosto nepopravljive zdravstvene in psihosocialne izgube.

Koncepta ranljivosti v večini deklaracij in konvencij o človekovih pravicah ne najdemo, v celoti pa mu je namenjen 8. člen *Univerzalne deklaracije o bioetiki in človekovih pravicah* Organizacije Združenih narodov za izobraževanje, znanost in kulturo iz leta 2005.^{1070,1071} Omenjeni člen navaja, da je potrebno pri uporabi in napredku znanosti, medicinske prakse in pridruženih tehnologij upoštevati človekovo ranljivost; posamezniki in skupine s posebnimi ranljivostmi morajo biti zaščiteni, prav tako je potrebno spoštovati njihovo integriteto.¹⁰⁷² H. M. Haugen posledično zagovarja stališče, da posebne oblike zdravljenja ne morejo pomeniti diskriminacije, kadar imajo za cilj princip enakopravnosti in krepitev človekovih pravic.¹⁰⁷³

V bioetiki se konstantno srečujemo z novimi spoznanji, ki terjajo spremembo prakse. Razvoj medicinskih spoznanj je kontinuiran proces. Celo temeljne definicije zdravja in bolezni (kot smo videli v primeru definiranja hudih duševnih bolezni) so podvržene konstantnemu razvoju. Prakse zdravljenja se morajo venomer prilagajati novim spoznanjem, slediti jim mora tudi ustrezna zakonodaja. Vprašanje neprostovoljnega psihiatričnega zdravljenja je prepoznano kot eden izmed najbolj perečih problemov moderne družbe. Prepoznana je potreba po več raziskavah, ki ob motivaciji zahtevajo tudi razpoložljivost ustreznih finančnih sredstev.¹⁰⁷⁴ Po mnenju *The WPA-Lancet Psychiatry Commission* o prihodnosti psihiatrije¹⁰⁷⁵ je ključen razvoj zakonodaj, ki izhajajo iz na dokazih podprte medicine,¹⁰⁷⁶ v kateri bi upoštevali tudi izkušnje bolnikov.¹⁰⁷⁷ Na dokazih podprta medicina je relativno nova disciplina, ki vključuje integracijo individualne klinične ekspertize in podatkov iz klinično relevantnih raziskav.¹⁰⁷⁸ Pri sprejemanju odločitev v okviru na dokazih podprte medicine so poleg dokazov iz raziskav

¹⁰⁶⁹ Kot smo videli v prvem poglavju, je prav odsoten bolezenski uvid med najpogostejšimi razlogi zavračanja hospitalizacije, četudi je razlogov seveda več.

¹⁰⁷⁰ Haugen, 2010, 210.

¹⁰⁷¹ UNESCO, *Universal Declaration on Bioethics and Human Rights*, 2005.

¹⁰⁷² UNESCO, *Universal Declaration on Bioethics and Human Rights*, 2005, Art. 8.

¹⁰⁷³ Haugen, 2010, 210.

¹⁰⁷⁴ Bhugra idr., 2017, 797.

¹⁰⁷⁵ *The WPA-Lancet Psychiatry Commission on the Future of Psychiatry* (Bhugra idr., 2017).

¹⁰⁷⁶ Gre za t. i. *evidence-based approach* ali na dokazih podprto medicino (tudi na dokazih temelječa medicina).

¹⁰⁷⁷ Bhugra idr., 2017, 793, 797.

¹⁰⁷⁸ Sackett idr., 1996, 71-72.

pomembne tudi socialne in organizacijske okoliščine ter vrednote interesnih skupin¹⁰⁷⁹ (v medicini tako bolnikov kot zdravstvenega osebja in družin bolnikov). Upošteva vse navedene elemente moramo v medicini še vedno tehtati med različnimi relevantnimi dejavniki, kar neizogibno zahteva določeno stopnjo presoje odločevalcev.¹⁰⁸⁰

Ker raziskav na bolnikih s hudimi duševnimi motnjami, ki jih zaradi veljavnih zakonskih omejitev ne moremo zdraviti, ni možno izpeljati, so po mojem mnenju nujne ciljne teoretične interdisciplinarne raziskave relevantnih nemedicinskih področij, kot so filozofija, pravo, psihologija, socialne vede, antropologija in moralna teologija. Na tem mestu zaključujem poglavje o dostojanstvu v kontekstu hude duševne motnje, v katerem sem se predominantno ukvarjala z njegovim socialnim vidikom. Dostojanstvo nas bo spremljalo tudi v zadnje, četrto poglavje, ki ga bom namenila raziskovanju vidika človekovih pravic v kontekstu odločitev o neprostovoljnem zdravljenju.

¹⁰⁷⁹ Tilburt, 2008, 721.

¹⁰⁸⁰ Tilburt, 2008, 724.

4 SPOŠTOVANJE ČLOVEKOVIH PRAVIC V LUČI RAZLIČNIH PRISTOPOV K NEPROSTOVOLJNEMU ZDRAVLJENJU HUDIH DUŠEVNIH MOTENJ V EVROPSKIH NACIONALNIH ZAKONODAJAH

*Človekove pravice so odprt pojem, ki nima vselej iste vsebine. Pojem, ki ga je treba vselej znova napolniti s pomočjo interpretacije.*¹⁰⁸¹

Kot smo videli v prejšnjem poglavju, so človekove pravice izpeljane iz intrinzičnega dostojanstva. Gre za pravice, ki jih ima vsak človek, in sicer zato, ker je človek. Te pravice niso samo zakonske in pravne, temveč tudi in predvsem moralne ter so zato nad pravom. Zakon, ki nasprotuje človekovim pravicam, je nelegitimen.¹⁰⁸²

Svetovna zdravstvena organizacija v kontekstu duševnega zdravja in človekovih pravic navaja, da slednje posameznikom in skupnostim zagotavljajo upravičenosti, ki so za vlade oz. države pravno zavezujoče.¹⁰⁸³ Kljub velikim napetostim med kulturami in političnim nesoglasjem doslej nobena država ni zavrnila koncepta človekovih pravic na načelni ravni – težave se kažejo kot razhajanja med njihovim deklarativnim priznavanjem in dejanskim uresničevanjem.¹⁰⁸⁴ Človekove pravice so odprt pojem, so abstraktne in jih je vsakič znova potrebno napolniti s pomočjo interpretacije.¹⁰⁸⁵ Psihijatrija in človekove pravice so v zapletenem odnosu, ki vsebuje potencial za izboljšanje, kot pravi J. Jařab.¹⁰⁸⁶

Konceptualno so človekove pravice vrsta pravic, izpeljanih iz človekovega intrinzičnega dostojanstva, ki jih tradicionalno opisujemo kot: a) naravne (niso bile podeljene s strani človeka in jih tudi ni mogoče odvzeti), b) njihova vsebina je povezana z vprašanji svobode, enakosti in solidarnosti, c) pripoznane pa so tako v narodnem kot d) v mednarodnem pravu.¹⁰⁸⁷ R. Svetlič

¹⁰⁸¹ Svetlič, 2009, 227.

¹⁰⁸² Stres, 2018, 129.

¹⁰⁸³ World Health Organization, *Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice*, 2004, 23.

¹⁰⁸⁴ Svetlič, 2009, 216.

¹⁰⁸⁵ Svetlič, 2009, 227.

¹⁰⁸⁶ Sklicujem se na naslov članka *Psychiatry and human rights: a difficult relationship, but with a growing potential* (Jařab, 2015).

¹⁰⁸⁷ Svetlič, 2009, 11-19.

opozarja na posebnost slovenskega prevoda angleškega izraza *human rights* ali nemškega izraza *Menschenrechte*: slovenski prevod namreč pridobi pridih individualnosti in izgubi na kontekstu človeškosti – pri človekovih pravicah gre namreč v prvi vrsti za občečloveškost teh pravic.¹⁰⁸⁸

V *Leksikonu filozofije A*. Stresa beremo, da človekove pravice delimo v tri skupine. V prvo skupino umeščamo tiste človekove pravice, ki so bile najprej priznane, to so politične in državljanske svoboščine, ki služijo odpravljanju diskriminacij ter zagotavljanju enakosti in svobode vsem. Te pravice imenujemo tudi negativne pravice, prepovedujejo namreč neenakost in nesvobodo. Imajo ustrezno sodno varstvo. V drugo skupino človekovih pravic umeščamo ekonomske, socialne in kulturne pravice. Te dajejo pravico do nečesa, zato jih imenujemo pozitivne pravice. Predpostavljajo določeno stopnjo razvoja družbe – zagotavljanje teh pravic naredi državo socialno. Mednje med drugim sodijo pravica do zdravja, do dela, do izobrazbe in vseh oblik kulturnega in duhovnega življenja. Človekovo dostojanstvo daje osebi pravico do ustrezne zadovoljitve svojih najosnovnejših materialnih in duhovnih potreb, brez katerih ne more biti v polnosti človek. Zakonodaja ne zadošča za zagotavljanje pravic iz druge skupine, nujen predpogoj je vzpostavitev učinkovitega gospodarstva, ki zagotovi uživanje teh pravic (tako zagotovi tudi sistem zdravstvenega in socialnega varstva). Te pravice tudi niso tako iztožljive, kot so iztožljive človekove pravice iz prve skupine. Tretja skupina človekovih pravic je najmlajša, vanjo sodijo npr. pravice do miru, do zdravega okolja in do razvoja. Teh pravic ne najdemo v SDČP, gre bolj za priporočila, ki so vezana tudi na mednarodne odnose in jih je mogoče uresničiti le globalno.¹⁰⁸⁹ B. H. Weston opozarja, da ne drži povsem, da prva generacija človekovih pravic povsem ustreza negativnim pravicam, vsem pravicam te skupine pa je skupna ideja svobode, ki (posameznike in skupine) ščiti pred politično zlorabo.¹⁰⁹⁰ V zadnjih letih avtorji na področju bioetike in bioprava pišejo o četrti generaciji človekovih pravic, za katere bi izhodišče predstavljala prav načela evropske bioetike (avtonomija, dostojanstvo, integriteta in ranljivost).¹⁰⁹¹ S četrto generacijo človekovih pravic ciljamo na ureditev sodobnih izzivov bioetike, kot je to npr. genetski inženiring, zato je govora o pravicah bodočih generacij.¹⁰⁹²

¹⁰⁸⁸ Svetlič, 2009, 15.

¹⁰⁸⁹ Stres, 2018, 129-131.

¹⁰⁹⁰ Weston, 2020.

¹⁰⁹¹ Valdes, 2013, 139, 143-144; Rendtorff, 2002, 235.

¹⁰⁹² Cornescu, 2009.

Duševno zdravje in človekove pravice se redko povezujejo na sistematičen način, med razlogi L. O. Gostin izpostavlja različne filozofije, besedišče in vloge v družbi.¹⁰⁹³ Opozarja, da gre tako pri skrbi za duševno zdravje kot pri zaščiti človekovih pravic za moderna pristopa izboljšanja človeškega blagostanja. Šele ko na ti dve področji gledamo sočasno, drugo drugega pozitivno ojačujeta.¹⁰⁹⁴ Gostin izpostavlja tri pomembne odnose med duševnim zdravjem in človekovimi pravicami: a) zakonodaja o duševnem zdravju vpliva na človekove pravice, b) kršitev človekovih pravic vpliva na duševno zdravje in c) pozitivna promocija duševnega zdravja in človekovih pravic delujeta na način medsebojne krepitve.¹⁰⁹⁵

Človekove pravice ljudem pripadajo zaradi njihove človeške narave (angl. *humanity*), zato bolnikom z duševno motnjo seveda ni potrebno dokazovati, da si jih »zaslužijo«. ¹⁰⁹⁶ Izvirajo namreč iz nespornega dejstva, da smo ljudje.¹⁰⁹⁷ Generalni sekretar SZO je v izjavi za javnost ob dnevu človekovih pravic decembra 2017 med drugim zapisal, da je uživanje najvišjega standarda zdravljenja temeljna človekova pravica ter da nihče ne bi smel oboleti ali umreti zaradi nedostopnosti potrebnih zdravstvenih storitev.¹⁰⁹⁸

Generalna skupščina OZN je 10. decembra leta 1948 sprejela *Splošno deklaracijo človekovih pravic* (SDČP),¹⁰⁹⁹ ki človekove pravice zajema v tridesetih členih. V *Preambuli* beremo, da je »priznanje prirojenega človeškega dostojanstva vseh članov človeške družbe in njihovih enakih in neodtujljivih pravic temelj svobode, pravičnosti in miru na svetu ...«. ¹¹⁰⁰ Človekove pravice pa niso le ideal, predstavljajo namreč konkretno zavezo, ki ustvarja učinke tukaj in sedaj.¹¹⁰¹ V kontekstu te disertacije izpostavljam nekaj mest iz SDČP, ki so posebej relevantna:

»Vsi ljudje se rodijo svobodni in imajo enako dostojanstvo in enake pravice ...«¹¹⁰²

»Vsakdo ima pravico do življenja, do prostosti in do osebne varnosti.«¹¹⁰³

¹⁰⁹³ Gostin, 2001, 265.

¹⁰⁹⁴ Gostin, 2000, 127.

¹⁰⁹⁵ Gostin, 2000, 127; glej tudi Gostin in Gable, 2004, 27.

¹⁰⁹⁶ Gostin, 2001, 264.

¹⁰⁹⁷ Stres, 2018, 130.

¹⁰⁹⁸ Ghebreyesus, 2017.

¹⁰⁹⁹ Svetlič, 2009, 21.

¹¹⁰⁰ *Splošna deklaracija človekovih pravic*, 1948.

¹¹⁰¹ Svetlič, 2009, 219.

¹¹⁰² *Splošna deklaracija človekovih pravic*, 1948, 1. člen.

¹¹⁰³ *Splošna deklaracija človekovih pravic*, 1948, 3. člen.

»Nikogar se ne sme nadlegovati s samovoljnim vmešavanjem v njegovo zasebno življenje, v njegovo družino, v njegovo stanovanje ali njegovo dopisovanje in tudi ne z napadi na njegovo čast in ugled ...«¹¹⁰⁴

»...Vsakdo ima pravico do takšne življenjske ravni, ki zagotavlja njemu in njegovi družini zdravje in blagostanje, vključno s hrano, obleko, stanovanjem, zdravniško oskrbo in potrebnimi socialnimi storitvami...«¹¹⁰⁵

S tehtanjem med posameznimi pravicami in potencialnimi kontradikcijami se bom ukvarjala v nadaljevanju.

P. Gilabert ločuje med abstraktnimi in specifičnimi človekovimi pravicami. Prve so splošne zahteve v interesu vseh človeških bitij, njihova zaščita pa je odgovornost vseh, ki lahko na njihovo izvajanje kakorkoli vplivajo, medtem ko so druge zahteve, ki jih imajo ljudje v modernem svetu do svojih vlad, sodržavljanov, mednarodnih organizacij itd.¹¹⁰⁶ Pravice, nanizane v SDČP, sodijo med abstraktnejše pravice.¹¹⁰⁷ Razlikovanje med abstraktnimi in specifičnimi človekovimi pravicami je v pomoč pri dokazovanju, da med politično (praktično) perspektivo človekovih pravic in njeno humanistično (naturalistično) perspektivo pravzaprav ni napetosti, saj te pravice sodijo v različne kategorije abstrakcij.¹¹⁰⁸

L. O. Gostin zagovarja pomen prava človekovih pravic za zagotavljanje pravic oseb z duševnimi motnjami zaradi dveh (medsebojno povezanih) temeljnih idej. Kot prvo izpostavlja človekove pravice kot edini mednarodni temelj zakonodaj o duševnem zdravju, kot drugo pa dejstvo, da človekove pravice niso odvisne od posameznih vlad – ne morejo biti podeljene ali odvzete.¹¹⁰⁹ V nasprotju z etiko, tako Gostin, človekove pravice omogočajo učinkovit mehanizem pravnih zahtevkov oz. terjatev.¹¹¹⁰ Konceptualizacija duševnega zdravja kot človekove pravice (in ne zgolj kot moralne zahteve) je za države zavezujoča.¹¹¹¹ Presenetljivo A. P. Butcher navaja, da je aplikacija človekovih pravic v skrbi za posameznike z duševnimi motnjami relativno nerelevantna, lahko pa celo škodljiva. Po njegovem mnenju človekove

¹¹⁰⁴ *Splošna deklaracija človekovih pravic*, 1948, 12. člen. Omenjeni člen je relevanten predvsem pri presoji utemeljenosti neprostovoljnega zdravljenja v skupnosti (nadzorovana obravnava v ZDZdr), s čimer se v tej nalogi primarno ne ukvarjam.

¹¹⁰⁵ *Splošna deklaracija človekovih pravic*, 1948, 25. člen.

¹¹⁰⁶ Gilabert, 2018, 17.

¹¹⁰⁷ Gilabert, 2018, 18.

¹¹⁰⁸ Gilabert, 2018, 29-34, 56.

¹¹⁰⁹ Gostin, 2001, 264.

¹¹¹⁰ Gostin, 2001, 265.

¹¹¹¹ Gostin, 2001, 271.

pravice ne morejo nasloviti osebne izkušnje duševne motnje kot tudi ne socialnih in političnih vprašanj, s katerimi se srečujejo oboleli.¹¹¹² Izpostavlja dejstvo, da je v liberalnem vidiku človekovih pravic zakoreninjen koncept avtonomnega in neodvisnega posameznika, ki je z drugimi posamezniki povezan kot enak, racionalen in asertiven posameznik, ki prav sam najbolje ve, kaj je v njegovem največjem interesu.¹¹¹³ Tak vidik pove le malo o posameznikih, ki sami niso zmožni zahtevati svojih pravic, posledično je za položaj mnogih skupin ljudi (npr. za otroke, kronično duševno bolne, duševno manjrazvite in dementne) lastništvo pravic in svoboščin manj pomembno.¹¹¹⁴ Številni duševno bolni živijo marginalizirano življenje, izpostavljeni so diskriminaciji in stigmatizaciji.¹¹¹⁵ Zahtevanje in koriščenje pravic je namreč aktiven (in ne pasiven) proces.¹¹¹⁶ Človekove pravice določenih skupin so tesno povezane z dolžnostmi oz. zavezami drugih (angl. *rights and duties*). Kadar so nosilci pravic osebe z duševnimi motnjami, so pravice do zaščite in zdravljenja definirane preveč ohlapno, da bi lahko bile obolelim v pomoč.¹¹¹⁷ Med možnimi razlogi za nejasno definiranje pravic Butcher navaja tudi razpoložljivost finančnih sredstev v zdravstvenem sistemu,¹¹¹⁸ nekateri drugi avtorji pa tudi pomanjkanje politične volje, pa tudi premajhen vpliv oseb z duševnimi motnjami in njihovih zagovornikov v družbi.¹¹¹⁹

Duševno zdravje in človekove pravice sta komplementarna pristopa. Po eni strani je določena stopnja duševnega zdravja nujna za uveljavljanje človekovih pravic, po drugi strani so človekove pravice ključne za zaščito pravic, vključno s pravico do duševnega zdravja.¹¹²⁰

4.1 Evropske konvencije za zaščito človekovih pravic in Evropsko sodišče

Od druge svetovne vojne je bilo zaščiti človekovih pravic duševno obolelih namenjene vse več pozornosti.¹¹²¹ Poleg mednarodno veljavnih konvencij Evropa pozna dve regionalni (evropski) konvenciji: *Evropsko konvencijo o varstvu človekovih pravic in temeljnih svoboščin* iz leta 1950

¹¹¹² Butcher, 2000, 85.

¹¹¹³ Butcher, 2000, 89.

¹¹¹⁴ Butcher, 2000, 90.

¹¹¹⁵ Butcher, 2000, 90.

¹¹¹⁶ Butcher, 2000, 90.

¹¹¹⁷ Butcher, 2000, 94.

¹¹¹⁸ Butcher, 2000, 93.

¹¹¹⁹ Battams in Henderson, 2010, 127.

¹¹²⁰ Gostin, 2000, 128.

¹¹²¹ Salize idr., 2002, 5.

(v nadaljevanju ECHR) in *Konvencijo o človekovih pravicah v zvezi z biomedicino* – t. i. *Oviedsko konvencijo* (1997).¹¹²²

ECHR predstavlja najboljše regionalni mehanizem zaščite človekovih pravic na svetu, ki so ga podpisale vse evropske, pa tudi številne neevropske države.¹¹²³ Mednarodne konvencije so za države podpisnice zavezujoče, vendar posamezniki praviloma ne morejo vlagati pravnih zahtevkov na tej osnovi. ECHR predstavlja v tem smislu izjemo: posamezniki lahko vlagajo zahtevke na Evropskem sodišču za človekove pravice (angl. *European Court of Human Rights*, s kratico ECtHR),¹¹²⁴ kadar so pravne možnosti v skladu z nacionalno zakonodajo izčrpane.¹¹²⁵ Tožbe na ECtHR se vlagajo proti državam – ECtHR presoja, ali je neka država kršila človekove pravice, ki jih varuje ECHR.¹¹²⁶ Pravilnost interpretacije nacionalne zakonodaje na sodiščih dotičnih držav niso vprašanje ECtHR.¹¹²⁷ Primeri, v katerih sodi ECtHR, niso zavezujoči le za določeno državo, temveč za vse države podpisnice ECHR.¹¹²⁸

O. Lewis v članku iz leta 2002 navaja, da je pravo ECtHR v kontekstu kompleksnega prava na področju duševnih motenj kljub večdesetletni tradiciji še vedno slabo razvito.¹¹²⁹ ECtHR je šele leta 1979 prvič presojalo specifičen primer s področja duševnega zdravja (*Winterwerp proti Nizozemski*),¹¹³⁰ ki smo ga že omenili v prvem poglavju, in velja za zlati standard številnih kasnejših sodb.^{1131, 1132}

ECHR vključuje specifična določila v odnosu do pravice do prostosti za osebe z duševnimi motnjami.¹¹³³ Za kontekst našega preučevanja je posebej relevanten 5. člen (1) ECHR (*Pravica do svobode in varnosti*), ki navaja: »Vsakdo ima pravico do svobode in osebne varnosti. Nikomur se ne sme odvzeti prostost, razen v naslednjih primerih in v skladu s postopkom, ki je predpisan z zakonom: ...«. ¹¹³⁴

¹¹²² Conrady in Roeder, 2006, 362.

¹¹²³ Lewis, 2002, 294.

¹¹²⁴ Conrady in Roeder, 2006, 365; Niveau in Materi, 2007, 59.

¹¹²⁵ Bartlett idr., 2007, 16.

¹¹²⁶ Bartlett idr., 2007, 21.

¹¹²⁷ Bartlett idr., 2007, 21.

¹¹²⁸ Lewis, 2002, 294.

¹¹²⁹ Lewis, 2002, 294.

¹¹³⁰ Lewis, 2002, 295; Bartlett idr., 2007, 17.

¹¹³¹ Jařab, 2015, 109.

¹¹³² Do razmaha v številu sodb ECtHR s področja duševnega zdravja je prišlo šele okoli preloma tisočletja – med letoma 2000 in 2004 je sodišče presojalo v štiridesetih primerih (Bartlett idr., 2007, 1).

¹¹³³ Kelly, 2013, 73.

¹¹³⁴ *Evropska konvencija o varstvu človekovih pravic in temeljnih svobořčin*, 1950, 5. člen (1).

Med izjemami posega v pravico do prostosti specifično točka 5(1)(e) navaja: »pripor oseb, da bi preprečili širjenje nalezljivih bolezni, ali duševno bolnih oseb, alkoholikov, narkomanov in potepuhov ...«. ¹¹³⁵

Pri izjemi, ki jo osebe z duševnimi motnjami predstavljajo v odnosu do pravice do prostosti (5. člen ECHR, specifično 5(1)(e)), ne smemo pozabiti, da ne gre za kazenski postopek – odvzem prostosti zaradi kaznivega dejanja. ¹¹³⁶ Posledično mora biti oseba z duševno motnjo nameščena v terapevtskem okolju in ji mora biti zagotovljena periodična ocena duševnega zdravja ter s tem utemeljitev pogojev za neprostovoljno zdravljenje v (najpogosteje) bolnišničnem okolju. ¹¹³⁷

ECHR pri potencialnem posegu v pravico do prostosti bolnikov z duševnimi motnjami izhaja iz dveh razlogov: a) iz socialne funkcije (kadar gre za ogrožanje javne varnosti) in b) iz terapevtske funkcije (v interesu bolnika oz. zaradi njegove potrebe). ¹¹³⁸ ECtHR v več sodbah argumentira, da so nacionalni pristopi k uveljavljanju pravic izrazito različni. V sodbi *Pleso proti Madžarski* (2012) navaja primer Nemčije, kjer je v zveznih državah v uporabi šestnajst zakonov v funkciji zagotavljanja javne varnosti (nem. *Unterbringungsgesetz*) in en (skupen) zakon, ki ureja skrbništvo (nem. *Betreuungsgesetz*) in služi zagotavljanju osebnih, zdravstvenih in ekonomskih pravic bolnikov z duševnimi motnjami. ¹¹³⁹

ECtHR zastopa stališče, da je pravo »živ organizem«, pristopi sodišča pa niso zamrznjeni v času, temveč se razvijajo skladno z razvojem odnosa do človekovih pravic. ¹¹⁴⁰ Pa vendar je ECtHR s formulacijo v 5. členu nekoliko omejeno, zato se v prihodnje pričakuje vse več primerov, pri katerih jezik ECHR za razrešitev ne bo dovolj. ¹¹⁴¹ ECHR ne obstaja v »vakuumu«, sodišče si pri presojah pomaga z drugimi, novejšimi instrumenti, namenjenimi varovanju človekovih pravic: npr. mednarodno relevantnimi dokumenti Sveta Evrope, Združenih narodov in Svetovne zdravstvene organizacije. ¹¹⁴²

Četudi je SDČP (kot ECHR) tudi za človekove pravice in dostojanstvo oseb z duševnimi motnjami ključen dokument, je specifičen interes za to področje vzniknil šele ob koncu

¹¹³⁵ *Evropska konvencija o varstvu človekovih pravic in temeljnih svobidčin*, 1950, 5. člen (1)(e); Bartlett idr., 2007, 17.

¹¹³⁶ Bartlett idr., 2007, 39.

¹¹³⁷ Bartlett idr., 2007, 39-40.

¹¹³⁸ ECtHR, *Guide on Article 5 of the European Convention on Human Rights*, 2020, 24, 26.

¹¹³⁹ *Pleso v. Hungary*, 2012.

¹¹⁴⁰ Bartlett idr., 2007, 17.

¹¹⁴¹ Bartlett idr., 2007, 17.

¹¹⁴² Bartlett idr., 2007, 23.

prejšnjega stoletja. Združeni narodi so leta 1991 izdali dokument *Principles for the Protection of Persons with Mental Illnesses and the Improvement of Mental Health Care*. Ta je podkrepil aplikacijo pravic, ki jih opredeljuje SDČP, za bolnike z duševnimi motnjami.¹¹⁴³ Dokument ni mednarodno zavezujoč in državam ni potrebno implementirati njegovih standardov, kot posebej problematično pa izpostavljajo prav področje informiranega pristanka na zdravljenje, ki naj bi celo kršil pravice bolnikov z duševnimi motnjami, namesto da bi jih varoval.¹¹⁴⁴ T. W. Harding tako v članku iz leta 2000 navaja, da zakoreninjena družbena ambivalenca (v mednarodnem smislu) do duševno bolnih onemogoča materialno učinkovitost človekovih pravic za to skupino bolnikov in vodi v oblikovanje dvojnih standardov v odnosu do pristanka na zdravljenje oz. izbire.¹¹⁴⁵ Konkretno, *Principle 11* omenjenega dokumenta Združenih narodov iz leta 1991 navaja, da mora biti informirani pristanek na zdravljenje prostovoljen in ustrezno informiran.¹¹⁴⁶ C. Gendreau kritizira omenjeno definicijo informiranega pristanka in izpostavlja, da manjka ključna – in v psihiatriji še posebej pomembna – tretja komponenta informiranega pristanka: zahtevek po zadostni sposobnosti osebe zanj.¹¹⁴⁷ Kar zadeva neprostovoljno zdravljenje, *Principle 16* navaja, da je to dopustno, kadar a) iz duševne motnje izhaja verjetnost za škodo (angl. *harm*) obolele osebe ali drugega ali b) ima oseba s hudo duševno motnjo moteno presojo realnosti, opustitev hospitalnega zdravljenja pa bi vodila v poslabšanje zdravstvenega stanja.¹¹⁴⁸

Dolžnost ECtHR je, da interpretira ECHR, številni drugi instrumenti varovanja človekovih pravic so bili razviti kot pomoč sodišču v ta namen.¹¹⁴⁹ *Principles for the Protection of Persons with Mental Illnesses and the Improvement of Mental Health Care* predstavljajo primer t. i. mehkega prava (angl. *soft law*), na katerega se sklicujejo tudi pri argumentiranju primerov na ECtHR.¹¹⁵⁰ *Evropski odbor za preprečevanje mučenja in nečloveškega ali ponižujočega ravnanja ali kaznovanja*¹¹⁵¹ je objavil in redno posodablja standarde, ki pokrivajo tudi pogoje

¹¹⁴³ Kelly, 2013, 58, 73; glej tudi Hunt in Mesquita, 2006, 341.

¹¹⁴⁴ Harding, 2000, 24.

¹¹⁴⁵ Harding, 2000, 24.

¹¹⁴⁶ *Principles for the protection of persons with mental illness and the improvement of mental health care*, 1991; Harding, 2000, 27.

¹¹⁴⁷ C. Gendreau, *The rights of psychiatric patients in the light of the principles announced by the United Nations*, 1997, v Harding, 2000, 27.

¹¹⁴⁸ *Principles for the protection of persons with mental illness and the improvement of mental health care*, 1991; glej tudi Lewis, 2002, 296-297.

¹¹⁴⁹ Bartlett idr., 2007, 23.

¹¹⁵⁰ Lewis, 2002, 297.

¹¹⁵¹ S kratiko CPT ali *Committee for Prevention of Torture*.

neprostovoljne namestitve v psihiatričnih institucijah.¹¹⁵² Države morajo slediti standardom ECHR, imajo pa pri doseganju tega relativno proste roke.¹¹⁵³ Posledično na področju duševnega zdravja, konkretno pri razreševanju dilem neprostovoljnega zdravljenja, obstaja v Evropi kopica različnih pristopov.

Zakonodaje o duševnem zdravju, četudi dobronamerne (tako do obolelih posameznikov kot njihovih družin in širše družbe), lahko posameznikom odrečejo temeljne človekove pravice.¹¹⁵⁴ V izogib samovoljnemu posegom v pravice morajo imeti neprostovoljno zdravljeni posamezniki pravico do pravne zaščite in pravičnega sojenja.¹¹⁵⁵ Po mnenju ECtHR je posamezna država odgovorna za zakonitost postopkov in za objektivnost pogojev, ki neprostovoljno zdravljenje dovoljujejo.¹¹⁵⁶

G. Niveau in J. Materi v članku iz leta 2007 navajata, da je možnost posameznika, da pravice uveljavlja na ECtHR, odvisna od stopnje demokracije v državi, v kateri živi, in dostopnosti pravne pomoči (tudi prek nevladnih organizacij).¹¹⁵⁷ Pogosteje kot države se na ECtHR obračajo prav posamezniki, odločitve ECtHR pa lahko vodijo v pomembne reforme nacionalnih zakonodaj.¹¹⁵⁸ V preteklosti so sodbe ECtHR vodile v spremembe zakonodaj o duševnem zdravju npr. na Nizozemskem, v Veliki Britaniji in Avstriji.¹¹⁵⁹ Posamezniki se na ECtHR največkrat obrnejo zaradi pritožb v zvezi z odvzemanjem prostosti (največ primerov v kontekstu zdravljenja duševnih motenj je sodišče presojalo prav v zvezi s 5. členom ECHR¹¹⁶⁰), trpinčenjem, nepravičnim sojenjem in kršenjem zasebnosti.¹¹⁶¹ Tožbe proti državam pogosto vlagajo tretje osebe (ne bolniki sami); med državami z največjim številom tožb izpostavljajo Francijo, Združeno kraljestvo in Nizozemsko. Francoski sociolog P. Bernadet – znani nasprotnik neprostovoljnega zdravljenja – je do leta 2004 vložil 25 tožb proti Franciji. Nizozemski pravnik G. E. M. Later je prav tako vložil več tožb proti Nizozemski, prof. L. O. Gostin (predsednik Nacionalnega združenja za duševno zdravje) je vložil več tožb proti Združenemu kraljestvu.¹¹⁶² Kljub številnim poročilom o kršitvah človekovih pravic v Turčiji in

¹¹⁵² Bartlett idr., 2007, 23, 25.

¹¹⁵³ Bartlett idr., 2007, 22, 32.

¹¹⁵⁴ Gostin, 2001, 265.

¹¹⁵⁵ Gostin, 2001, 266.

¹¹⁵⁶ Gostin, 2001, 267-268.

¹¹⁵⁷ Niveau in Materi, 2007, 59.

¹¹⁵⁸ Niveau in Materi, 2007, 60.

¹¹⁵⁹ Niveau in Materi, 2007, 67.

¹¹⁶⁰ Bartlett idr., 2007, 17.

¹¹⁶¹ Niveau in Materi, 2007, 60.

¹¹⁶² Niveau in Materi, 2006, 66.

Grčiji ti dve državi do leta 2004 nista imeli tožb na ECtHR,¹¹⁶³ posledično se lahko upravičeno sprašujemo o neposrednem pomenu ECtHR za bolnike z duševnimi motnjami. Pravice imajo konkretne posledice, kadar se pravde odražajo v političnem napredku in se implementirajo novi standardi,¹¹⁶⁴ spremembe nekaterih nacionalnih zakonodaj so primer takih konkretnih posledic.

Med letoma 1953 in 2004 je ECtHR sprejelo 118.000 odločitev, izmed katerih se jih je 108 nanašalo na psihiatrično zdravljenje in namestitvev (angl. *psychiatric committment*). V 35 primerih je ECtHR ugotavljalo kršitev ene ali več pravic, za katere jamči ECHR.¹¹⁶⁵ Edini izmed členov ECHR, ki se neposredno nanaša na duševne motnje, je 5. člen (*Pravica do svobode in varnosti*),^{1166,1167} ki pravi, da se nikomur ne sme odvzeti prostosti, razen v določenih primerih, predpisanih v zakonu, med katerimi navaja za naš primer relevantno dikcijo: »zakonito pridržanje oseb, da bi preprečili širjenje nalezljivih boleznih, ali duševno bolnih oseb, alkoholikov, narkomanov in potepuhov.«¹¹⁶⁸ Slovenski prevod *duševno bolnih oseb* v 5. členu ECHR se v angleški verziji dokumenta glasi *persons of unsound mind*.¹¹⁶⁹ Kot vidimo, ne gre za specifično diagnostično kategorijo, set bolezenskih simptomov ali opredelitev neke konkretne bolezenske pomanjkljivosti. ECtHR upošteva utemeljitve *unsoundness of mind* kot veljavne, če jih opredeli specialist psihiatrije.¹¹⁷⁰ Kot sem omenila že v podpoglavju 1.3, je ECtHR v primeru *Winterwerp proti Nizozemski* leta 1979 navedlo, da pojem ne more imeti definitivne interpretacije, kajti njegov pomen se v skladu z razvojem psihiatrične stroke kontinuirano razvija.¹¹⁷¹ Tako je tudi dobesedna dikcija o utemeljenem zakonitem pridržanju »alkoholikov,¹¹⁷² narkomanov in potepuhov« preživeta, saj večina zakonodaj o duševnem zdravju, ki urejajo neprostovoljno zdravljenje, tovrstnega ukrepa ne dovoljuje pri osebah, odvisnih od substanc, »potepuštvu« pa sploh ni duševna motnja. Razen v nujnih primerih, tako

¹¹⁶³ Niveau in Materi, 2007, 66.

¹¹⁶⁴ Bartlett idr., 2007, 28.

¹¹⁶⁵ Niveau in Materi, 2007, 59.

¹¹⁶⁶ Conrady in Roeder, 2006, 363; Niveau in Materi, 2007, 60; Bartlett idr., 2007, 17.

¹¹⁶⁷ 5. člen ECHR je po vsebini ekvivalenten 3. členu SDČP.

¹¹⁶⁸ *Evropska konvencija o varstvu človekovih pravic in temeljnih svoboščin*, 5. člen, 1994.

¹¹⁶⁹ Conrady in Roeder, 2006, 363.

¹¹⁷⁰ Niveau in Materi, 2007, 60; Bartlett idr., 2007, 43.

¹¹⁷¹ *Winterwerp v. Netherlands*, 1979, v Bartlett idr., 2007, 17, 42.

¹¹⁷² Glede abnormnega vedenja pod vplivom alkohola ECtHR navaja, da gre lahko za ogrožanje samega sebe ali javnosti, zato je poseg v pravico do prostosti dopusten (*ECtHR, Guide on Article 5 of the European Convention on Human Rights*, 2020, 27). V Sloveniji abnormno vedenje pod vplivom alkohola, zaradi katere obstaja nevarnost za druge, praviloma obravnava policija, kadar je prisotno samoogrožajoče vedenje, pa je običajno nujna psihiatrična intervencija.

ECtHR, poseg v posameznikovo prostost brez zanesljivo dokazane duševne motnje ni utemeljen.¹¹⁷³

Medtem ko je prvi in ključni primer ECtHR s področja duševnega zdravja leta 1979 – *Winterwerp proti Nizozemski* – postavil pomembne proceduralne varovalke v primeru neprostovoljnega zdravljenja, ni bil enako uspešen pri vsebinskih standardih.¹¹⁷⁴ Neprostovoljno zdravljenje mora biti utemeljeno v ustrezni nacionalni zakonodaji, o odvzemu prostosti mora odločati sodišče, oseba mora imeti možnost zaslišanja in zagotovljeno pravno pomoč.¹¹⁷⁵ Za naš primer preučevanja so ključni vsebinski standardi utemeljitve neprostovoljnega zdravljenja. Glede teh je ECtHR v primeru *Winterwerp* izreklo, da mora biti duševna motnja določene narave in stopnje (ang. *of a kind and degree*),¹¹⁷⁶ prag naj bi bil definiran znotraj nacionalnega zakona o duševnem zdravju,¹¹⁷⁷ oceno duševnega zdravja pa mora podati specialist psihiatrije na osnovi ekspertize.¹¹⁷⁸ Doslej se ECtHR pri definiranju duševne motnje torej ni sklicevalo na nobeno od mednarodnih klasifikacij bolezni, prav tako ni ovrglo ocene duševnega zdravja pred nacionalnimi sodišči – glede tega psihiatrom in nacionalnim sodiščem dopušča diskrecijo.¹¹⁷⁹ Standardom za neprostovoljno zdravljenje je po mnenju sodišča zadoščeno tako z rabo nevarnostnega kriterija kot kriterija potrebe po zdravljenju v nacionalnih zakonodajah.¹¹⁸⁰ Sodna praksa dovoljuje široko interpretacijo duševnih motenj pod pojmom *unsoundness of mind*. Tako se je ECtHR v primeru *X. proti Nemčiji* izreklo, da izraz *unsoundness of mind* ni omejen na duševne bolezni, temveč razumljen v širšem smislu, vključujoč osebnostne motnje, duševno manjrazvitost, psihotične motnje in verjetno nevrotske motnje¹¹⁸¹ (slednje se v aktualnih medicinskih klasifikacijah duševnih bolezni znajdejo med drugimi motnjami, kot so stresne, anksiozne in razpoloženske). Sodišče je sicer opozorilo, da zgolj ekscentrično vedenje ne zadosti zahtevam izraza *unsoundness of mind*.¹¹⁸² O za psihiatrijo ključnem kliničnem kriteriju za neprostovoljno zdravljenje – dostopnosti zdravljenja (v angl. literaturi *treatability*) – se ECtHR ne izreka.

¹¹⁷³ Bartlett idr., 2007, 42.

¹¹⁷⁴ Bartlett idr., 2007, 18.

¹¹⁷⁵ Bartlett idr., 2007, 18.

¹¹⁷⁶ Bartlett idr., 2007, 18; Niveau in Materi, 2007, 63.

¹¹⁷⁷ Bartlett idr., 2007, 22.

¹¹⁷⁸ Bartlett idr., 2007, 42.

¹¹⁷⁹ Bartlett idr., 2007, 43; ECtHR, *Guide on Article 5 of the European Convention on Human Rights*, 2020, 25.

¹¹⁸⁰ Bartlett idr., 2007, 44.

¹¹⁸¹ Bartlett idr., 2007, 42.

¹¹⁸² Bartlett idr., 2007, 42.

ECtHR se zaveda, da odločitev o tem, ali neko duševno stanje zahteva neprostovoljno hospitalno zdravljenje v določeni državi, temelji tudi na razpoložljivosti mreže pomoči. Doslej sodišče državam ni nalagalo odgovornosti za oblikovanje mreže zdravstvene oskrbe v skupnosti, na račun česar bi odvrnili potrebo po vsaj nekaterih neprostovoljnih hospitalizacijah (kot je to npr. nadzorovana obravnava, ki jo omogoča ZDZdr), razlogi za obotavljanje ECtHR so verjetno v prvi vrsti finančni.¹¹⁸³

Mednarodni okvir človekovih pravic se je od sprejetja SDČP (in ECHR) do danes razvijal. Tudi J. Jařab opozarja, da se SPDC iz leta 1948 specifično ne nanaša na osebe z duševnimi (avtor uporabi izraz psihosocialnimi) motnjami, ECHR iz leta 1950 pa v 5. členu navaja osebe z duševnimi motnjami kot nosilce pravic, vendar kot izjeme, pri katerih je možen poseg v pravico do prostosti.¹¹⁸⁴ *Konvencija o pravicah invalidov* (UN CRPD) iz leta 2006 Jařab ocenjuje kot pomemben mejnik v razvoju človekovih pravic tudi za osebe z duševnimi motnjami in izpostavlja »omejenost« evropskega prostora z ECHR, katere besedilo je bistveno ožje. Omejeno je zgolj na 5. člen, ki neprostovoljno zdravljenje (in s tem poseg v pravico do prostosti) dovoljuje. To je v diskrepanci z zahtevami UN CRPD, ki zahteva odpravo vsakršnega posega v pravico do prostosti (torej tudi neprostovoljnega zdravljenja) na osnovi obstoječe nezmožnosti (angl. *disability*). Jařab diskrepanco med ECHR in *Konvencijo o pravicah invalidov interpretira* v luči razvoja družbenega razumevanja oz. družbene senzitivnosti za pravice drugih,¹¹⁸⁵ *Konvencija o pravicah invalidov* naj bi predstavljala premik od medicinskega (paternalističnega) pristopa k pristopu človekovih pravic, po katerem je nosilec pravic (bolnik) aktiven subjekt in ne le pasiven, skrbi potreben objekt.¹¹⁸⁶ Prav neprostovoljno zdravljenje je ob neprostovoljni namestitvi bolnikov z duševnimi motnjami (praviloma v socialno-varstvene zavode) pogosto tematizirana praksa, ki grobo poseže v najbolj temeljne pravice, predvsem v pravico do prostosti.¹¹⁸⁷ Konvencija predstavlja velik izziv zakonom o duševnem zdravju, saj kakršnekoli prisilne ukrepe zaradi prisotnosti duševne motnje opredeli kot diskriminirajoče in torej kršitev konvencije.¹¹⁸⁸ Omenjeno ogroža tudi moment neprostovoljnega zdravljenja kot skrajnega ukrepa in interferira s prizadevanji za zaščito oseb s kognitivnimi in emocionalnimi deficiti in jih s tem ogroža.¹¹⁸⁹ Zahteve po nemudni in popolni

¹¹⁸³ Bartlett idr., 2007, 45-46.

¹¹⁸⁴ Jařab, 2015, 109.

¹¹⁸⁵ Jařab, 2015, 109.

¹¹⁸⁶ Jařab, 2015, 106, 108.

¹¹⁸⁷ Saxena in Hanna, 2015, 356.

¹¹⁸⁸ Bhugra idr., 2017, 793.

¹¹⁸⁹ Appelbaum, 2016, 366.

odpravi neprostoVOLJNIH ukrepov so nezdrUžljive s strokovnimi psihiatričnimi in pravnimi koncepti sposobnosti za sprejemanje odločitev o zdravljenju, kar je med drugim posledica izvzetosti psihiatrov pri oblikovanju dokumenta in nezadostnega posvetovanja z uporabniki oz. bolniki z duševnimi motnjami.¹¹⁹⁰ NeprostoVOLJNI ukrepi v psihiatriji so del širše slike skrbi za ranljivo populacijo oseb z duševnimi motnjami. Poleg pravice do odločanja o zdravljenju (pristanka na ali zavrnitve) bi morali z ustreznimi programi poskrbeti tudi za dostopnost ostalih pravic, ki jih prav tako ščitijo *Konvencija o pravicah invalidov* in drugi relevantni mednarodni dokumenti.¹¹⁹¹ Poleg tega je *Konvencija o pravicah invalidov* namenjena varovanju človekovih pravic invalidov – »ljudem z dolgotrajnimi telesnimi, duševnimi, intelektualnimi ali senzoričnimi okvarami«,¹¹⁹² kamor nikakor ne moremo uvrstiti vseh bolnikov z duševnimi motnjami, ki so neprostoVOLjno zdravljeni.

Novejše sodbe ECtHR kažejo na prizadevanje sodišča po upoštevanju novejših mednarodnih dokumentov s področja človekovih pravic.¹¹⁹³ V primeru mladega moškega, ki je bil ob poslabšanju duševne motnje več mesecev neprostoVOLjno zdravljen v psihiatrični bolnišnici (*Pleso proti Madžarski*, 2012), je ECtHR odločilo, da je šlo pri večmesečni hospitalizaciji brez bolnikove privolitve za nesorazmeren poseg v bolnikovo prostost, saj ni bilo dokazov o neposredni in resni nevarnosti za bolnika ali okolico. ECtHR je pozvalo k razmisleku o proporcionalnosti med zaščito zdravja in zaščito prostosti. Poleg tega je sodišče ocenilo, da bolniku ni bilo ponujeno zdravljenje na manj restriktiven način (neprostoVOLjno zdravljenje v skupnosti).¹¹⁹⁴

Primer *Pleso proti Madžarski* je zanimiv tudi v luči primera J., ki ga spremljamo skozi to nalogo. Šlo je za mladega moškega, ki je živel z mamo in bil od njene pomoči tudi finančno povsem odvisen. Prav mama je tudi iskala psihiatrično pomoč zanj, saj je sumila, da je psihotičen. Bolnik ni končal fakultete, nikoli ni bil zaposlen, več let je večinoma taval po mestnih ulicah in ni kazal nobenih socialnih interesov, tudi za svojo higieno je skrbel pomanjkljivo. Psihiater ga je na mamino pobudo povabil na pregled, pregleda (in še nekaj naslednjih) se je tudi udeležil. Po diagnostiki se je izkazalo, da gre za paranoidno shizofrenijo, bolnik pa je opustil obiske pri psihiatru. Na mamino vztrajanje (poročala je o vse bolj bizarnem vedenju) je bil neprostoVOLjno hospitaliziran. Sodišče je, kot rečeno, v sodbi izpostavilo, da je

¹¹⁹⁰ Freeman idr., 2015, 844, 847-848; glej tudi Appelbaum, 2016, 368.

¹¹⁹¹ Bhugra idr., 2017, 793.

¹¹⁹² *Konvencija o pravicah invalidov*, 2006, 1. člen.

¹¹⁹³ Jařab, 2015, 109.

¹¹⁹⁴ Jařab, 2015, 109-110; *Pleso v. Hungary*, 2012.

bila nekajmesečna hospitalizacija neproporcionalen poseg v pravico do prostosti, predvsem, ker bolniku niso izrecno ponudili možnosti prostovoljnega zdravljenja v skupnosti. Prav tega (NO) tudi ZDZdr ne omogoča vsem bolnikom, pač pa le tistim, ki so bili predhodno že neprostovoljno hospitalno zdravljeni. To bi bilo potrebno v ZDZdr nemudoma spremeniti.

V sodbi *Pleso proti Madžarski* je sodišče navajalo, da je shizofrenija sicer tip duševne motnje, pri kateri je neprostovoljno zdravljenje lahko utemeljeno. Povzelo je stališče, da večina evropskih držav upošteva tveganje za poslabšanje bolezenskega stanja ob zavračanju prostovoljnega zdravljenja kot zadostno osnovo za poseg v pravico do prostosti. Glede pomembne nevarnosti (angl. *significant danger*) v odnosu do tveganj ob nezdravljenju duševne motnje je ECtHR opozorilo na »neželen pravni vakuum«, kljub temu je zaključilo, da ima zanemarjanje lastnega zdravja in zavračanje zdravljenja ključno vlogo pri ocenjevanju »pomembne« nevarnosti v situacijah, podobnih primeru *Pleso*. Nadalje je ECtHR navedlo, da gre v specifičnem primeru (ko ni bilo neposredne nevarnosti za zdravje ali življenje, pač pa je šlo za nevarnost poslabšanja zdravstvenega stanja ob nezdravljenju) pomembno pozvati k nujnosti pravičnega ravnovesja med nasprotujočimi se interesi. Na eni strani odgovornosti družbe, da omogoči zdravstveno oskrbo za bolnike z zmanjšanimi sposobnostmi (npr. zaradi pomanjkljivega bolezenskega uvida), in na drugi strani posameznikovo pravico do odločanja, vključujoč pravico do zavrnitve zdravljenja oz. »pravico do bolezni« (angl. »*right to be ill*«). Pri pozivu k proporcionalnosti se je ECtHR sklicevalo tudi na sodbo nemškega ustavnega sodišča, da je neprostovoljna hospitalizacija skrajni ukrep (ob izčrpanih manj restriktivnih alternativah), ki mora imeti za zdravje pozitivne posledice, ne da bi predstavljala neproporcionalno breme za obolelo osebo.¹¹⁹⁵

Sodišče je v primeru *Pleso* opozorilo tudi na dejstvo, da nacionalna sodišča niso presojala racionalnosti narave bolnikove zavrnitve zdravljenja.¹¹⁹⁶ Z vidika človekovih pravic je vprašanje sposobnosti za sprejemanje odločitve o zdravljenju (angl. *capacity*) ključno. Kljub temu ni nujno, da so odločitve oseb z ustrezno sposobnostjo za sprejemanje odločitev o zdravljenju v nacionalnih zakonodajah o duševnem zdravju upoštevane. Mnoge zakonodaje kontroverzno dopuščajo neprostovoljno zdravljenje oseb z intaktno sposobnostjo zavrnitve zdravljenja, prav tako kontroverzno je dejstvo, da so na tej točki pomanjkljivo urejeni nekateri

¹¹⁹⁵ *Pleso v. Hungary*, 2012.

¹¹⁹⁶ *Pleso v. Hungary*, 2012.

zakoni s področja skrbništva.¹¹⁹⁷ Dokument Sveta Evrope iz leta 2004¹¹⁹⁸ predvideva okoliščine neprostovoljnega zdravljenja oseb, ki sicer imajo sposobnost za zavrnitev zdravljenja: dopušča ga, kadar duševna motnja predstavlja pomembno tveganje za bolnika ali druge in so manj restriktivne možnosti ukrepanja izčrpane (kar je skladno tudi s priporočili CPT).¹¹⁹⁹ V pravnem smislu bi morale imete osebe z duševno motnjo enake pravice kot osebe s telesnimi stanji – le-te imajo pravico do zavrnitve zdravljenja, če imajo za tako presojo in odločitev zadostno sposobnost. V kolikor oseba z duševno motnjo nima zadostne sposobnosti za sprejemanje odločitev o zdravljenju, bi o zdravljenju moral odločati njen pravni ali zakoniti zastopnik.¹²⁰⁰ Vprašanje sposobnosti za sprejemanje odločitev o zdravljenju je nedvomno eno najkompleksnejših vprašanj, nenazadnje zmožnost v poteku zdravljenja tudi fluktuirata (včasih znotraj nekaj dni ali celo ur); dejstvo je, da to vprašanje države rešujejo zelo različno.¹²⁰¹

Pravniki opozarjajo tudi na problematičen soobstoj različnih vzporednih zakonov v nekaterih državah, posledica česar je, da se lahko alternativno uporabljajo in prekrivajo. Tako je lahko oseba, ki nima zmožnosti pristanka na zdravljenje ali zavrnitve le-tega, obravnavana po zakonu o duševnem zdravju ali po zakonu, ki ureja skrbništvo.¹²⁰² V Sloveniji taka dvojnost izhaja iz sočasne rabe ZPacP in ZDZdr, kot smo videli v podpoglavju 1.2. Kadar bolnik s telesno motnjo ni sposoben pristanka na zdravljenje, ZPacP predvidi, da odločitev o zdravljenju zanj sprejmejo drugi, medtem ko se ZDZdr z zmožnostjo bolnika za pristanek na zdravljenje pravzaprav sploh ne ukvarja.

Pri presoji pravic iz 5. člena ECHR je sodišče izpostavilo pomen nezmožnosti zavrnitve ali pristanka na zdravljenje v primeru *H. L. proti Združenemu kraljestvu*. Šlo je za bolnika z avtizmom, ki omenjene zmožnosti ni imel, zdravljen pa je bil »s privolitvijo«, torej formalno prostovoljno. Sam sicer ni nakazal, da želi bolnišnico zapustiti, so si pa za to prizadevali njegovi skrbniki. ECtHR je odločilo, da je šlo za kršitev člena 5(1).¹²⁰³ To nakazuje kompleksno vprašanje odnosa med prostovoljnim in neprostovoljnim statusom.¹²⁰⁴ Približno polovica prostovoljno hospitaliziranih bolnikov z duševnimi motnjami opisuje občuteno prisilo med

¹¹⁹⁷ Bartlett idr., 2007, 4.

¹¹⁹⁸ Council of Europe, *Recommendation No. Rec. (2004)10, Concerning the Protection of Human Rights and Dignity*, Art. 18.

¹¹⁹⁹ Bartlett idr., 2007, 124-125.

¹²⁰⁰ Bartlett idr., 2007, 122.

¹²⁰¹ Bartlett idr., 2007, 151.

¹²⁰² Bartlett idr., 2007, 13-14.

¹²⁰³ Bartlett idr., 2007, 19; glej tudi *H. L. v. United Kingdom, 2004*.

¹²⁰⁴ Bartlett idr., 2007, 19.

procesom sprejema ali kasneje v poteku hospitalizacije, kar je lahko posledica različnih dejavnikov – tudi potencialne grožnje neprostovoljnega sprejema.¹²⁰⁵

Stopnja zaščite pravice do prostosti iz 5. člena ECHR je v urgentnih situacijah pomembno zmanjšana. Nujna stanja ne potrebujejo predhodnega formalnega dokazovanja prisotnosti duševne motnje. Državam je prepuščena visoka stopnja fleksibilnosti v definiranju nujnih stanj. Države praviloma izhajajo iz nujnega stanja, ko so ogrožene druge osebe (kot smo predhodno videli, obstaja konsenz tudi v primeru samomorilnosti), vendar nevarnostni kriterij ni potreben pogoj pri utemeljevanju nujnega posega v pravico do prostosti.¹²⁰⁶ Zaradi resnosti posega v človekovo pravico do prostosti mora biti ukrep časovno omejen. Če je ECtHR leta 1979 še toleriralo šesttedensko zadržanje bolnika, danes glede časovnega trajanja posega gotovo ne bi bilo tako tolerantno.¹²⁰⁷

Človekove pravice so abstraktne (občečloveške) pravice, ki zahtevajo zapolnjevanje s pomočjo interpretacije. Še več, govora je o več skupinah oz. ravnih človekovih pravic. V zadnjih letih avtorji na področju bioetike in bioprava govorijo o t. i. četrti generaciji človekovih pravic, za katero izhodišča predstavljajo prevladujoča načela evropske bioetike, opredeljena kot avtonomija, dostojanstvo, integriteta in ranljivost. L. O. Gostin izpostavlja pomanjkljivo sistematičnost v povezovanju duševnega zdravja in človekovih pravic. Posledično se nahajamo v situaciji, ko se tako zagovorniki neprostovoljnega zdravljenja kot njegovi striktni nasprotniki sklicujejo na človekove pravice. Te so neizogibno soodvisne, za uveljavljanje ene je tako lahko potreben poseg v drugo(e). Čeprav velja, da sta duševno zdravje in človekove pravice komplementarna pristopa k izboljšanju stanja posameznikov z duševnimi motnjami (na kar opozarja L. O. Gostin), A. P. Butcher v nasprotju z navedenim izpostavlja za bolnike z duševnimi motnjami neučinkovit liberalni vidik človekovih pravic, v katerem je zakoreninjen koncept avtonomije in neodvisnega odločanja posameznika, ki je (oz. bi naj bil) z drugimi posamezniki povezan kot enak, asertiven in aktiven posameznik. Kot smo videli v prvem poglavju, bolnik s hudo duševno motnjo ni vedno zmožen avtonomnega delovanja. Tudi evropska bioetika avtonomije ne opredeljuje zgolj v liberalnem smislu. Pa vendar, bioetična načela so v evropskem prostoru (specifično v pravu) razumljena in implementirana različno.

Tradicija zagotavljanja človekovih pravic v evropskem prostoru temelji na ECHR, ki datira v leto 1950. Osebe z duševnimi motnjami ECHR imenuje *persons of unsound mind*. V členu

¹²⁰⁵ Bartlett idr., 2007, 33.

¹²⁰⁶ Bartlett idr., 2007, 55.

¹²⁰⁷ Bartlett idr., 2007, 56.

5(1)(e), ki opredeljuje izjemen poseg v pravico do prostosti, beremo z današnjega vidika preživeto dikcijo, da je ta možen v primeru »duševno bolnih oseb, alkoholikov in narkomanov«, razlogi za poseg v pravico pa so v dvojni funkciji: terapevtski, kadar gre za potrebe bolnika, in socialni, kadar je ogrožena javna varnost.

ECtHR je prvič presojalo v kontekstu neprostovoljnega zdravljenja leta 1979. S to sodbo je ECtHR postavilo pomembne proceduralne varovalke, manj uspešno je bilo pri vsebinskih postavkah. Kljub dolgi tradiciji ECtHR se pravo na področju duševnega zdravja razvija relativno počasi, verjetno tudi zaradi majhnega števila zahtevkov. Evropsko sodišče zastopa stališče, da se kontinuirano razvijajo tako pravo, spoznanja psihiatrične stroke in odnos družbe do pomoči bolnikov z duševnimi motnjami, zaradi česar pristopi sodišča ne morejo biti zamrznjeni v času. Posledično ECtHR v novejših sodbah sledi tudi (novejšim) listinam, pogosto dokumentom mehkega prava, npr. Sveta Evrope ali Organizacije združenih narodov.

ECtHR je izpostavilo nekaj ključnih problemov v evropskem prostoru, ki sem jih v predhodnih poglavjih že nagovorila – predvsem različne nacionalne zakonodaje ter posledično različne pristope k uveljavljanju pravic oseb z duševnimi motnjami in v državah različno oblikovane mreže zdravstvene pomoči. Kar zadeva osnovni kriterij vseh zakonodaj o duševnem zdravju, ki urejajo neprostovoljno zdravljenje bolnikov z duševnimi motnjami (torej duševne motnje določene kvalietete oz. stopnje), je ECtHR mnenja, da ga je potrebno presojati širše (vključujoč npr. hude osebnostne motnje ali duševno manjrazvitost). Opozarja na neželen »vakuum« opredeljevanja posameznih kriterijev, npr. nevarnosti, ki iz duševne motnje izhaja. Evropsko sodišče v sodbah poziva k razmisleku o proporcionalnosti med zaščito zdravja in zaščito pravice do prostosti. Vztraja tudi pri stališču, da je bolniku vedno potrebno ponuditi najmilejši možen ukrep. V sodbi *Pleso proti Madžarski* je poleg tega izpostavilo, da se v konkretnem primeru ni presojalo »racionalnosti« bolnikove narave zavrnitve zdravljenja. Prav na pomanjkljivo presojanje posameznikove sposobnosti za sprejemanje odločitev o zdravljenju v luči spoštovanja človekovih pravic opozarjajo številni avtorji (npr. P. Bartlett). Ocenjevanje omenjene posameznikove sposobnosti je pravzaprav že kar sistematično prezrto.

Četudi dobronamerno, zakonodaje o duševnem zdravju k vprašanju neprostovoljnega zdravljenja pristopajo zelo različno, kar govori za zelo različne interpretacije človekovih pravic. Preden se bom posvetila raziskovanju človekove pravice do zdravljenja (t. i. pravice do najvišjega dostopnega standarda zdravja) – in specifično pravice do duševnega zdravja – se bom ustavila pri človekovih pravicah do svobode, prostosti in varnosti, ki se zdijo v kontekstu te disertacije še posebej pomembne.

4.2 Svoboda in prostost v kontekstu neprostovoljnega zdravljenja duševnih motenj

Zaradi ključnega razlikovanja med svobodo in prostostjo (v pravico do slednje namreč posežemo z neprostovoljnim bolnišničnim zdravljenjem) si bomo pogledali prevode SDČP in ECHR iz angleškega v slovenski jezik. SDČP v 1. členu navaja: »Vsi ljudje se rodijo svobodni in imajo enako dostojanstvo in enake pravice...«¹²⁰⁸ V izvirniku se člen glasi: »*All human beings are born free and equal in dignity and rights*«. ¹²⁰⁹ Svoboda je torej prevod besede *freedom*. Nadalje 3. člen SDČP navaja: »Vsakdo ima pravico do življenja, do prostosti in do osebne varnosti,«¹²¹⁰ oziroma v angleščini: »*Everyone has the right to life, liberty and security of person*«. ¹²¹¹ *Liberty* je v 3. členu SDČP prevedena kot *prostost*.

3. člen SDČP in 5. člen ECHR zajemata vsebinsko identične pravice, pa vendar se na tem mestu pojavljajo ne povsem nepomembna odstopanja v slovenskih prevodih. Medtem ko je *liberty* v 3. členu SDČP preveden kot *prostost*, je *liberty* v 5. členu ECHR (»*Right to liberty and security*«¹²¹²) prevedena kot *svoboda* (»Pravica do svobode in varnosti«¹²¹³).

R. Svetlič izpostavlja pomemben odnos med svobodo in prostostjo znotraj človekovih pravic, kot so zapisane v SDČP: svoboda je širša od prostosti. V nasprotju s prostostjo, ki pomeni le »svobodo od«, svoboda pomeni »svobodo od« in »svobodo za«. Zato je svoboda zapisana v 1. členu SDČP, gre za najbolj temeljno vrednoto. Šele kadar smo »svobodni od« telesnih, finančnih, časovnih, ideoloških idr. omejitev, nam lahko uspe, da »prazne možnosti, ki jih prinaša svoboda, smiselno investiramo«. ¹²¹⁴

V psihiatriji se vpliv hude duševne motnje razume kot vpliv bolezni na posameznikovo svobodo. Svoboda v smislu neodvisnosti od kontrole je ob sposobnosti za namerno, voljno delovanje eden izmed osnovnih pogojev za človekovo avtonomijo. ¹²¹⁵ Duševna motnja lahko predstavlja notranjo oviro za bolnika, ¹²¹⁶ ob kateri ni svoboden. Človek je v svojem temelju pogojno svoboden, ¹²¹⁷ saj se odloča tudi na podlagi (notranjih) gonov, npr. bolezni, in zunanjih

¹²⁰⁸ Splošna deklaracija človekovih pravic, 1948, 1. člen.

¹²⁰⁹ *Universal Declaration of Human Rights*, 1948, Art. 1.

¹²¹⁰ Splošna deklaracija človekovih pravic, 1948, 3. člen.

¹²¹¹ *Universal Declaration of Human Rights*, 1948, Art. 3.

¹²¹² *European Convention on Human Rights*, 1950, Art. 5.

¹²¹³ *Evropska konvencija o varstvu človekovih pravic in temeljnih svoboščin*, 1994, 5. člen.

¹²¹⁴ Svetlič, 2009, 232-233.

¹²¹⁵ Robertson in Walter, 2014, 14.

¹²¹⁶ Olsen, 2003, 708.

¹²¹⁷ Kristovič, 2014, 68.

sil. Če torej bolniku s hudo duševno motnjo z zdravljenjem (četudi neprostovoljnim) izboljšamo avtonomijo, mu pomagamo uživati najpomembnejšo od temeljnih pravic – svobodo, vendar moramo zato (začasno) poseči v njegovo drugo pravico, pravico do prostosti. Lahko torej rečemo, da moramo poseči v človekove pravice zavoljo izvrševanja le-teh.

Poudariti želim, da z neprostovoljnim zdravljenjem ne posežemo v subjektovo svobodo, pač pa v njegovo pravico do prostosti – z namenom vplivanja na povrnitev »bolezensko zmanjšane svobode« (glej tudi poglavje 1).

4.2.1 Pravica do prostosti in osebne varnosti

Samo s pomočjo začasnega posega v bolnikovo pravico do prostosti – z neprostovoljnim bolnišničnim zdravljenjem – lahko v določenih primerih zdravimo hude duševne motnje, ki bolnikom zaradi svoje narave onemogočajo prostovoljno iskanje zdravstvene pomoči oz. zaradi katerih bolniki ponujeno zdravljenje odklanjajo.

Posamezniku je pravno zagotovljena *pravica do svobode*¹²¹⁸ in varnosti, ki jo opredeljuje 5. člen ECHR. Sočasno omenjeni člen za bolnike z duševnimi motnjami predvideva možna odstopanja od te pravice, v kolikor gre za zakonit poseg v pravico.¹²¹⁹ Večina primerov, o katerih je na področju psihiatrije sodilo ECtHR, je služila presoji kršitev tega člena.¹²²⁰ Ta člen se ne ukvarja s stopnjo posega v omenjeno pravico; če je oseba na zdravljenje sprejeta neprostovoljno, bi dodatna omejitev njene prostosti (npr. z omejitvijo v en prostor ali zaradi rabe posebnega varovalnega ukrepa omejitve s pasovi na posteljo, kar omogoča tudi ZDZdr) potencialno lahko pomenila kršitev 3. člena ECHR (*Prepoved mučenja*). V kolikor pa bi omejitev potreboval bolnik, ki je sicer sprejet na zdravljenje s privolitvijo, bi lahko šlo pri omejitvi v bolnišnici za poseg v pravico do prostosti oz. 5. člen.¹²²¹

Napetosti se ne pojavljajo samo med različnimi členi oz. posameznimi človekovimi pravicami, ampak celo znotraj posameznega člena, kot je to v primeru »pravice do prostosti in osebne varnosti« (3. člen SDČP). V primeru neprostovoljne hospitalizacije bolnika s hudo duševno

¹²¹⁸ »Pravica do svobode« iz 5. člena ECHR je pravzaprav pravica do prostosti.

¹²¹⁹ Niveau in Materi, 2007, 63.

¹²²⁰ Bartlett idr., 2007, 31.

¹²²¹ Bartlett idr., 2007, 32.

motnjo pogosto zaradi varovanja njegove pravice do varnosti posežemo v njegovo pravico do prostosti.

4.3 Pravica do duševnega zdravja

Četudi je pravica do zdravja v mednarodnem pravu pripoznana človekova pravica,¹²²² je bila vse do devetdesetih let 20. stoletja praktično prezrta.¹²²³ SDČP iz leta 1948 zdravje omenja kot del pravice do ustreznega življenjskega standarda: »vsakdo ima pravico do takšne življenjske ravni, ki zagotavlja njemu in njegovi družini zdravje in blaginjo, vključno s hrano, obleko, stanovanjem, zdravniško oskrbo in potrebnimi socialnimi storitvami...«¹²²⁴ *Mednarodni pakt o ekonomskih, socialnih in kulturnih pravicah*, ki je bil podpisan leta 1966, v veljavo pa je stopil deset let kasneje, je opredelil »pravico do najvišjega dosegljivega standarda fizičnega in mentalnega zdravja.«¹²²⁵ *Konvencija o pravicah invalidov* (2006) invalidom priznava »pravico do najvišjega dosegljivega zdravstvenega standarda brez diskriminacije zaradi invalidnosti.«¹²²⁶

Številni mednarodni dokumenti mehkega prava (angl. *soft law*) nalagajo državam obvezo, da omogočijo dostopnost razumnega standarda zdravstvene oskrbe za osebe z duševnimi motnjami. Tako npr. Priporočilo Sveta Evrope iz leta 2004¹²²⁷ med nalogami držav navaja zagotavljanje širokega nabora in enakopravno dostopne mreže pomoči za različne zdravstvene potrebe oseb z duševnimi motnjami. Ni jasno, kako se ta priporočila prevajajo v pravice v striktem pomenu (angl. *hard rights*) ECHR. P. Bartlett idr. opozarjajo, da je za osebe izven psihiatričnih institucij sodna praksa nepovedna oz. ne obstaja.¹²²⁸ Torej tudi za tiste bolnike s hudimi duševnimi motnjami, ki niso neprostovoljno zdravljeni, ker ne zadostijo (vsem) kriterijem neke nacionalne zakonodaje, kot v primeru bolnika J. v okviru slovenskega ZDZdr.

¹²²² World Health Organization, *Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights, The right to health, Factsheet No. 31*, 2008, 9.

¹²²³ Hunt in Mesquita, 2006, 341; glej tudi Bartlett idr., 2007, 112.

¹²²⁴ *Splošna deklaracija človekovih pravic*, 1948, 25. člen.

¹²²⁵ *Mednarodni pakt o ekonomskih, socialnih in kulturnih pravicah*, 1966, 12. člen.

¹²²⁶ *Konvencija o pravicah invalidov*, 2006, 25. člen.

¹²²⁷ Council of Europe, *Recommendation, Regarding the Right of Persons with Mental Disorders*, 2004, Art. 10.

¹²²⁸ Bartlett idr., 2007, 112-113.

ECtHR sistematično ščiti negativne pravice (avtonomija, zasebnost, prostost), medtem ko enako ne zagotavlja pozitivnih, afirmativnih pravic,¹²²⁹ npr. specifično pravice do zdravja.¹²³⁰ Evropsko sodišče doslej ni zavezovalo držav k minimalnim pogojem zdravstvenega sistema in zdravljenja.¹²³¹ Med tveganja morebitnega vsiljevanja pozitivnih dolžnosti zagotavljanja zdravljenja duševnih motenj v posameznih državah sodi možen odgovor držav, da posameznike zadrži v bolnišnicah, v zameno za oblikovanje boljše izvenbolnišnične mreže pomoči.¹²³² Pravniki izpostavljajo, da je analiza pravice do zdravljenja (oz. specifično pravice do duševnega zdravja) v okviru ECHR problematična, saj ta pravica v konvenciji ni posebej izpostavljena, četudi gre za vprašanje temeljnega pomena.¹²³³ Konceptualizacija duševnega zdravja kot človekove pravice (in ne zgolj kot moralne zahteve) sugerira, da so države obvezane k spoštovanju, zaščiti in promociji te svoboščine.¹²³⁴ L. O. Gostin izpostavlja nesoglasja o tem, ali gre pri duševnem zdravju za operacionalizirano in pravno iztožljivo pravico (angl. *enforceable right*) ali pa gre bolj za retoričen in aspiracijski cilj – tudi kot posledica preveč široko definiranega duševnega zdravja, ki otežuje implementacijo.¹²³⁵

Zdravje je ena izmed temeljnih človekovih pravic in je nepogrešljiva za koriščenje ostalih: pravice do bivališča, hrane, dela, šolanja, dostojanstva, enakosti itd.¹²³⁶ Nedostopnost zdravstvene pomoči lahko vodi v socio-ekonomsko marginalizacijo, negativno vpliva na pravice do enakih možnosti in dostojanstva.¹²³⁷ Človekove pravice so nerazdružljive in soodvisne – poseg v pravico do zdravja lahko npr. negativno vpliva na pravico do izobraževanja in zaposlitve (in obratno).¹²³⁸

Na tem mestu se bom ukvarjala specifično s pravico do duševnega zdravja. Po mnenju P. Hunt in J. Mesquite je prav duševno zdravje med najbolj zapostavljenimi elementi pravice do zdravja.¹²³⁹ Četudi se s telesnim zdravjem ne bom ukvarjala, želim izpostaviti, da je telesno zdravje za bolnike z duševnimi motnjami težje dostopno, tako zaradi dejstva, da ti bolniki pogosto ne iščejo pomoči in tudi sicer neredko slabše sodelujejo pri zdravljenju (dejavniki na

¹²²⁹ Gostin, 2000, 158-159.

¹²³⁰ Lewis, 2002, 297.

¹²³¹ Gostin, 2000, 158.

¹²³² Bartlett idr., 2007, 113.

¹²³³ Bartlett idr., 2007, 111.

¹²³⁴ Gostin, 2000, 158.

¹²³⁵ Gostin, 2000, 158.

¹²³⁶ OHCHR, *CESCR General comment No. 14*, 2000, paragrafa 1,3.

¹²³⁷ Saxena in Hanna, 2015, 356.

¹²³⁸ World Health Organization, *Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights, The right to health, Factsheet No. 31*, 2008, 6.

¹²³⁹ Hunt in Mesquita, 2006, 333.

strani bolnikov), kot zaradi dejstva, da so pogosto manj kvalitetno obravnavani (zunajni dejavniki, kot je npr. stigma tudi s strani zdravstvenih delavcev). Vodilni vzrok smrti bolnikov z duševnimi motnjami so kardiovaskularne bolezni,^{1240,1241} pogosteje umirajo tudi za rakavimi obolenji, ki sicer v tej populaciji niso pogostejša.¹²⁴² SZO opozarja na neproporcionalno visoko obolevnost in smrtnost bolnikov z duševnimi motnjami.¹²⁴³

Pri pravici do zdravja gre za t. i. pozitivno pravico. SZO jo opredeli kot inkluzivno pravico, ki na eni strani zajema svoboščine (angl. *freedoms* – med drugim pravico do zavrnitve zdravstvenega posega,¹²⁴⁴ kot so npr. raziskave ali prisilna sterilizacija), na drugi strani pa upravičenosti (angl. *entitlements* – pravico do sistema zdravstvene oskrbe, enakih zmožnosti do najvišjega dostopnega standarda zdravja, pravico do preventive, zdravljenja in nadzora nad boleznimi).¹²⁴⁵

Z vidika človekovih pravic v kontekstu duševnih motenj sta ključni dve vprašanji: vprašanje dostopnosti zdravstvene pomoči in vprašanje pravice posameznika do zavrnitve zdravljenja. Dejstvo, da je ustrezno zdravljenje dostopno, sicer ne pomeni, da se mora bolnik zanj tudi odločiti (ga sprejeti).¹²⁴⁶ Kot smo že navedli, je tudi ECtHR v primeru neprostovoljnega psihiatričnega zdravljenja pozvalo k razmisleku o proporcionalnosti med zaščito zdravja in prostosti.¹²⁴⁷ Obstaja veliko razlogov, zaradi katerih bolniki z duševnimi motnjami zavračajo zdravljenje, mnogi med njimi so razumljivi in prepričljivi¹²⁴⁸ (»racionalni«), kot smo videli v prvem poglavju, lahko pa bolniki zdravljenje zavračajo zaradi odsotnega uvida v bolezen (torej iz bolezenskih razlogov). Osebe s telesnimi obolenji imajo pravico do zavrnitve zdravljenja, v kolikor imajo zadostno sposobnost sprejemanja odločitve o zdravljenju, ne glede na to, ali so odločitve objektivno dobre ali slabe¹²⁴⁹ (kadar ne gre za življenje ogrožajoče stanje).

¹²⁴⁰ N. E. Morden idr., *Health care for patients with serious mental illness: Family medicine's role*, 2009, v Battams in Henderson, 2010, 117-118.

¹²⁴¹ D. Lawrence in R. Coghlan, *Health inequalities and the health needs of people with mental illness*, 2002, v Battams in Henderson, 2010, 117-118.

¹²⁴² D. Lawrence idr., *Duty to care: Preventable physical illnesses in people with mental illness*, 2001, v Battams in Henderson, 2010, 118.

¹²⁴³ World Health Organization, *Mental Action Plan 2013-2020*, 7.

¹²⁴⁴ Osebe z duševnimi motnjami so posebej ranljive za izpostavljenost neprostovoljnemu zdravljenju (Hunt in Mesquita, 2006, 343).

¹²⁴⁵ World Health Organization, *Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights, The right to health, Factsheet No. 31*, 2008, 3-4; glej tudi Hunt in Mesquita, 2006, 343.

¹²⁴⁶ Bartlett idr., 2007, 111, 119.

¹²⁴⁷ *Pleso v. Hungary*, 2012; glej tudi Jařab, 2015.

¹²⁴⁸ Bartlett idr., 2007, 111.

¹²⁴⁹ Bartlett idr., 2007, 124-125.

P. Bartlett idr. v sistematični analizi odnosa med duševnimi motnjami in ECHR opozarjajo na nujnost razlikovanja duševne motnje (angl. *mental disability*) in sposobnosti oseb za odločanje o sebi (angl. *mental capacity*), pri čemer je prvo zdravniška ocena bolezni (diagnoza), drugo pa vprašanje posameznikove sposobnosti za sprejemanje določenih odločitev.¹²⁵⁰ Z vidika človekovih pravic je torej ključno prav vprašanje, ali posameznik informacije, ki so potrebne za sprejemanje kompetentne odločitve o zdravljenju, zadostno razume in navezuje na lastno situacijo. Kljub temu nacionalne zakonodaje številnih evropskih držav kontroveržno dovoljujejo neprostovoljno zdravljenje oseb tudi, kadar te imajo sposobnost zavrnitve zdravljenja¹²⁵¹ oz. tovrstne ocene sploh ne predvidevajo. Povedano drugače (tudi v luči kliničnega primera bolnika J.), številne zakonodaje torej odrekajo zdravljenje bolnikom, ki zdravljenje zavračajo, ne da bi ti bolniki imeli zadostno sposobnost za kompetentno zavrnitev zdravljenja.

Konvencija o pravicah invalidov invalidom zagotavlja tudi enakost pred zakonom.¹²⁵² Ta dokument nedvomno predstavlja pomemben mejnik pri varovanju pravic invalidov, vendar strokovna javnost opozarja na potencialno ogrožanje določenih pravic oseb z duševnimi motnjami, ki izhajajo iz *Splošnega komentarja 12. člena UN CRPD*. Ogrožena je lahko pravica oseb z duševnimi motnjami do najvišjega dostopnega zdravstvenega standarda, kar lahko dodatno vodi tudi v povečanje stigme in diskriminacije.¹²⁵³ Iz Komentarja dvanajstega člena UN CRPD izhaja že omenjeno brezpogojno priznanje pravne kompetence vsem ljudem na vseh življenjskih področjih.¹²⁵⁴ Dokument sicer pojasnjuje razliko med pravno kompetenco (angl. *legal capacity*) in sposobnostjo za sprejemanje odločitev (angl. *mental capacity*),¹²⁵⁵ vendar navaja, da je raba slednje kontroverzna.¹²⁵⁶ Zavzema se za podprto sprejemanje medicinskih odločitev (*supported decision-making*)¹²⁵⁷ in institut vnaprej izražene volje,¹²⁵⁸ pri čemer prezre klinično realnost, da podprto sprejemanje odločitev ni vedno možno. Nadalje navaja, da je v

¹²⁵⁰ Bartlett idr., 2007, 4.

¹²⁵¹ Bartlett idr., 2007, 4.

¹²⁵² *Konvencija o pravicah invalidov*, 2006, 12. člen.

¹²⁵³ Freeman idr., 2015, 844.

¹²⁵⁴ UN CRPD, *Committee on the Rights of Persons with Disabilities, General comment No. 1 (2014), Article 12: Equal recognition before the law, paragraf 12.*

¹²⁵⁵ UN CRPD, *Committee on the Rights of Persons with Disabilities, General comment No. 1 (2014), Article 12: Equal recognition before the law, paragraf 13.*

¹²⁵⁶ UN CRPD, *Committee on the Rights of Persons with Disabilities, General comment No. 1 (2014), Article 12: Equal recognition before the law, paragraf 14.*

¹²⁵⁷ UN CRPD, *Committee on the Rights of Persons with Disabilities, General comment No. 1 (2014), Article 12: Equal recognition before the law, paragrafi 24-30.*

¹²⁵⁸ UN CRPD, *Committee on the Rights of Persons with Disabilities, General comment No. 1 (2014), Article 12: Equal recognition before the law, paragraf 17.*

vsakem trenutku – tudi v primeru krize – nujno spoštovanje individualne avtonomije oseb z invalidnostjo,¹²⁵⁹ pri čemer prezre dejstvo, da bolezen lahko pomembno kompromitira avtonomijo. Dokument priporoča državam podpisnicam odpravo vseh nesoglasnih oblik zdravljenja.¹²⁶⁰ Velja izpostaviti, da vsi bolniki z duševnimi motnjami niso nujno osebe z invalidnostjo, veliko duševnih motenj, ki zahtevajo neprostovoljno intervenco, je akutnih. Tudi kadar gre za ponavljajoče se ali kronične duševne motnje, je invalidnost kot status odvisen od narave poteka bolezni in se od primera do primera razlikuje. Hude duševne motnje lahko oškodujejo sposobnost sprejemanja odločitev o zdravljenju, posledično bi upoštevanje nekompetentne zavrnitve zdravljenja lahko ogrozilo pravico osebe do najvišjega dosegljivega zdravstvenega standarda,¹²⁶¹ za katerega jamči 25. člen Konvencije.¹²⁶² Zastavlja se vprašanje, ali ne bi bilo neprostovoljno zdravljenje torej potrebno vsaj do take mere, da se povrne sposobnost bolnika, da lahko sam odloča o pristanku na zdravljenje oz. kakšne so okoliščine, ob katerih bi bilo neprostovoljno zdravljenje dopustno. Analizirani dokument CRPD¹²⁶³ paradokсно predvideva tudi institut vnaprej izražene volje – ta namreč sploh ne bi bil potreben, če bi oseba dejansko v vsakem trenutku imela pravno sposobnost za sprejemanje odločitev o zdravljenju.¹²⁶⁴

Pravica do zdravja je v mednarodnem pravu skozi desetletja pridobila na pomenu, deklarativno jo zagotavljajo številni dokumenti, vendar aplikacija te pravice na področju duševnega zdravja zaostaja. Številna mednarodna priporočila nalagajo državam dolžnost, da zagotovijo razumne standarde zdravstvene oskrbe za osebe z duševnimi motnjami.¹²⁶⁵ Tako npr. priporočilo Sveta Evropske unije iz leta 2004¹²⁶⁶ v 10. členu med drugim nalaga državam, da posameznikom z duševnimi motnjami omogočijo dostop do široke mreže zdravstvene pomoči in da načrtujejo tudi alternativne možnosti zdravljenja v zameno za neprostovoljno hospitalno obravnavo – v

¹²⁵⁹ UN CRPD, *Committee on the Rights of Persons with Disabilities, General comment No. 1 (2014), Article 12: Equal recognition before the law, paragraf 18.*

¹²⁶⁰ UN CRPD, *Committee on the Rights of Persons with Disabilities, General comment No. 1 (2014), Article 12: Equal recognition before the law, paragraf 42.*

¹²⁶¹ Freeman idr., 2015, 842.

¹²⁶² *Konvencija o pravicah invalidov*, 2006, 25. člen.

¹²⁶³ *Angl. Committee on the Rights of Persons with Disabilities*

¹²⁶⁴ Freeman idr., 2015, 842.

¹²⁶⁵ Bartlett idr., 2007, 112.

¹²⁶⁶ Council of Europe, *Committee of Ministers, Recommendation No. Rec.(2004)10 of the Committee of Ministers to member states concerning the protection of the human rights and dignity of persons with mental disorders and its Explanatory Memorandum, Art. 10.*

skupnosti.¹²⁶⁷ Ali določena duševna motnja upravičuje neprostovoljno zdravljenje, je namreč odvisno tudi od razpoložljive mreže zdravstvene oskrbe.¹²⁶⁸ Medtem ko so številne zahodnoevropske in severnoameriške države v zadnjih desetletjih posodobile zakonodaje v smeri manj restriktivnih pristopov k zdravljenju duševnih motenj, tega niso naredile vse države. Nadzorovana obravnava, kot jo pozna tudi slovenski ZDZdr, je oblika neprostovoljnega zdravljenja v skupnosti, ki ni povsod dostopna.¹²⁶⁹ Posledično je tako restriktivnejši poseg v pravico do prostosti na način neprostovoljne hospitalizacije včasih neizogiben zaradi neobstoječe mreže pomoči v skupnosti. Glede tovrstnih dilem ECtHR nima pristojnosti,¹²⁷⁰ z vidika varovanja človekovih pravic pa gre za pomembno vprašanje odsotnosti zdravstvenih kapacitet v določenih državah.¹²⁷¹ ECtHR državam doslej ni nalagalo sprememb v nacionalni mreži zdravstvene oskrbe v smeri obravnave v skupnosti, to bi za države imelo tudi pomembne finančne posledice.¹²⁷²

Ocena, da je zdravljenje v psihiatrični instituciji najbolj restriktiven pristop, je sicer odvisna od kriterijev, po katerih restrikcijo ocenjujemo. N. Rose opozarja, da nikakor ni očitno, da je bivanje v bolnišnici (ob skrbi za fizične potrebe in stabilno okolje) bolj restriktivno od »svobode« (oz. prostosti) ostati v lastnem domu, onеспособljen in nezmožen obvladovanja vsakodnevnih izzivov, kot je to npr. odhod v trgovino zaradi hude tesnobe ali depresije.¹²⁷³ Simptomatika hude duševne motnje je lahko za posameznika bolj omejujoča kot samo zdravljenje v bolnišnici.

Priporočilo Sveta Evropske unije (2004) glede neprostovoljne namestitve in/ali zdravljenja zahteva izpolnitev vseh sledečih pogojev: a) prisotnost duševne motnje, b) duševna motnja predstavlja pomembno tveganje za obolelo osebo ali druge, c) milejši ukrep ni možen ali dostopen, d) namestitev mora biti v primernem terapevtskem okolju, e) pri sprejemanju odločitve o neprostovoljni namestitvi in/ali zdravljenju se upošteva tudi želje osebe z duševno motnjo.¹²⁷⁴ Kar zadeva neprostovoljno zdravljenje, mora biti to usmerjeno na specifične

¹²⁶⁷ Council of Europe, Committee of Ministers, *Recommendation No.Rec.(2004)10 of the Committee of Ministers to member states concerning the protection of the human rights and dignity of persons with mental disorders and its Explanatory Memorandum*, Art. 8, Art. 10.

¹²⁶⁸ Bartlett idr., 2007, 45.

¹²⁶⁹ Bartlett idr., 2007, 45.

¹²⁷⁰ Bartlett idr., 2007, 46.

¹²⁷¹ Bartlett idr., 2007, 111-112.

¹²⁷² Bartlett idr., 2007, 45-46.

¹²⁷³ Rose, 1985, 211.

¹²⁷⁴ Council of Europe, Committee of Ministers, *Recommendation No.Rec.(2004)10 of the Committee of Ministers to member states concerning the protection of the human rights and dignity of persons with mental disorders and its Explanatory Memorandum*, Art. 17, Art. 18.

klinične znake in simptome bolezni, terapevtski ukrepi morajo biti proporcionalni glede na klinično sliko, slediti je potrebno terapevtskemu načrtu, ki mora biti dokumentiran, redno revidiran in mora vključevati tudi posvete z zdravljeno osebo in njenimi zastopniki.¹²⁷⁵ Nujni primeri se rešujejo prioritarno – v čim krajšem možnem času.¹²⁷⁶

Kot že rečeno, priporočilo Sveta Evropske unije (2004) predvideva tudi izjemno neprostovoljno zdravljenje bolnikov, ki sicer imajo zmožnost kompetentne zavrnitve zdravljenja, kadar (in samo tedaj, ko) duševna motnja predstavlja pomembno tveganje za varnost osebe ali drugega in na voljo ni manj restriktivnih ukrepov.¹²⁷⁷

Pravica do najvišjega dosegljivega standarda fizičnega in mentalnega zdravja je v dokumentu *General Comment No.14 CESCR* opredeljena zelo splošno. Različne skupine ljudi imajo zelo različne zdravstvene potrebe.¹²⁷⁸ Pravico do zdravja sestavljajo svoboščine (angl. *freedoms*) in upravičenosti (angl. *entitlements*). Med slednje sodi tudi pravica do sistema zdravstvene zaščite, ki omogoča enake možnosti za doseg najvišjega dosegljivega standarda zdravja.¹²⁷⁹ Ideja najvišjega dosegljivega standarda zdravja upošteva tako posameznikovo biološko kot socio-ekonomsko stanje in v državi razpoložljiva sredstva (resurse).¹²⁸⁰ Pravica do zdravja mora biti razpoložljiva (dovolj zdravstvene infrastrukture), dostopna (tudi za najbolj ranljive in marginalizirane), sprejemljiva (v skladu z medicinsko etiko in kulturno primerna) in kvalitetna.¹²⁸¹ Prav razpoložljivost, dostopnost, sprejemljivost in kvaliteta zdravstvene oskrbe naj bi predstavljale ključni okvir zdravstvenim zakonodajam.¹²⁸² Države so odgovorne za sprejemanje zakonov, ki na najboljši možni način prispevajo k realizaciji pravice do zdravja oz. zdravstvene oskrbe.¹²⁸³ Konceptualizacija duševnega zdravja kot človekove pravice ni le moralna norma, pač pa je za države pravno zavezujoča pravica.¹²⁸⁴ Ker je pravica do zdravja

¹²⁷⁵ Council of Europe, Committee of Ministers, *Recommendation No.Rec.(2004)10 of the Committee of Ministers to member states concerning the protection of the human rights and dignity of persons with mental disorders and its Explanatory Memorandum*, Art. 19.

¹²⁷⁶ Council of Europe, Committee of Ministers, *Recommendation No.Rec.(2004)10 of the Committee of Ministers to member states concerning the protection of the human rights and dignity of persons with mental disorders and its Explanatory Memorandum*, Art. 21.

¹²⁷⁷ Bartlett idr., 2007, 125; Council of Europe, Committee of Ministers, *Recommendation No.Rec.(2004)10 of the Committee of Ministers to member states concerning the protection of the human rights and dignity of persons with mental disorders and its Explanatory Memorandum*, Art. 18.

¹²⁷⁸ Hunt in Mesquita, 2006, 341.

¹²⁷⁹ OHCHR, *CESCR General comment No. 14*, 2000, paragraf 8.

¹²⁸⁰ OHCHR, *CESCR General comment No. 14*, 2000, paragraf 9.

¹²⁸¹ OHCHR, *CESCR General comment No. 14*, 2000, paragraf 12; glej tudi Hunt in Mesquita, 2006, 343.

¹²⁸² Hunt in Mesquita, 2006, 345.

¹²⁸³ World Health Organization, *Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights, The right to health, Factsheet No. 31*, 2008, 27.

¹²⁸⁴ Gostin, 2001, 271.

»relativna«, države k neprostovoljnemu psihiatričnemu zdravljenju v zakonodajah pristopajo različno.¹²⁸⁵ L. O. Gostin opozarja, da pravica do duševnega zdravja zaradi nejasnosti in široke definicije ni dovolj praktična. Navaja tudi, da pozitivne pravice (kot je to pravica do duševnega zdravja) zaslužijo pozornost, kot so je bile v preteklosti deležne državljske in politične pravice.¹²⁸⁶

Zakonodaja o duševnem zdravju bolje služi zaščiti tako imenovanih negativnih pravic (npr. prepovedi mučenja in ponižujoče obravnave) kot zaščiti pozitivnih pravic (npr. pravici do dostopa do zdravstvene oskrbe).¹²⁸⁷ Omogočanje koriščenja pravice do zdravja za bolnike z duševnimi motnjami zapletajo tudi številne nasprotujoče si pravice,¹²⁸⁸ tako z vidika osebe same, kot tehtanje med pravicami osebe na eni in pravicami drugih na drugi strani. Literatura s področja človekovih pravic v psihiatriji se ukvarja predvsem z zaščito pravice do prostosti in potrebno pravno zaščito oseb, ki jim je z namenom neprostovoljnega zdravljenja prostost začasno odvzeta.¹²⁸⁹

Ker evropske nacionalne zakonodaje pri odločitvi za neprostovoljno zdravljenje izhajajo iz zelo različnih kriterijev, bomo v nadaljevanju tehtali med posameznimi potencialnimi posegi v določene človekove pravice obolelih na eni strani (predvsem v pravico do prostosti in pravico do zdravstvene oskrbe) in na drugi strani med pravicami obolele osebe in pravicami drugih. Konkretna napetost med posameznimi pravicami je odvisna od vsakokratne situacije (klinične slike in pričakovanih posledic) kot tudi od načina indiciranega neprostovoljnega zdravljenja (na varovanem oddelku v bolnišnici ali v domačem okolju v obliki t. i. nadzorovane obravnave) oz. ob opustitvi zdravljenja, kadar se ob določeni bolezenski sliki ne odločimo za neprostovoljno zdravljenje. Odločitev proti neprostovoljnemu zdravljenju je praviloma hkrati »odločitev za opustitev zdravljenja«.

¹²⁸⁵ Israelsson idr., 2015.

¹²⁸⁶ Gostin, 2001, 271-272.

¹²⁸⁷ Kelly, 2014, 78.

¹²⁸⁸ Battams in Henderson, 2010, 120.

¹²⁸⁹ Battams in Henderson, 2010, 121.

4.4 Iskanje ravnovesja med različnimi človekovimi pravicami – evropske prakse

Globalno obstaja konsenz o neprostovoljnem zdravljenju duševnih motenj kot skrajnem ukrepu,¹²⁹⁰ ki je rezerviran za primere, pri katerih zdravljenja ni mogoče zagotoviti na drug (manj restriktiven) način,¹²⁹¹ oz. za primere akutnih kriz in nujnih stanj.¹²⁹² Konsenza o kriterijih za neprostovoljno zdravljenje nimamo. Ne le, da se pravna merila pomembno razlikujejo med državami, razlike obstajajo celo znotraj določenih držav. Nekatere države imajo več regionalnih zakonov ali pa imajo različne kriterije za neprostovoljno zdravljenje različnih skupin bolnikov (npr. v nujnem in rednem postopku). Med državami se razlikujejo tudi mreže zdravstvenih sistemov. Manjkajo metodološko trdne primerjalne študije o najprimernejši praksi, zato ne moremo trditi, da je neki model »boljši« od drugega. Vsi zakoni v Evropi morajo biti v skladu s pravom človekovih pravic. Vse evropske države uzakonjajo proces neprostovoljnega zdravljenja hudih duševnih motenj, pri čemer sledijo različnim kriterijem (nevarnosti, potrebi po zdravljenju, nezmožnosti sprejemanja odločitev o zdravljenju in bolnikovem najboljšem interesu). To nakazuje različne pristope v tehtanju med posameznimi človekovimi pravicami obolelih, ki so medsebojno povezane, soodvisne, pa tudi tehtanje med pravicami obolelih in drugih (družbe), kar je prav tako ena izmed odgovornosti držav. Posledično so bolniki z enakimi kliničnimi slikami v različnih državah obravnavani različno. Kljub pozivom k uskladitvi zakonodaj smo od tega zaradi kompleksnosti interdisciplinarne problematike še precej oddaljeni. Ni jasno, v kolikšni meri kulturološki in finančni dejavniki vplivajo na vzdrževanje aktualnega stanja.

4.4.1 Pravice neprostovoljno zdravljenih bolnikov

Kot smo videli v drugem poglavju, je osnovni kriterij za neprostovoljno zdravljenje v skoraj vseh zakonodajah¹²⁹³ prisotnost hude duševne motnje. Četudi je osnovni kriterij precej ohlapno definiran, zares velike razlike med praksami nastanejo v okviru rabe dodatnih kriterijev.

¹²⁹⁰ Salize idr., 2002, 155; Kallert in Torres-Gonzalez, 2006, 11.

¹²⁹¹ Salize idr., 2002, 155.

¹²⁹² Kallert in Torres-Gonzalez, 2006, 11.

¹²⁹³ Z izjemo novejšega pristopa integrirane zakonodaje, katere primer predstavlja zakon na Severnem Irskem (glej v nadaljevanju).

Neprostopvoljna hospitalizacija je z vidika psihiatra nujna intervencija, ki omogoči zdravljenje bolezni. V »jeziku človekovih pravic« bi lahko rekli, da bolniku pomaga koristiti pravico do duševnega zdravja. Prisotnost duševne motnje – zaradi resnosti posega predvsem v pravico do odločanja o zdravljenju in pravico do prostosti – ni zadostna osnova. Kako resne morajo biti posledice prepoznane duševne motnje v nacionalnih zakonih opredeljujejo različni dodatni kriteriji. Ponovno velja poudariti, da je v vseh sistemih neprostopvoljno zdravljenja le manjšina bolnikov z duševnimi motnjami, ki potrebujejo zdravljenje. Gre za maloštevilno populacijo specifično ranljivih bolnikov.

Neprostopvoljno zdravljenje, ki temelji na *nevarnostnem kriteriju*, zajame le tisti del bolnikov, ki so (sebi ali drugim) neposredno nevarni. Interpretacije pomena oz. stopnje nevarnosti, kot smo videli, so zelo različne, ECtHR celo govori o »pravnem vakuumu« na tem področju. Okolica se na nevarno vedenje navadno hitro odzove, posledično gre za nujne situacije. Kadar je nujno in manj nujno zdravljenje (tisto, o katerih sodišča presojuje v rednih oz. predlagalnih postopkih) vsebinsko enako utemeljeno, to vodi (kot v primeru ZDZdr) v nezdravljenje nekaterih zelo resno bolnih oseb, ki nikomur niso neposredno nevarne. Tak pristop nepravilno diskriminira nenevarne bolnike in zanje predstavlja nepremostljivo prepreko v dostopu do zdravljenja. Neprostopvoljno zdravljenje je etično utemeljeno s terapevtskim ciljem izboljšanja bolnikovega stanja – torej z njegovo zdravstveno potrebo. Če je bolnik zaradi narave svoje duševne motnje nevaren drugim, to pomeni, da je »dovolj« bolan, da potrebuje zdravljenje in posega v njegovo prostost ni potrebno utemeljevati s pravicami drugih. Kadar lahko ukrepamo šele, ko je bolnik nekomu nevaren, je prag za intervenco pomembno višji. V mnogih situacijah je domala nemogoče z gotovostjo napovedati nevarno vedenje. Nevarno vedenje tudi ne nastane v trenutku, ampak je praviloma posledica predhodnega slabšanja duševnega stanja, ko intervencija zaradi še neobstoječe neposredne nevarnosti, ni utemeljena. Neprostopvoljno zdravljenje nenevarnih stanj, ki bi bilo medicinsko sicer indicirano, v skladu z mnogimi zakoni, ki izhajajo iz potrebe po nevarnosti, ni dovoljeno. Z zgodnejšim zdravljenjem bi vplivali na potek motnje in nevarno vedenje odvrnili. Mnoge študije so dokazale pomembno slabšo prognozo bolnikov, ki so se začeli zdraviti s pomembnim časovnim zamikom. Nevarnostni kriterij poleg tega utrjuje stereotip, da so bolniki s hudimi duševnimi motnjami nevarni, to pa prispeva k njihovi stigmatizaciji. Kadar je nekdo huje duševno bolan, bi pri odločitvi o zdravljenju zato morali izhajati predvsem iz njegovih potreb. Zaščita drugih je prav tako odgovornost družbe, vendar bi to morali reševati neodvisno od potreb obolelih.

Tehtnica se pri tehtanju med zaščito bolnikovih pravic in zaščito javnosti v primeru rabe nevarnostnega kriterija nagne v smer zaščite javne varnosti – predvsem na račun bolnikove pravice do zdravljenja. Kar zadeva tehtanje med posameznikovimi pravicami (v prvi vrsti med pravico do prostosti in zdravljenja), se tehtnica nagne v smeri zaščite pravice do prostosti (predvsem na račun pravice do zdravljenja). Neprostopoljno zdravljenje je pravno dovoljeno šele, kadar je zaradi vedenja obolelega nekdo neposredno ogrožen (samomorilni bolnik ali neposredno ogroženi drugi ali javnost). Z vprašanjem bolnikove sposobnosti za zavrnitev zdravljenja se zakoni, ki izhajajo iz nevarnostnega kriterija, ne ukvarjajo. Tudi ZDZdr v praksi predominantno izhaja iz nevarnostnega kriterija (kar sem ponazorila s primerom bolnika J.), četudi te dikcije sicer ne uporablja, temveč govori o hujšem ogrožanju (med drugim tudi zdravja). Vsaj v teoriji je dodatni kriterij torej mešan, vključuje tudi hujšo nevarnost za zdravje.

Samomorilno vedenje je razlog za neprostopoljno zdravljenje tako z vidika nevarnosti kot z vidika potrebe po zdravljenju. Glede neprostopoljnih intervenc v primeru samomorilnosti med državami vlada konsenz o potrebi po ukrepanju, četudi brez bolnikovega soglasja.

Tudi *potreba po zdravljenju* je definirana precej ohlapno. Naj bi bila absolutna, torej takšna, da je neprostopoljno bolnišnično zdravljenje edina možnost zdravljenja (skrajni ukrep), opustitev zdravljenja pa bi vodila v poslabšanje duševne bolezni. Potreba po zdravljenju lahko vključuje tako nujne intervence (kamor pravzaprav sodijo tudi vse situacije, ki na osnovi nevarnostnega kriterija dovoljujejo neprostopoljno hospitalizacijo), kot tudi nenujna, kronična stanja, ki zahtevajo zdravljenje. S tem zajame »nenevarne« bolnike (»nevarnost« po tej interpretaciji predstavlja del same potrebe po zdravljenju). Medtem ko je nevarnostni kriterij apliciran na dva načina (v najboljšem interesu bolnika, kadar je ta samomorilen, ali v interesu drugih, kadar jih bolnikovo vedenje ogroža), pri kriteriju potrebe po zdravljenju vedno izhajamo iz bolnikovega interesa. Omejitev prostosti zaradi neprostopoljne hospitalizacije je tako posledica zaščite posameznikove pravice do zdravja. Pristop, ki izhaja iz potreb po zdravljenju, klinikom pušča več prostora za individualno presojo, bi pa nujno potrebovali bolj specifične smernice.

Zaradi zelo različnih zdravstvenih in pravnih sistemov v Evropi je trenutno bolj kot oblikovanje specifičnih mednarodnih smernic realno oblikovanje nacionalnih smernic in priporočil. Če bi vendarle jutri v evropskih nacionalnih zakonodajah eliminirali nevarnostni princip (kar zagovarjam) in izhajali zgolj iz potrebe po zdravljenju, bi ta (enoten) kriterij puščal dovolj prostora za kulturno senzitivno in primerno interpretacijo. Pravni sistemi in klinične okoliščine

(predvsem, kar zadeva dostopnost in oblikovanost mreže zdravstvene pomoči) se med državami tako pomembno razlikujejo, da ni realno pričakovati njihovega poenotenja.

Tako pristop, ki izhaja iz nevarnosti, kot tisti, ki temelji na potrebi po zdravljenju, sistematično zanemarjata pravico posameznika z duševno motnjo do zavrnitve zdravljenja, saj se sposobnost za sprejemanje kompetentne odločitve o zdravljenju (večinoma) sploh ne preverja. Med državami, ki v zakonih izhajajo iz kriterija potrebe po zdravljenju, jih le nekaj dodatno specifično preverja bolnikovo sposobnost sprejemanja odločitev o zdravljenju oz. natančneje njegovo sposobnost za kompetentno zavrnitev zdravljenja. V podpoglavju 1.2.2 sem pokazala, da specifičnih testov oz. smernic za ocenjevanje bolnikove sposobnosti sprejemanja odločitev o zdravljenju nimamo. Velja načelo proporcionalnosti – sposobnost je na »drseči lestvici« in lahko variira. Kadar ima neka odločitev za bolnika škodljive posledice, mora biti stopnja sposobnosti za sprejemanje odločitve dokazano visoka. Ker gre za kontekstualno sposobnost, je lahko neki bolnik sposoben pristanka na zdravljenje, ne pa nujno tudi zavrnitve. Bolezenski uvid ima v psihiatriji ključno vlogo pri opredeljevanju sposobnosti za sprejemanje odločitev o zdravljenju, vendar gre pri uvidu za »ožjo kategorijo«. Pomanjkljiv bolezenski uvid je sicer med najpogostejšimi razlogi zavračanja indiciranega psihiatričnega zdravljenja. Ključno je dejstvo, da je slab bolezenski uvid simptom duševne motnje. Bolnik, ki ni zmožen sprejemanja odločitev o zdravljenju, potrebuje skrbnika, način skrbništva pa evropske države rešujejo zelo različno.

Prav dejstvo, da so lahko bolniki neprostovoljno zdravljeni neodvisno od svoje sposobnosti za zavrnitev zdravljenja, je zelo kontroveržno. Novejši pristop, v katerem neprostovoljno zdravljenje utemeljujejo s *kriterijema sposobnosti za sprejemanje odločitev o zdravljenju in bolnikove največje koristi*, cilja k odpravi te kontroverznosti. Še več, tak pristop izniči tudi diskriminatorno razlikovanje med tistimi bolniki, ki zaradi duševnih boleznih niso sposobni zavrnitve zdravljenja (in/ali pristanka nanj), in tistimi, ki tega niso sposobni zaradi telesnih deficitov. Tak način rabe zakonodaje pomeni poenotenje kriterijev na osnovi katerih – ob moteni avtonomiji bolnika – odločamo za dobrobit zdravja tudi brez soglasja bolnika. Ta način se ne ukvarja z izraženostjo ali tipom duševne motnje, temveč z ocenjevanjem njene posledice – z (ne)sposobnostjo za sprejemanje odločitev o zdravljenju. K največjim problemom tega pristopa sodi dejstvo, da nimamo oblikovane klinične in pravne prakse ocenjevanja sposobnosti za sprejemanje odločitev o sebi (angl. *mental capacity*) v najrazličnejših kliničnih situacijah (telesnih in duševnih motenj). Kot smo videli v prvem poglavju, je v psihiatrični klinični praksi lažje ocenjevati bolezenski uvid, ki se s kriterijem sposobnosti sprejemanja odločitev o sebi

delno prekriva. Tudi ta pristop torej pušča številna odprta vprašanja, poleg že izpostavljenega najmanj še vprašanja, kako ravnati v situacijah fluktuirajoče sposobnosti za sprejemanje odločitev in kako odločati v primeru bolnikov, ki imajo zadostno sposobnost za sprejemanje odločitev o zdravljenju, pa s svojo odločitvijo ogrožajo druge. Država mora nenazadnje poskrbeti tudi za javno varnost in pravice oseb v bolnikovi okolici.

Zdi se, da se vrtimo v krogu. Nobena obstoječa ureditev ni dovolj prepričljiva, da bi z njo lahko nadomestili preostale. Kar je vsem skupno, je dejstvo, da ne glede na zakonsko ureditev v nekatere pravice posegamo bolj kot v druge. Pravice so soodvisne, poseg v nekatere je včasih nujno potreben za izvrševanje drugih. Zakonodajca mora skrbeti za utemeljitev posega v pravico do prostosti – tudi z namenom omogočanja koriščenja pravice do zdravljenja. Zdi se, da ima pravica do zdravja večjo težo v zakonodajah, ki temeljijo na kriteriju potrebe po zdravljenju ali na mešanem pristopu (kriterij potrebe po zdravljenju in/ali nevarnostni kriterij), kot v zakonodajah, ki izhajajo samo iz kriterija nevarnosti. Naloga zakonodajca je tudi proceduralna zaščita pravic posameznika, kadar je ta (po zakonu) neprostovoljno zdravljen. ECtHR zahteva proporcionalnost posega v pravice posameznikov. Ta je vedno bila, je in bo tudi v prihodnje neizogibno stvar kompleksne presoje – psihiatrične in pravne interpretacije v posamičnem primeru.

4.4.2 Pravice nezdravljenih bolnikov

Ukvarjanje s posegom v pravice neprostovoljno zdravljenih bolnikov je le ena plat zgodbe. Druga (praviloma prezrta) je ukvarjanje z vprašanjem pravic nezdravljenih bolnikov. Odločitev sodišča proti neprostovoljnemu zdravljenju je neizogibno tudi odločitev za opustitev zdravljenja. Znajdemo se namreč v situaciji, ko bolnik na indicirano zdravljenje iz nekega razloga ne pristaja in ga po zakonu ne smemo zdraviti brez njegovega soglasja. Zato se moramo nujno vprašati, kako odločitev proti neprostovoljnemu zdravljenju poseže v človekove pravice in dostojanstvo obolelega in kako vpliva na socialno okolje, v katerem živi. Prav razlog, zaradi katerega bolnik zdravljenje odklanja, je ključen. Kadar je bolezenski, namreč kompromitira sposobnost kompetentne zavrnitve zdravljenja.

Nekateri avtorji se v kontekstu pogostih zahtev po opustitvi vsakršnega neprostovoljnega zdravljenja sprašujejo, ali lahko govorimo o koriščenju pravice do najvišjega možnega

standarda zdravja bolnika s hudo duševno motnjo, če ga navkljub razpoložljivemu in preverjenemu načinu zdravljenja, ne zdravimo.¹²⁹⁴ Če osebi »dovolimo ostati« npr. v psihotičnem stanju, v katerem klinično zadostno spontano izboljšanje funkcioniranja ni verjetno, »spodkopavamo« njeno pravico do zdravja.¹²⁹⁵

Kot smo videli, so v Evropi legitimne različne zakonske utemeljitve neprostovoljnega zdravljenja. Lahko je utemeljeno z bolnikovo potrebo po zdravljenju (ta sicer redko vključuje oceno bolezenskega uvida oz. sposobnosti sprejemanja odločitev o zdravljenju) ali pa z nevarnostjo, ki jo duševna motnja predstavlja za bolnika samega ali druge. Novi trendi pri kreiranju zakonodaj se razvijajo v smeri utemeljitve neprostovoljnega zdravljenja z bolnikovo nesposobnostjo sprejemanja odločitev o zdravljenju (konkretno zavrnitve zdravljenja) in njegovim interesom. V primerih, ko je klinično evidentna (torej dokazana) bolnikova nesposobnost za sprejemanje odločitev o zdravljenju, bi morali posebno skrbno tehtati med bolnikovo pravico do prostosti in njegovo pravico do zdravja. Prav slednja je prepogosto prezrta.

Da »nenevarni« bolniki s hudimi duševnimi motnjami po ZDZdr zlahka ostanejo nezdravljeni, sem pokazala skozi primer bolnika J. Po pregledu literature s področja avtonomije subjekta s hudo duševno motnjo, dostojanstva in človekovih pravic bom pot k neprostovoljnemu zdravljenju z bolnikom J. ob koncu prehodila še enkrat in poskusila ključne teoretične ugotovitve aplicirati na ta konkreten primer iz slovenske klinične prakse. Takih (in podobnih) primerov je še veliko. Ne gre za »sodbo« o tem, kaj je bilo »narobe«, temveč razmišljanje o tem, kaj bi lahko bilo za bolnika J. in njegove bližnje morda v danih okvirih boljše. Poskušamo razumeti kompleksne okoliščine sprejemanja odločitev za neprostovoljno zdravljenje oz. proti njemu.

J. je bil torej 42-letni moški, ki še nikoli ni bil zdravljen zaradi duševne motnje. Ta je nastopila plazeče, v nekaj letih. V tem času se je J. izrazito spremenil in povsem umaknil iz socialnega življenja, v katerega je bil vpet kot mož, oče dveh otrok v prednajtistiškem obdobju, sin, brat, zaposleni v dobro plačani službi, ki je zahtevala fakultetno izobrazbo, če omenimo le njegove najočitnejše socialne vloge. Pod vplivom megalomanskih in paranoidnih blodnjavih prepričanj je J. odpovedal delovno razmerje, zapustil svojo družino in se preselil nazaj k upokojenim staršem, v svojo staro otroško sobo. Na ta način so mu starši, ki so sumili, da gre za duševno

¹²⁹⁴ Freeman idr., 2015, 846.

¹²⁹⁵ Freeman idr., 2015, 846.

motnjo, skušali pomagati, upali so, da bo sprejel tudi zdravniško pomoč. J. je bil do potrebe po zdravljenju povsem nekritičen, prigovarjanja, da bi obiskal zdravnika, je interpretiral kot skrajni znak nerazumevanja. V svojem »bolezenskem svetu« seveda ni bil bolan, nasprotno, bil je zelo uspešen, vodil je multinacionalno podjetje s sedežem v ZDA, kar z računalnika v svoji sobi, ki jo je le redko zapuščal. Komunikacija s starši je bila vse bolj borna, J. se je tudi zunanje spremenil, opustil je skrb za osebno higieno. Spremenil je svoje ime in priimek, »staro« ime je (o tem je poročal kasneje) blodnjavo povezoval s tragičnimi dogodki iz svetovne zgodovine. Nekako se mu je po spletu uspelo prijaviti na naslovu v tujini, kjer nikoli ni bil, kar je storil v prepričanju, da ga tam na banki čaka večja vsota denarja. Več let ni imel prihodkov. Kljub poskusom staršev, da pridobijo njegovo privolitev vsaj za plačilo zdravstvenih prispevkov, tega ni dovolil, posledično tudi ni bil zdravstveno zavarovan.

Primer bolnika J. je v marsičem podoben primeru Pleso, v katerem je ECtHR presojalo leta 2012 (*Pleso proti Madžarski*¹²⁹⁶). Tudi tam je šlo za bolnika s plazečim nastopom kronične psihotične motnje, ki je vodila v socialno izolacijo in disfunkcionalnost, tudi v primeru Pleso si je mama prizadevala za zdravljenje, vendar se je bolnik (v nasprotju z bolnikom J.) na poziv zdravnika nekajkrat odzval in sprva sodeloval v ambulantnem diagnostičnem procesu. Pri analizi primera J. se bomo zato k primeru Pleso še vračali.

J. na pregled k zdravniku torej ni želel, zato so se starši informirali, ali imajo možnost ukrepanja v skladu z ZDZdr. Sodišču so tako podali (prvi) predlog za sprejem v bolnišnico brez privolitve – v t. i. rednem postopku. Glede na večleten progres bolezni razlogov za hospitalizacijo v nujnem primeru (sprva) tudi ni bilo. Kot večina evropskih zakonodaj tudi ZDZdr predvideva dva možna načina neprostovoljnega zdravljenja v bolnišnici, ki pa ju v 39. členu identično vsebinsko opredeljuje. Nekatero evropske države razlikujejo med vsebinskimi kriteriji za neprostovoljno zdravljenje v nujnem in rednem postopku (npr. neposredna nevarnost za bolnika ali druge v nujnem primeru ter potreba po zdravljenju v nenujnem primeru). Tako razlikovanje bi bilo tudi v ZDZdr smiselno – ravno v primerih, kakršen je primer bolnika J., bi bolnikom namreč olajšalo dostop oz. skrajšalo dolgo pot do zdravljenja, ki je v primeru zakasnitve prognostično slabše. Empirične študije potrjujejo ključnost čim zgodnejšega zdravljenja.

Ob prvem stiku s psihiatrom (pregled ob sprejemu v bolnišnico po sklepu sodišča zaradi predvidene ocene izvedenca) je bilo jasno, da gre pri J. za kronično psihotično motnjo, do katere je bil sam povsem brez uvida. Kasneje se je izkazalo, da je šlo za paranoidno shizofrenijo. Kljub

¹²⁹⁶ *Pleso v. Hungary*, 2012.

izčrpnemu poročilu staršev o zgoraj navedenih spremembah je sodišče prvič – na osnovi mnenja izvedenca – sklenilo, da J. (ki je nedvomno huje bolan, vendar s tem nikogar ne ogroža) ne more biti zdravljen brez privolitve. Tu naletimo na prvi problem – psihiatrično interpretacijo v okviru izvedenskega mnenja, ki je sodišču v pomoč pri odločitvi o neprostovoljnem zdravljenju. Vsak izvedenec je pri presoji okoliščin samostojen, večinoma gre za psihiatre z dolgoletnimi specialističnimi izkušnjami. Pa vendar se ob odsotnosti smernic na področju neprostovoljnega zdravljenja izvedenec znajde brez zunanje opore. Sama menim (retrogradno, ker nisem bila v dani situaciji, in zgolj teoretično, ker nisem izvedenka), da je bilo v primeru bolnika J. več kot dovolj dokazov, da J. potrebuje neprostovoljno zdravljenje, kot tudi dovolj dokazov, da z odklanjanjem zdravljenja svoje zdravje (potencialno ireverzibilno) huje ogroža. Pri psihotičnih motnjah gre za t. i. hude duševne motnje (te so zadostna utemeljitev pogoja *unsoundness of mind* po mnenju ECtHR, kot je razvidno tudi iz primera Pleso), ki pa jih znamo zdraviti. Da smo pri zdravljenju čim bolj uspešni, moramo zdraviti čim prej, kar dokazujejo mnoge empirične študije, ki sem jih navedla v predhodnih poglavjih. J.-jeva nezdravljena bolezen je vodila v izrazito negativne psihosocialne posledice, ne le zanj, temveč tudi za njegovo družino – v razširjenem pomenu besede. Utemeljitev, da J. z zavračanjem zdravljenja svojega zdravja ni ogrožal huje, je zato težko razumljiva. Nenazadnje je tudi ECtHR v sodbi *Pleso proti Madžarski* opozorilo na dejstvo, da večina evropskih držav tveganje za poslabšanje bolezenskega stanja ob zavrnitvi prostovoljnega zdravljenja šteje kot zadostno osnovo za poseg v pravico do prostosti.

Z oceno sposobnosti bolnika J., da zavrne zdravljenje, se izvedenec in sodišče niso podrobneje ukvarjali. Kadar bolnik zavrača indicirano zdravljenje, bi se morali vedno najprej vprašati, kaj so njegovi razlogi. Teh je seveda lahko več, ključno je ugotavljanje, ali so bolezenske narave. V prvem poglavju smo se ukvarjali z bolezenskim uvidom (in prek njega z zmožnostjo bolnika za sprejemanje odločitev o zdravljenju). Videli smo, da je pomanjkljiv bolezenski uvid (ki ga rutinsko klinično ocenjujemo) med najpogostejšimi razlogi za zavračanje zdravljenja. Bolnik v tem primeru zdravljenje zavrača zaradi simptoma bolezn. Izraz »bolezenski uvid« se v diktiji ZDZdr ne pojavlja, govor je o »huje moteni presoji realnosti«. Bolnik brez bolezenskega uvida gotovo ima huje moteno presojo (svoje) realnosti. Bolnik brez uvida v bolezen ne more zastopati svojih interesov o zdravljenju kot avtonomna in kompetentna oseba, ker mu za ustrezno presojo odločitev o zdravljenju manjka ključen podatek oz. ključna sposobnost – razumevanje informacije (oz. zavedanje o tem), da ima duševno motnjo. Za sprejemanje odločitev o zdravljenju bi pravzaprav potreboval skrbnika, kar v nekaterih državah urejajo s

pomočjo posebnih zakonov s področja skrbništva. Ugotavljanje bolnikove nesposobnosti za sprejemanje odločitev o zdravljenju implicira postavitev skrbnika za določeno odločitev oz. področje. Slednje zahteva tudi razrešitev vprašanja, kdo je za bolnikovega skrbnika najprimernejši. Tudi ZPacP v kontekstu zdravljenja bolnikov s telesnimi obolenji predvideva postavitev skrbnika za tiste, ki so sami nesposobni sprejeti odločitev o zdravljenju.

J. sam na zdravljenje ni mogel pristati, ker do lastne bolezni ni imel prav nobenega uvida, pristanek na zdravljenje bi bil torej paradoksen. Zapletel se je v zanko, ki jo ponazarjajo G. S. Owen idr.:¹²⁹⁷ a) J. je bil bolan, b) svoje bolezni se ni zavedal, c) med boleznijo in nezavedanjem le-te je obstajala vzročna povezava. Da bi lahko pristal na zdravljenje (ali pomoč celo sam poiskal), bi se bolezni moral zavedati. Obstaja veliko razlogov, zaradi katerih bolniki z duševnimi motnjami odklanjajo zdravljenje, ključno je razlikovanje med bolezenskimi (kamor sodi odsoten uvid kot simptom bolezni in zelo pogost razlog zavračanja zdravljenja) in nebolezenskimi razlogi (npr. slabe izkušnje med predhodnimi zdravljenji, neželeni učinki zdravil, strah pred izgubo službe zaradi bolniške odsotnosti, strah pred stigmato). Pomanjkljiv ali celo povsem odsoten bolezenski uvid bi zato moral imeti pri sprejemanju odločitev o neprostovoljnem zdravljenju večjo težo. Seveda to ne pomeni, da bi lahko bili neprostovoljno zdravljeni vsi bolniki z duševnimi motnjami, ki nimajo uvida, potreba po zdravljenju tudi pri klinični oceni nikoli ni zgolj posledica bolnikovega pomanjkljivega bolezenskega uvida. Nekateri evropski nacionalni zakoni, ki izhajajo iz kriterija potrebe po zdravljenju, vendarle ocenjujejo tudi bolezenski uvid. Uvid je tesno povezan z bolnikovo sposobnostjo sprejemanja odločitev o zdravljenju (v našem kontekstu s sposobnostjo zavrnitve zdravljenja). Sodišče je v sklepu povzelo mnenje izvedenca, da ima J. huje moteno presojo realnosti in sposobnost obvladovati ravnanje, vendar se je pri odločitvi naslanjalo na odsotnost nevarnosti. Če ne bi šlo za duševno motnjo, pač pa za odločitev o zdravljenju neke telesne motnje po ZPacP, J. nujnega zdravljenja ne bi mogel zavrniti, v kolikor pa ne bi imel zadostne zmožnosti za sprejemanje odločitve o zdravljenju, bi se zanj o zdravljenju odločali drugi (ZPacP natančno opredeljuje, kdo). Pa je šlo v primeru J. za nujno zdravljenje? Tu naletimo na problem definiranja nujnega psihiatričnega zdravljenja. Da ni šlo za nujni primer »življenje – smrt«, sem že navedla. ZDZdr vendarle predvideva nujni in redni postopek neprostovoljnega sprejema na zdravljenje, najbrž prav zaradi specifične narave duševnih motenj. Tudi če vztrajamo pri enaki vsebinski opredelitvi v obeh postopkih (39. člen ZDZdr), menim, da ta pušča dovolj prostora za strokovno interpretacijo »nujnosti« oz. potrebe po zdravljenju v rednem postopku, saj tega zdravljenja

¹²⁹⁷ Owen idr., 2009a, 95.

(zaradi simptomatike bolezni, torej bolnikovega odsotnega uvida) ni mogoče zagotoviti z bolnikovim soglasjem in posledično ne moremo pričakovati, da bo bolnik sam lahko uveljavljal svoj (verjeten) interes in svojo pravico do zdravljenja, bolezen pa nezdravljena napreduje. Posledično menim, da bi moral bolezenski uvid imeti večjo vlogo pri odločitvah o neprostovoljnem zdravljenju. Toliko bolj, kadar gre za redni (in ne nujni) postopek, toliko bolj, kadar gre za zavračanje zdravljenja (in ne za pristanek na zdravljenje. Podobno kot je pri tehtanju med posameznimi človekovimi pravicami potrebna proporcionalnost, je ta klinično potrebna tudi pri ocenjevanju stopnje bolnikove sposobnosti za sprejemanje odločitev o zdravljenju, kar sem nagovorila v prvem poglavju. Kljub kritikam velja visoka stopnja strinjanja o tem, da se v medicini sposobnost sprejemanja odločitve o zavrnitvi zdravljenja presoja v odnosu do posledic odločitve.

J. je torej na prvo pobudo staršev sodišču ostal nezdravljen. Nadzorovana obravnava po sklepu sodišča kot manj restriktiven ukrep ne bi bila možna, ker z bolnikove strani ni bilo možno zagotoviti zadostne stopnje sodelovanja, poleg tega nadzorovane obravnave pri bolniku, ki predhodno ni bil neprostovoljno hospitalno zdravljen, ne dopušča niti ZDZdr. To je problematično, saj vemo, da številna priporočila in ECtHR zahtevajo, da hospitalizacija predstavlja skrajni ukrep, ko so manj restriktivne možnosti izčrpane. Prav v primeru Pleso je ECtHR odločilo, da je bila bolniku kršena pravica do prostosti tudi zaradi dejstva, da mu pred nekajmesečno hospitalizacijo ni bila ponujena obravnava v skupnosti. To bi v ZDZdr veljalo nemudoma spremeniti na način, da je nadzorovana obravnava možna tudi za bolnike, ki še niso bili neprostovoljno hospitalizirani. Na vprašanje, ali je to v konkretnem primeru izvedljivo, bi sodišču odgovarjal izvedenec. Če ni izvedljivo, seveda ne služi svojemu namenu, v takem primeru ta manj restriktivna možnost neprostovoljnega zdravljenja v konkretnem primeru ne pride v poštev.

Sodna odločitev o neprostovoljnem zdravljenju bi morala biti v terapevtski funkciji, nenazadnje posežemo v bolnikove pravice (najbolj v pravico do prostosti) z namenom zdravljenja. Ne gre namreč za kazenski postopek. Razlogov, da se sodišče odloči proti zdravljenju bolnika, je gotovo več, nenazadnje sodišče presoja med različnimi pravicami in interesi. Poleg varovanja bolnikovih pravic skrbi tudi za zaščito javnosti. Prav slednje je verjetno eden izmed glavnih razlogov za razširjenost nevarnostnega kriterija v zakonodajah o duševnem zdravju. Kadar bolnik nekoga ogroža, je z ogrožanjem utemeljeno njegovo zadržanje v bolnišnici. Težka je že presoja med posameznimi pravicami bolnika, iskanje proporcionalnosti posega v njegove posamezne pravice. Dodatno se presoja zaplete z vključevanjem interesa javnosti. Sama menim,

da ima bolnik, ki je zaradi posledic nezdravljene duševne motnje nevaren drugim, tudi »zadostno« potrebo po zdravljenju, s katero lahko utemeljimo neprostovoljno hospitalizacijo in eliminiramo nevarnostni kriterij. Če bi se v zakonodajah bolj naslanjali na bolnikovo sposobnost za zavrnitev zdravljenja in z njo povezano potrebo po zdravljenju, bi razrešili vse situacije, z izjemo tiste, ko je bolnik sicer zadostno sposoben za zavrnitev zdravljenja, kar pa bi ogrožalo javnost. Tedaj bi država lahko (kljub bolnikovi zadostni sposobnosti) posegla na osnovi svoje dolžnosti, da zaščiti javnost. Take primere predvideva tudi Priporočilo Sveta Evrope iz leta 2004.¹²⁹⁸

Nazaj k dolgi poti bolnika J. do zdravljenja. Po prvi odločitvi sodišča proti zdravljenju je bilo stanje doma enako. Po nekaj mesecih so starši tako drugič podali sodišču predlog o zdravljenju. Izvedenec je tedaj presodil, da je hospitalno zdravljenje na osnovi kliničnih dejstev nujno, sodišče je predlogu izvedenca tudi sledilo, vendar se je bolnikov odvetnik na odločitev sodišča pritožil. Sodni mlini meljejo počasi, bolnikovo stanje pa se je slabšalo, dokler ni fizično napadel mame in grozil s požigom hiše svojih staršev. Starši so poklicali policijo in dežurnega zdravnika, J. pa je bil tretjič sprejet v bolnišnico. Sodišče je v tretje (tokrat v nujnem primeru) presojalo in sklenilo, da je dopustno hospitalno zdravljenje brez privolitve bolnika za obdobje treh mesecev, v sklepu pa se je naslonilo predvsem na neposredno ogrožanje. J. je »moral« ravnati agresivno, da je lahko bil zdravjen. Tovrstna izguba kontrole nad lastnim vedenjem je za bolnike retrogradno običajno svojevrstna travma in objektivno ni zelo dostojanstveno. Vodi v povečevanje stigme in utrjevanje stereotipa, da so bolniki z duševnimi motnjami nevarni, pomembno vpliva na zaupanje svojcev do bolnika, vzbuja strah in krha odnose. Povečuje tudi breme svojcev oz. bolnikovih bližnjih. Zaradi bolezni niso ranljivi le bolniki, pač pa tudi njihovi svojci. Tudi njihovo (socialno) dostojanstvo je prizadeto, tudi njim so lahko kršene pravice. Nenazadnje breme skrbi nezdravljenih bolnikov ostaja prav na njihovih ramenih.

J. je bil doslej le enkrat hospitaliziran. Po neprostovoljni hospitalizaciji (med katero se je njegovo funkcioniranje pomembno izboljšalo, četudi ni dosegel dobrega bolezenskega uvida in ni dosegel popolne remisije, kar je klinično z veliko verjetnostjo povezano z zakasnelim zdravljenjem), je zdravljenje nadaljeval prostovoljno. Oktobra 2020 so minila tri leta, v katerih je redno mesečno prihajal na pogovor in aplikacijo zdravila. Imel je nekaj nihanj kronične psihotične bolezni, vendar brez potrebe po vnovični hospitalizaciji. Družinski odnosi so se

¹²⁹⁸ Bartlett idr., 2007, 125; Council of Europe, Committee of Ministers, *Recommendation No. Rec.(2004)10 of the Committee of Ministers to member states concerning the protection of the human rights and dignity of persons with mental disorders and its Explanatory Memorandum*, Art. 18.

pokrpali, redno videva svoja otroka, še vedno pa stanuje pri starših in išče zaposlitev (na predlagano poklicno rehabilitacijo ne pristaja).

V sodbi *Pleso proti Madžarski* ECtHR navaja, da ima zanemarjanje lastnega zdravja in zavračanje zdravljenja ključno vlogo pri ocenjevanju »pomembne nevarnosti« za bolnika in je lahko osnova za neprostovoljno zdravljenje, vendar mora biti poseg v pravico do prostosti glede na »nevarnost« za zdravje proporcionalen. Tako glede izbire ukrepa (nadzorovana obravnava v. hospitalizacija) kot glede dolžine hospitalizacije. Odločitev proti zdravljenju v sebi ne nosi proporcionalnosti. J. je bil huje duševno bolan več let, do svojega stanja ni kazal uvida. Navedeno sugerira, da bi bilo bolj v duhu proporcionalnosti, če bi ga vsaj za krajši čas zdravili, čas zdravljenja pa bi moral biti odvisen predvsem od kliničnega stanja. To pomeni, da iz kliničnih izkušenj vemo, da stanja, ki traja več let, ne bomo mogli odpraviti v npr. dveh tednih. Tehtanje med posameznimi človekovimi pravicami spominja na tehtanje med posameznimi etičnimi principi v okviru etike štirih načel. Etična načela niso reduktibilna, kadar pa avtonomija ni intaktna, se odločamo v skladu s preostalimi načeli – koristnostjo, neškodovanjem in pravičnostjo.

Zdravje (in duševno zdravje kot njegov integralni del) je ena izmed temeljnih človekovih pravic in je nepogrešljiva za koriščenje ostalih (pravice do bivališča, hrane, dela, šolanja itd.). Nedostopnost zdravstvene pomoči vodi v socio-ekonomsko marginalizacijo, negativno vpliva na pravice do enakih možnosti in dostojanstvo. SZO opozarja, da duševne motnje pogosto vodijo v revščino, brezdomstvo in kriminalizacijo, kar poglobi marginalizacijo in ranljivost. Stigma in diskriminacija vodita v kršitev človekovih pravic (ekonomskih, socialnih in kulturnih), tudi v odrekanje pravice do najvišjega dosegljivega standarda zdravja.¹²⁹⁹ Zato je nujno, da razmišljamo tudi o bolnikih z duševnimi motnjami, ki ostajajo nezdravljeni. Njihovo pravico do zdravja moramo na tehtnici uravnotežiti z vsemi preostalimi pravicami. Kaže, da smo v zadnjih desetletjih v zakonodaji bistveno več pozornosti namenili pravicama do prostosti in do zavrnitve zdravljenja (pri čemer smo sistematično prezrli nujno potrebno sposobnost za tovrstno odločitev na strani bolnika) – predvsem na račun pravice do zdravljenja. To negativno vpliva na koriščenje preostalih človekovih pravic, za katere je zdravje nepogrešljivo.

A.R. Williams navaja, da se je bioetika distancirala od področja duševnega zdravja in v praksi ne daje zadostne opore v težkih etičnih dilemah. Meni, da sta temu botrovala dva glavna razloga: prvotna prizadevanja bioetike za zaščito posameznikov pred morebitnimi zlorabami v

¹²⁹⁹ World Health Organization, *Mental Health Action Plan 2013-2020*, 8.

raziskavah in težnja po deinstitucionalizaciji.¹³⁰⁰ Velika prednost sodobne bioetike je njena interdisciplinarnost, prav ta je ključna za bolj niansiran pristop k neprostovoljnemu zdravljenju in drugim etičnim dilemam psihiatrične stroke, pri katerih imajo vlogo filozofija, pravo, medicina, psihologija, kognitivne znanosti, sociologija, antropologija, moralna teologija idr.¹³⁰¹ Zaščita avtonomije – ne le kot svobode pred potencialno škodljivim zdravstvenim posegom, temveč tudi kot pravice do zdravljenja in drugih ukrepov, ki krepijo možnost izbire in samoodločitve – ima ključne implikacije tudi za pravo človekovih pravic.¹³⁰²

Kaže, da smo se znašli v situaciji, ko v množici aktualnih parcialnih ureditev zaradi dreves ne vidimo gozda. Skrajni čas je, da razmislimo o »novi paradigmi« neprostovoljnega zdravljenja, empiričnih dokazov za najboljši pristop izmed uporabljenih (kot smo videli) ne moremo pričakovati. Premik v pogledu na neprostovoljno zdravljenje bi prinesla implementacija predloga, ki ga B. D. Kelly daje na primeru Irske – namreč, da dostojanstvo postane krovni »kriterij« zakonodaje o duševnem zdravju.¹³⁰³ Pravzaprav bi bilo nujno razmišljati o dostojanstvu kot krovnem kriteriju vsakršnega zdravljenja. Skrajni čas je namreč, da opustimo preživelo delitev bolezni na telesne in duševne. Kot navaja Kelly, bi umestitev dostojanstva v središče odločitev o neprostovoljnem psihiatričnem zdravljenju v praktičnem smislu pomenilo, da morajo psihiatri in sodišča tehtati med nedostojanstvenostjo nezdravljene bolezni in implikacijami dostojanstva v primeru neprostovoljnega zdravljenja.¹³⁰⁴ Dejstvo, da je dostojanstvo kot eno temeljnih bioetičnih načel v Evropi v državah razumljeno in institucionalizirano na različne načine (kot smo videli v podpoglavju 1.1.3), govori za kulturno specifičnost interpretacij. Način poenotenja zakonodaj z umestitvijo koncepta dostojanstva v njeno središče bi torej dopuščalo možnost kulturnospecifičnih interpretacij. Na specifičnem področju duševnega zdravja obstaja potreba po širokem pristopu k človekovim pravicam in dostojanstvu, ki nujno vključuje več deležnikov – bolnike, njihove svojce in skrbnike, terapevtsko osebje, socialni sistem, načrtovalce zakonodaj in zdravstvene politike, nevladne organizacije in pravnike.¹³⁰⁵

¹³⁰⁰ Williams, A. R., 2016, 221; navedeno tudi v Koprivnik, 2020, 128.

¹³⁰¹ Williams, A. R., 2016, 226; navedeno tudi v Koprivnik, 2020, 128.

¹³⁰² Williams, A. R., 2016, 226.

¹³⁰³ Kelly, 2014, 79.

¹³⁰⁴ Kelly, 2014, 79.

¹³⁰⁵ Kelly, 2014, 80.

5 ZAKLJUČKI

V disertaciji nisem pričakovala enostavne razrešitve izjemno kompleksne interdisciplinarne problematike vprašanja neprostovoljnega psihiatričnega zdravljenja, s katerim se več znanosti ukvarja že dolga desetletja. Morda pa mi je uspelo osvetliti ključne elemente, ki nam bodo v bodoče lahko služili kot opora pri načrtovanju raziskav in oblikovanju novih strategij na tem področju. Le-te skladno z razvojem vseh strok in družbe kot celote tudi potrebujemo. Zdi se, da je čas, ko moramo razmisliti o poenotenem pristopu k neprostovoljnemu zdravljenju. Bolniki z duševnimi motnjami, ki se znajdejo v situaciji vprašanja neprostovoljnega zdravljenja, so praviloma najhuje bolni. Gre za manjšino bolnikov z duševnimi motnjami, ki so specifično ranljivi. Tako zaradi duševne motnje same kot zaradi okoliščin neprostovoljnega zdravljenja in gotovo tudi v primeru opustitve zdravljenja. Prav ti so »tíhi«. Ni mi znan primer, v katerem bi se doslej kdo pritožil zaradi dejstva, da ni bil neprostovoljno zdravljen oz. da mu je bila na ta način kršena pravica do zdravljenja. Želela sem dokazati, da opustitev zdravljenja duševne motnje lahko vodi v nedostojanstveno situacijo in kršitev človekovih pravic. Velja tudi obratno, da lahko v ihti po zdravljenju posežemo v druge človekove pravice z neutemeljenim ali pa z neproporcionalnim ukrepom. Odgovornost družbe je, da določi mejo interferiranja. Odgovornosti psihiatrične stroke sta (med drugim) tudi opozarjanje na posledice ene ali druge odločitve ter skrb za potrebe in pravice najranljivejših, kar zahteva tudi senzitivacijo družbe za specifična vprašanja v kontekstu zdravljenja duševnih motenj.

V kurikulumu specialistov psihiatrije bi morali nujno vključiti več vsebin s področja etike, filozofije, prava in človekovih pravic. Domnevam, da bi bilo potrebno tudi v kurikulumu pravnikov, ki se ukvarjajo s področjem duševnega zdravja, vključiti več specifičnih znanj iz psihopatologije, psihiatrije in medicinske etike. Gre za kompleksno in občutljivo področje, ki zahteva interdisciplinarna znanja in subspecializacijo.

30. oktobra 2020 je Ministrstvo za zdravje RS v javno obravnavo poslalo predlog sprememb ZDZdr (t. i. ZDZdr-1). Glede na predlagane spremembe, te ne bodo posegle v glavno vprašanje te disertacije, namreč v pogoje za neprostovoljno hospitalno zdravljenje. Ne načrtujejo se niti vsebinske niti proceduralne spremembe 39. člena ZDZdr.¹³⁰⁶ V kolikor bodo predlagane

¹³⁰⁶ Ministrstvo za zdravje, Predlog predpisa Zakon o duševnem zdravju, evidenca vladnega akta 2019-2711-0051, 42. člen.

spremembe zakona dejansko začele veljati, bo NO bolnikom v prihodnje tudi v Sloveniji dostopna ne glede na dosednji pogoj predhodnega neprostovoljnega hospitalnega zdravljenja,¹³⁰⁷ ki aktualno ni v skladu z mednarodnimi priporočili. Trenutna ureditev bolnikom, kot je bolnik J., namreč ne omogoča NO, v kolikor ne izpolnjujejo pogoja predhodnega neprostovoljnega hospitalnega zdravljenja. Gre za dejstvo, ki ga v primeru Pleso proti Madžarski izpostavlja tudi ECtHR.¹³⁰⁸

»Spremembe paradigme« v odločitvah o neprostovoljnem zdravljenju v Sloveniji tako zaenkrat še ne moremo pričakovati. Ta tudi sicer ne bi bila možna zgolj s spremembami enega zakona (konkretno ZDZdr), temveč bi morala biti v družbi zastavljena veliko širše.

Kar zadeva hipoteze, sem jih v disertaciji potrdila. Najprej, neprostovoljno zdravljenje v psihiatriji kot *ultima ratio* ukrep je nujno za varovanje človekovih pravic in dostojanstva ter ne pomeni *a priore* kršitve človekovih pravic. Opustitev neprostovoljnega zdravljenja lahko prav tako povzroči kršitev človekovih pravic. Na to hipotezo se tesno navezuje tretja, ki pravi, da je neutemeljeno neprostovoljno zdravljenje le ena plat kršitve dostojanstva psihiatričnega bolnika, saj nezdravljena huda duševna motnja večinoma vodi v popolno destrukcijo socialnega življenja, kar pa ima prav tako za posledico izgubo dostojanstva človeka. To utemeljuje smiselnost neprostovoljnega zdravljenja kot zaščito dostojanstva in s tem človekovih pravic bolnika. Kar zadeva drugo hipotezo, preozka interpretacija obstoječega nevarnostnega principa v slovenskem *Zakonu o duševnem zdravju* ogroža zaščito bolnikovega dostojanstva in nekaterih njegovih pravic, zato bi moralo biti za boljšo zaščito bolnikovih pravic neprostovoljno zdravljenje utemeljeno s potrebo po zdravljenju, ki izhaja iz motene avtonomije subjekta, in ne (oz. ne zgolj) z nevarnostnim principom. Bolezenski uvid bi moral imeti ključno vlogo v procesu sprejemanja odločitve o neprostovoljnem zdravljenju.

Konkretne predloge za spremembo prakse neprostovoljnega zdravljenja na osnovi opravljene raziskave delim v tri skupine.

1. Kratkoročni predlogi znotraj obstoječega ZDZdr

a) Nadzorovana obravnava (NO)¹³⁰⁹ kot manj restriktivni pristop k neprostovoljnemu zdravljenju bolnikov z duševnimi motnjami mora biti dostopna tudi bolnikom, ki predhodno

¹³⁰⁷ Ministrstvo za zdravje, Predlog predpisa Zakon o duševnem zdravju, evidenca vladnega akta 2019-2711-0051, 83. člen.

¹³⁰⁸ *Pleso v. Hungary*, 2012.

¹³⁰⁹ Zaključek v tej točki temelji predvsem na raziskovanju v poglavjih 2.3, 4.1, 4.2.1 in 4.3.

niso bili neprostovoljno hospitalno zdravljeni. To po aktualni ureditvi ZDZdr ni možno in je v nasprotju z mednarodnimi priporočili. Zahteva manjši vsebinski popravek 80. člena ZDZdr, in sicer izločitev pogoja o predhodnem zdravljenju brez privolitve v bolnišnici iz drugega odstavka omenjenega člena. Sodišča se bodo morala v primeru predlagane spremembe 80. člena ZDZdr pri individualnih odločitvah o tipu neprostovoljnega zdravljenja (v bolnišnici ali v skupnosti, torej NO) še naprej naslanjati na izvedenčevo oceno kliničnega stanja in bolnikovih sposobnosti sodelovanja v NO. Če bolnik sodelovanja v NO ni sposoben, pač ne bo prišlo v poštev (kot že doslej).

b) Aktualno je neprostovoljno zdravljenje v ZDZdr utemeljeno z mešanim kriterijem, ki izhaja iz nevarnosti *in* potrebe po zdravljenju. Nevarnost mora biti *huda* in se v praksi prepogosto interpretira kot *neposredna*. Zagovarjam popolno eliminacijo kriterija nevarnosti oz. ogrožanja v ZDZdr¹³¹⁰ in utemeljitev neprostovoljnega zdravljenja s potrebo po zdravljenju, ob upoštevanju bolnikove potrebne sposobnosti za zavrnitev zdravljenja, ki s huje motenim bolezenskim uvidom nikakor ni podana.¹³¹¹ Bolnik, ki zaradi hude duševne motnje zavrača zdravljenje in predstavlja nevarnost za druge (njihovo življenje, zdravje ali premoženje), ima prav gotovo tudi potrebo po zdravljenju. Ocena uvida oz. huje motena presoja realnosti (iz katere izhaja nesposobnost obvladovati svoje ravnanje) bi morala imeti večjo težo. Z vidika človekovih pravic je vprašanje bolnikove sposobnosti za sprejemanje odločitev o zdravljenju ključno.¹³¹² O zaščiti avtonomije posameznika je nujno razmišljati tudi v smislu omogočanja zdravljenja, ki krepi možnost izbire in avtonomnega delovanja.¹³¹³

Pri potencialni eliminaciji nevarnostnega kriterija se postavlja vprašanje, kako ukrepati v primeru bolnikove zadostne sposobnosti za zavrnitev zdravljenja duševne motnje, zaradi katere je nevaren drugim. Nenazadnje sodi med dolžnosti države tudi zagotavljanje javne varnosti. Glede tega se lahko naslonimo na Priporočilo Sveta Evrope iz leta 2004,¹³¹⁴ ki predvideva tudi neprostovoljno zdravljenje »kompetentnih« bolnikov tedaj (in samo tedaj, ko) duševna motnja predstavlja hudo tveganje za varnost osebe ali drugega in na voljo ni manj restriktivnih ukrepov. Tudi samomorilnost je torej zajeta v tem priporočilu (hudo tveganje za varnost osebe), glede

¹³¹⁰ Izhajam predvsem iz spoznanj v poglavjih 2.2.1.1 in 2.2.1.2; glej tudi poglavja 2.3, 4.4.1 in 4.4.2.

¹³¹¹ Glej prvo poglavje, specifično 1.2.1 in 1.3.1.

¹³¹² Glej poglavje 4.1 (str. 170-173).

¹³¹³ Glej poglavja 2.2.1.1 (str. 97-99), 4.3 (str. 178-182) in 4.4.1.

¹³¹⁴ Council of Europe, *Recommendation No. Rec. (2004)10, Concerning the Protection of Human Rights and Dignity, Art. 18.*

samomorilnosti sicer že zdaj (ne glede na obstoječe različne zakonske kriterije v nacionalnih zakonodajah) obstaja konsenz o ukrepanju.

c) V kolikor trenutno ne moremo razmišljati o ravno predlagani vsebinski spremembi ZDZdr na točki utemeljevanja neprostovoljne hospitalizacije, bi bilo najmanj nujno potrebno »razvezati« kriterije za nujni in redni postopek. Aktualno sta ta dva proceduralno ločena postopka vsebinsko identično utemeljena v 39. členu. Nekatere države vsebinsko razlikuje med obema pristopoma.¹³¹⁵ Tako bi bilo smiselno v rednem postopku spremeniti dikcijo 39. člena v alineji »če ogroža svoje življenje ali življenje drugih ali če huje ogroža svoje zdravje ali zdravje drugih ali povzroča hudo premoženjsko škodo sebi ali drugim«. Navedeno bi morali nadomestiti npr. s »potrebo po zdravljenju hude duševne motnje kot skrajnega ukrepa zaradi resnega ogrožanja duševnega zdravja«. Taka minimalna sprememba dikcije lahko pomembno spremeni dostopnost do zdravljenja »nenevarnim« bolnikom, ki nezdravljeni bolezensko in psihosocialno propadajo. Moment hujšega ogrožanja svojega zdravja bi morali »razširiti« v smislu potrebe po zdravljenju zaradi siceršnjega napredovanja hude duševne motnje, eventualno ob upoštevanju dodatnih pogojev, kot je to npr. huje moten bolezenski uvid kot razlog zavračanja zdravljenja. Tudi ECtHR v sodbi *Pleso proti Madzarski*¹³¹⁶ navaja, da je prav grožnja poslabšanja zdravstvenega stanja ob zavračanju zdravljenja lahko zadostna osnova za neprostovoljno zdravljenje (brez nujnega primera). Za tak pristop imamo tudi dovolj empiričnih podatkov – študije konsistentno dokazujejo, da je pri hudih duševnih motnjah ključno čimprejšnje zdravljenje.¹³¹⁷

Dopuščam možnost, da za tovrstno spremembo prakse pravzaprav ne bi bila potrebna sprememba besedila ZDZdr. Morda sta v praksi problematična »dokazovanje« izvedencev, da bolnika, ki ni neposredno nevaren, nezdravljena bolezen vendarle lahko *huje* ogroža, in nezadostna pozornost na pomanjkljiv bolezenski uvid, ki bolniku vsakršen drug (prostovoljni) dostop do zdravljenja onemogoča. Z ZDZdr se je oblikovala določena praksa, ki morda prav zaradi vsebinskega nerazlikovanja med pogoji za redni in nujni postopek ni dovolj pozorna na bolnikovo bolezensko nezmožnost, da na kakršen koli način izkoristi svojo pravico do zdravljenja. Posledično predlagam široko diskusijo (tako znotraj psihiatrične stroke kot v širšem, medicinsko-pravno-filozofskem okviru) o izpostavljeni problematiki. Tako o pomenu nezdravljene hude duševne motnje za posameznika, specifično o pomenu pomanjkljivega ali

¹³¹⁵ Glej poglavji 2.2. (str. 93-94) in 2.3 (str. 108-109).

¹³¹⁶ Glej poglavje 4.1 (str. 171-172).

¹³¹⁷ Glej poglavje 2.2.1.1 (str. 99).

celo odsotnega bolezenskega uvida, ki predstavlja ključno komponento bolnikove nesposobnosti za kompetentno zavrnitev zdravljenja. Bolezenski uvid klinično zanesljivo ocenjujemo,¹³¹⁸ posameznik, ki zaradi pomanjkljivega bolezenskega uvida ni sposoben sprejeti odločitve o zdravljenju, pa bi moral biti zaradi zmanjšane avtonomije in ranljivosti obravnavan s posebno pozornostjo. V trenutni situaciji bi to pomenilo najmanj, da bi morala imeti tudi alineja 39. člena, ki govori o bolnikovi »hujše moteni presoji realnosti in sposobnosti obvladovati ravnanje« pri posamični interpretaciji okoliščin in odločitvi o neprostovoljnem zdravljenju večjo težo. Na ta način bi tehtanje v luči varovanja človekovih pravic od izrazitega varovanja prostosti in pravice do zavrnitve zdravljenja (ob nezadostnem upoštevanju dejstva, da je sposobnost zavrnitve kompromitirana) prevesili nekoliko bolj v smer zaščite pravice do najvišjega dostopnega standarda zdravja.¹³¹⁹

2. Dolgoročni predlogi v slovenskem prostoru

Dolgoročno (dolgoročno zgolj zaradi v tem primeru potrebe po večjih spremembah) bi morali iskati rešitve v smeri poenotenja kriterijev za neprostovoljno zdravljenje (zdravljenje brez soglasja bolnika) v ZPacP in ZDZdr. Zakoreninjena družbena ambivalenca do duševnih bolnikov vzdržuje dvojne standarde obravnave za bolnike s telesnimi in duševnimi obolenji. Oblikovati bi morali enotno zakonodajo za telesno in duševno zdravje,¹³²⁰ neenotni kriteriji postavljajo bolnike z duševnimi motnjami v neenakopraven položaj, so zanje diskriminatorni in poglobljajo stigmato. Neprostovoljno zdravljenje bolnikov (oz. v tem kontekstu bolje, zdravljenje brez privolitve bolnika) bi lahko enotno uredili znotraj obstoječega ZPacP. Pogoji za vse bolnike bi morali biti enaki in torej izhajati iz oškodovane sposobnosti za sprejemanje odločitev o zdravljenju in bolnikove največje koristi (ne glede na telesni ali duševni vzrok). Alternativno je možna ureditev tega vprašanja v ločenem zakonu po primeru integriranega *fusion law*-a – v smislu zakona o kompetenci oz. oškodovane sposobnosti sprejemanja odločitev o zdravljenju. Z vidika človekovih pravic je vprašanje sposobnosti za sprejemanje odločitev o zdravljenju ključno in v zakonodajah izrazito pomanjkljivo urejeno.¹³²¹ Različni pristopi v odnosu do zdravljenja bolnikov s telesnimi in duševnimi motnjami so do slednjih diskriminatorni. To je pomembno tudi v prizadevanjih za zmanjševanje stigme, povezane z duševno motnjo.

¹³¹⁸ Natančno opredeljeno v poglavjih 1.3 in 1.3.1.

¹³¹⁹ Glej poglavja 4.4, 4.4.1 in 4.4.2.

¹³²⁰ Glej tudi E. R. Saks, 2000 (str. 70-72) in poglavje 2.2.2.

¹³²¹ Glej predvsem poglavje 4.1 (str. 170-173).

3. Razmislek o možnostih uskladitve evropskih pristopov glede neprostovoljnega zdravljenja

Tretja raven predlogov pričakovano predstavlja »najtrši oreh«. Gre za razmislek o možnosti uskladitve evropskih zakonodaj.¹³²² Pravni (nenazadnje pa tudi zdravstveni) sistemi se med državami tako pomembno razlikujejo,¹³²³ da aktualno o možnosti uskladitve ni moč govoriti. Menim, da bi bila ena (in s tem »najpreprostejša«) izmed možnosti eliminacija nevarnostnega kriterija in poenoteno izhajanje iz bolnikove potrebe po zdravljenju v evropskih nacionalnih zakonodajah o duševnem zdravju. Taka ureditev bi omogočala dovolj prostora tudi za kulturno senzitivne in primerne interpretacije kriterija potrebe po zdravljenju.

Druga izmed možnosti, ki se nakazujejo, je v prejšnji točki omenjena enotna ureditev znotraj zakona, ki v središče presoje postavi bolnikovo oškodovano sposobnost sprejemanja odločitev in njegovo največjo korist. Realne (pravne) možnosti tovrstne ureditve presegajo moj domet, nenazadnje imajo nekatere države že zdaj ločene »zakone o kompetenci«. Pogosta kritika (npr. na primeru Nemčije) pa je, da se nekonsistentno in alternativno uporabljajo.

Spremembo paradigme na področju duševnega zdravja pa bi pravzaprav pomenila šele tretja možnost – implementacija predloga B. D. Kellyja o umestitvi koncepta dostojanstva v središče zakonodaj.¹³²⁴ V konkretnem primeru bi to pomenilo, da sodišča tehtajo med vplivi na dostojanstvo v primeru neprostovoljnega zdravljenja v. opustitve zdravljenja. Da bi tako korenito spremembo paradigme lahko izvedli, bi seveda morali poglobiti razumevanje dostojanstva v specifični okoliščini neprostovoljnega zdravljenja (v določeni kulturi oz. družbi), na kar opozarja N. Jacobson.¹³²⁵ Nujna je analiza dostojanstva v konkretnih okoliščinah (neprostovoljno zdravljenje v. opustitev zdravljenja hude duševne motnje). Kot smo videli, se evropska bioetika zadnja leta intenzivneje ukvarja z interpretacijami načel dostojanstva, avtonomije, ranljivosti in integritete, ki delujejo soodvisno, zato posameznih načel ne moremo obravnavati izolirano. Tako v (bio)pravu kot v bioetiki (z njo tudi medicinski etiki) se kombinirajo vidiki intrinzičnega in socialnega dostojanstva.¹³²⁶ Nujne so poglobljene interdisciplinarne teoretične in empirične raziskave (prav pomanjkanje empiričnih rezultatov se kontinuirano izpostavlja kot ovira na poti sprememb). Aktualno je načelo dostojanstva v evropskih zakonodajah razumljeno in institucionalizirano zelo različno,¹³²⁷ možnega

¹³²² Evropska komisija je k uskladitvi zakonodaj na tem področju pozvala že leta 2002 (Salize idr., 2002, 148).

¹³²³ Glej poglavji 2 (str. 72-74) in 4.3 (str. 182-183).

¹³²⁴ Kelly, 2014, 79 (glej poglavje 3.2.5, str. 155).

¹³²⁵ Jacobson, 2009 (glej poglavje 3.2.4).

¹³²⁶ Glej poglavje 3 (str. 125, 128-129).

¹³²⁷ Glej Jacobson, 2007, 298 (poglavje 3, str. 128-129).

poenotenja pa ni na vidiku. Postavitev kriterija dostojanstva v zakonodaje o duševnem zdravju nosi v sebi še eno past: nevarnost, da na ta način še naprej vzdržujemo preživelo dihotomijo med telesnim in duševnim zdravjem in spet neenakopravno obravnavamo »ene« ali »druge« bolnike.

Ne glede na to, kakšen bo zakon, v njem glede odločanja o neprostovoljnem zdravljenju nikoli ne bo vsega zapisanega. Vedno bo potrebno v individualnem primeru tehtati med različnimi možnostmi zdravljenja, potrebami ter pravicami posameznih bolnikov (kot tudi presojeti o sorazmernosti posega vanje) in tako s pomočjo strokovno utemeljene psihiatrične kot tudi pravne interpretacije vseh okoliščin odločati v največjo korist bolnika.¹³²⁸ Etične dileme bodo vedno žive in bodo klicale po našem iskanju odgovora nanje.

¹³²⁸ Koprivnik, 2020, 129.

LITERATURA

1. Adshead, G. (1999): »Duties of psychiatrists: treat the patient or protect the public?«, *Advances in Psychiatric Treatment*, 5, 321-328.
2. Amador, X. F., Strauss, D. H., Yale, S. A., Flaum, M. M., Edincott, J., Gorman, J. M. (1993): »Assessment of Insight in Psychosis«, *American Journal of Psychiatry*, 150(6), 873-879.
3. Amador, X. (2006): *Poor Insight in Schizophrenia: Overview and Impact on Medication Compliance*. Dostopno prek: <https://mentalillnesspolicy.org/medical/poor-insight-in-schizophrenia-overview-and-impact-on-medication-compliance-pdf.html> (28. oktober 2019).
4. Amador, X. F., Kronengold, H. (2006): »Understanding and assessing insight«, v: Amador, X. F., David, A. S., ur., *Insight and psychosis: Awareness of illness in schizophrenia and related disorders*, Oxford University Press, Oxford, 3-30.
5. Amador, X. F. (2013): *Nisem bolan, ne potrebujem pomoči!: kako človeku z duševno boleznijo pomagamo, da sprejme zdravljenje*, Celje, Celjska Mohorjeva družba.
6. American Psychiatric Association (2013): *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed.). Washington DC: Author.
7. American Psychiatric Association (2019): *Resource Document on Decisional capacity Determinations in Consultation-Liaison Psychiatry: A Guide for the General Psychiatrist*. Dostopno prek: <https://www.psychiatry.org/psychiatrists/search-directories-databases/library-and-archive/resource-documents> (20. februar 2018).
8. Appelbaum, P. S., Grisso, T. (1995a): »The MacArthur Treatment Competence Study I; Abilities of Patients to Consent to Psychiatric and Medical Treatments«, *Law and Human Behaviour*, 19(2), 149-174.
9. Appelbaum, P. S., Grisso, T. (1995b): »The MacArthur Treatment Competence Study III; Mental Illness and Consent to Treatment«, *Law and Human Behaviour*, 19(2), 105-126.
10. Appelbaum, P. S. (2007): »Assessment of Patients' Competence to Consent to Treatment«, *New English Journal of Medicine*, 357, 1834-1840.

11. Appelbaum, P. S. (2016): »Protecting the Rights of Persons With Disabilities: An International Convention and Its Problems«, *Psychiatric Services*, 67(4), 366-368.
12. Appignanesi, L. (2008): *Mad, Bad and Sad*, London, Virago Press.
13. Ashcroft, R. (2004): »Making sense of dignity«, *Journal of Medical Ethics*, 31, 679-682.
14. Austin, W. J., Kagan, L., Rankel, M., Bergum, V. (2008): »The balancing act: psychiatrists' experience of moral distress«, *Medicine, Health Care and Philosophy*, 11, 89-97.
15. Balaguer, M. (2014): *Free will*, Cambridge, Massachusetts Institute of Technology.
16. Balažic, J., Brulc, U., Ivanc, B., Korošec, D., Kralj, K., Novak, B., Pirc Musar, N., Robida, A. (2009): *Zakon o pacientovih pravicah (ZPacP) s komentarjem*, Ljubljana, GV Založba.
17. Ban, T. A. (2001): »Pharmacotherapy of mental illness – a hystorical analysis«, *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry*, 25, 709-727.
18. Barrios Flores, L. F., Torres-Gonzalez, F. (2006): »Legal Report – Spain«, v: Kallert, T. W., Torres-Gonzalez, F., ur., *Legislation on Coercive Mental Health Care in Europe: Legal Documents and Comparative Assessment of Twelve European Countries*, Peter Lang GmbH, Europäischer Verlag der Wissenschaften, Frankfurt am Main, 293-324.
19. Bartlett, P., Lewis, O., Thorold, O. (2007): *Mental Disability and the European Convention of Human Rights*, Leiden, Koninklijke Brill NV.
20. Bartlett, P. (2012): »A mental disorder of a kind or degree warranting confinement: Examining justifications for psychiatric detention«, *International Journal of Human Rights*, 16(6), 831-844.
21. Battams, S., Henderson, J. (2010): »The physical health of people with mental illness and 'the right to health'«, *Advances in Mental Health*, 9, 116-129.
22. Beauchamp, T. L. (2009): »The philosophical basis of psychiatric ethics«, v: Bloch, S., Green, S. A., ur., *Psychiatric ethics*, Oxford University Press, Oxford, 25-48.
23. Beauchamp, T. L., Childress, J. F. (2013): *Principles of Biomedical Ethics*, Oxford, Oxford University Press.
24. Beck, A. T., Warman, M. (2006): »Cognitive insight: theory and assessment«, v: Amador, X. F., David, A. S., ur., *Insight and psychosis: Awareness of illness in schizophrenia and related disorders*, Oxford University Press, Oxford, 79-87.

25. Berg, J. W., Appelbaum, P. S., Grisso, T. (1996): »Constructing competence: formulating standards of legal competence to make medical decisions«, *Psychiatry Publications and Presentations*, 308, 345-396.
26. Berrios, G. E., Markova I. S. (2006): »Insight in the psychoses: a conceptual history«, v: Amador, X. F., David, A. S., ur., *Insight and psychosis: Awareness of illness in schizophrenia and related disorders*, Oxford University Press, Oxford, 31-50.
27. Beyleveld, D., Brownsword, R. (2001): *Human dignity in bioethics and biolaw*, Oxford, Oxford University Press.
28. Bhugra, D. (2008): »Renewing psychiatry's contract with society«, *Psychiatric Bulletin*, 32, 281-283.
29. Bhugra, D., Tasman, A., Pathare, S., Priebe, S., Smith, S., Torus, J., Arbuckle, M. R., Langford, A., Alarcon, R. D., Fung Kum Chiu, H., First, M. B., Kay, J., Sunkel, C., Thapar, A., Udomratn, P., Baingana, F. K., Kestel, D., Man Kin Ng, R., Patel, A., De Picker, L., Julius McKenzie, K., Moussaoui, D., Muijen, M., Barlett, P., Davison, S., Exworthy, T., Loza, N., Rose, D., Torales, J., Brown, M., Christensen, H., Firth, J., Keshavan, M., Li, A., Onnela, J.-P., Wykes, T., Elkholy, H., Kalra, G., Lovett, K. F., Travis, M. J., Ventriglio, A. (2017): »The WPA-Lancet Psychiatry Commission on the Future of Psychiatry«, *Lancet Psychiatry*, 4 (10), 775-818.
30. Birgden, A. (2004): »Therapeutic jurisprudence and responsivity: finding the will and the way in offender rehabilitation«, *Psychology, Crime & Law*, 10(3), 283-295.
31. Bloch, S., Green, S. A. (2006): »An ethical framework for psychiatry«, *British Journal of Psychiatry*, 188, 7-12.
32. Boban, J., Muralidhar, D. (2014): »Insight: A genuine factor for impoverment in person with psychosis«, *IOSR Journal of Humanities And Social Science*, 19(10), 53-58.
33. Bonsack, C., Borgeat, F. (2005): »Perceived coercion and need for hospitalization related to psychiatric admission«, *International Journal of Law and Psychiatry*, 28, 342-247.
34. Buchanan, A. (2004): »Mental capacity, legal competence and consent to treatment«, *Journal of the Royal Society of Medicine*, 97, 415-420.

35. Buchanan, A., Wessely, S. C. (2006): »Delusions, action, and insight«, v: Amador, X. F., David, A. S., ur., *Insight and psychosis: Awareness of illness in schizophrenia and related disorders*, Oxford University Press, Oxford, 283-310.
36. Burns, L. (2008): »What is the scope for the interpretation of dignity in research involving human subjects?«, *Medicine, Health Care and Philosophy*, 11, 191-208.
37. Butcher, A. P. (2000): »The Relative Irrelevance of Human Rights for the Care and Protection of the Mentally Ill«, *Australian Journal of Political Science*, 35(1), 85-97.
38. Cairns, R., Maddock, C., Buchanan, A., David, A. S., Hayward, P., Richardson G., Szmukler, G., Hotopf, M. (2005): »Prevalence and predictors of mental incapacity in psychiatric in-patients«, *British Journal of Psychiatry*, 187, 379-385.
39. Cerminara, K. L. (2019): »Therapeutic jurisprudence's future in health law: Bringing the patient back into the picture«, *International Journal of Law and Psychiatry*, 63, 56-62.
40. Chadwick, R., Aindow, G. (2004): »Treatment and research ethics«, v: Radden, J., ur., *The philosophy of psychiatry: A companion*, Oxford University Press, Oxford, 282-295.
41. Committee on the Rights of Persons with Disabilities, Eleventh Session, *General Comment No.1 (2014), Article 12: Equal recognition before law*. Dostopno prek: <http://psychrights.org/Countries/UN/140519CRPDGenCommentNo1.pdf> (5. oktober 2018).
42. Council of Europe, Committee of Ministers, *Recommendation No.Rec.(2004)10 of the Committee of Ministers to member states concerning the protection of the human rights and dignity of persons with mental disorders and its Explanatory Memorandum*. Dostopno prek: [https://www.coe.int/t/dg3/healthbioethic/activities/08_psychiatry_and_human_rights_en/Rec\(2004\)10%20EM%20E.pdf](https://www.coe.int/t/dg3/healthbioethic/activities/08_psychiatry_and_human_rights_en/Rec(2004)10%20EM%20E.pdf) (29. februar 2020).
43. Conrady, J., Roeder, T. (2006): »The Legal Point of view: Comparing Differences of Legal Regulations Related to Involuntary Admission and Hospital Stay in Twelve European Countries«, v: Kallert, T. W., Torres-Gonzalez, F., ur., *Legislation on Coercive Mental Health Care in Europe: Legal Documents and Comparative Assessment of Twelve European Countries*, Peter Lang GmbH, Europäischer Verlag der Wissenschaften, Frankfurt am Main, 349-374.

44. Cornescu, A. V. (2009): »The generations of human's rights«, *Days of law: the Conference Proceedings*, Brno: Masaryk University. Dostopno prek: https://www.law.muni.cz/sborniky/dny_prava_2009/files/prispevky/tvorba_prava/Cornescu_Adrian_Vasile.pdf (5. maj 2020).
45. Cuesta, M. J., Peralta, V., Zarzuela, A. (2000): »Reappraising insight in psychosis: Multi-scale longitudinal study«, *The British Journal of Psychiatry*, 177, 233-240.
46. Culver, C. M., Gert, B. (2004): »Competence«, v: Radden, J., ur., *The philosophy of psychiatry, A companion*, Oxford University Press, Oxford, 258-270.
47. Čelofiga, A. (2009): *Zakon o duševnem zdravju. Sprejem in obravnava pacienta na oddelku pod posebnim nadzorom, prikaz primera*. Specialistična naloga. Univerzitetna psihiatrična klinika Ljubljana, december.
48. Dabrowski, S., Kiejna, A., Rymaszewska, J. (2006): »Legal Report – Poland«, v: Kallert, T. W., Torres-Gonzalez, F., ur., *Legislation on Coercive Mental Health Care in Europe: Legal Documents and Comparative Assessment of Twelve European Countries*, Peter Lang GmbH, Europäischer Verlag der Wissenschaften, Frankfurt am Main, 375-400.
49. Danzer, G., Wilkus-Stone, A. (2015): »The give and take of freedom: The role of involuntary hospitalization and treatment in recovery from mental illness«, *Bulletin of Menninger Clinic*, 79(3), 255-280.
50. Dassa, D., Boyer, L., Benoit, M., Bourcet, S., Raymondet, P., Bottai, T. (2010): »Factors associated with medication non-adherence in patients suffering from schizophrenia: a cross-sectional study in a universal coverage health-care system«, *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 44, 921-928.
51. David, A. S. (1990a): »Insight and Psychosis«, *British Journal of Psychiatry*, 156, 798-808.
52. David, A. S. (1990b): »On insight and psychosis: discussion paper«, *Journal of the Royal Society of Medicine*, 83, 325-329.
53. David, A. S., Van Os, J., Jones, P., Harvey, I., Foerster, A., Fahy, T. (1995): »Insight and Psychotic Illness, Cross-sectional and Longitudinal Associations«, *British Journal of Psychiatry*, 167, 621-628.

54. David, A. S. (2006): »The clinical importance of insight: An overview«, v: Amador, X. F., David, A. S., ur., *Insight and psychosis: Awareness of illness in schizophrenia and related disorders*, Oxford University Press, Oxford, 259-392.
55. Dawson, J., Szmukler, G. (2006): »Fusion of mental health and incapacity legislation«, *British Journal of Psychiatry*, 188, 504-509.
56. Di Lorenzo, R., Cabri, G., Carretti, E., Galli, G., Giambalvo, N., Rioli, G., Saraceni, S., Spiga, G., Del Giovane, C., Ferri, P. (2017): »A preliminary study of Patient Dignity Inventory validation among patients hospitalized in an acute psychiatric ward«, *Neuropsychiatric Disease nad Treatment*, 13, 177-190.
57. Donnelly, M. (2006): *Autonomy, Capacity and the Limitations of Liberalism: An Explanation of the Law Relating to Treatment Refusal*. Doktorska disertacija. Law School, University of Wales, Cardiff, avgust. Dostopno prek: <https://search.proquest.com/docview/1370356739?accountid=163837> (10.11.2018).
58. Duarte Gigante, A., Castel, S. (2004): »Insight into schizophrenia: a comparative study between patients and family members«, *Sao Paulo Medical Journal*, 122(6), 246-251.
59. ECtHR, *Guide on Article 5 of the European Convention on Human Rights, Right to Liberty and Security*, 2020. Dostopno prek: https://www.echr.coe.int/Documents/Guide_Art_5_ENG.pdf (19. maj 2020).
60. *European Convention on Human Rights*, 1950. Dostopno prek: https://www.echr.coe.int/Documents/Convention_ENG.pdf (29. februar 2020).
61. European Union Agency for Fundamental Rights, *Involuntary placement and involuntary treatment of persons with mental health problems*, 2012. Dostopno prek: <https://fra.europa.eu/en/publication/2012/involuntary-placement-and-involuntary-treatment-persons-mental-health-problems> (4. december 2020).
62. *Evropska konvencija o varstvu človekovih pravic in temeljnih svoboščin*. Ur.l. RS (13.6.1994) MP, št. 7-41/1994 (RS 33/1994). Dostopno prek: <http://www.varuh-rs.si/pravni-okvir-in-pristojnosti/mednarodni-pravni-akti-s-podrocja-clovekovih-pravic/svet-evrope/evropska-konvencija-o-varstvu-clovekovih-pravic-in-temeljnih-svoboscin/> (2. januar 2019).

63. Evropska unija. *Zdravje*. Dostopno prek: https://europa.eu/european-union/topics/health_sl (5. marec 2018).
64. Feldman, D. (2002): *Civil Liberties and Human Rights in England and Wales*, Oxford, Oxford University Press.
65. Fennig, S., Rabinowitz, J., Fennig, S. (1999): »Involuntary First Admission of Patients With Schizophrenia as a Predictor of Future Admissions«, *Psychiatric Services*, 50(8), 1049-1052.
66. Fiorillo, A., De Rosa, C., Del Vecchio, V., Jurjanž, L., Schnall, K., Onchev, G., Alexiev, S., Raboch, J., Kalisova, L., Mastrogianni, A., Georgidou, E., Solomon, Z., Dembinskas, A., Raskauskas, V., Nawka, P., Nawka, A., Kiejna, A., Hadrys, T., Torres-Gonzales, F., Mayoral, F., Björkdahl, A., Kjellin, L., Priebe, S., Maj, M., Kallert, T. (2011): »How to improve clinical practice on involuntary hospital admissions of psychiatric patients: Suggestions from the EUNOMIA study«, *European Psychiatry*, 201-207.
67. Foster, C. (2011): *Human Dignity in Bioethics and Law*, Oxford, Hart Publishing.
68. Frankl, V. E. (2014): *Volja do smisla: osnove in raba logoterapije*, Celje, Celjska Mohorjeva družba, Društvo Mohorjeva družba.
69. Freeman, M. C., Kolappa, K., de Almeida, J. M. C., Kleinman, A., Makhasvili, N., Phakathi, S., Saraceno, B., Thornicroft, G. (2015): »Reversing hard won victories in the name of human rights: A critique of the General Comment on Article 12 of the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities«, *Lancet Psychiatry*, 2(9), 844-850.
70. Freyenhagen, F., O'Shea, T. (2013): »Hidden substance: mental disorder as a challenge to normatively neutral accounts of autonomy«, *International Journal of Law in Context*, 9(1), 53-70.
71. Fulford, B. K. W. M. (2006): »Insight and delusion: from Jaspers to Kraepelin and back via Austin«, v: Amador, X. F., David, A. S., ur., *Insight and psychosis: Awareness of illness in schizophrenia and related disorders*, Oxford University Press, Oxford, 51-78.
72. Funk, M. K., Drew, N. J. (2015): »Mental health legislation«, *Eastern Mediterranean Health Journal*, 21(7), 527-530.
73. Geller, J. L. (2012): »Patient-Centered, Recovery-Oriented Psychiatric Care and Treatment Are Not Always Voluntary«, *Psychiatric Services*, 63(5), 493-495.

74. Ghaemi, S. N., Rosenquist, K. J. (2006): »Insight in mood disorders: an empirical and conceptual review«, v: Amador, X. F., David, A. S., ur., *Insight and psychosis: Awareness of illness in schizophrenia and related disorders*, Oxford University Press, Oxford, 101-115.
75. Ghebreyesus, T. A. (2017): *Health is a fundamental human right*. Dostopno prek: <http://www.who.int/mediacentre/news/statements/fundamental-human-right/en/> (7. oktober 2018).
76. Gilibert, P. (2018): *Human Dignity and Human Rights*, Oxford, Oxford University Press.
77. Gilson, E. C. (2014): *The Ethics of Vulnerability: A Feminist Analysis of Social Life and Practice*, London and New York, Routledge Taylor & Francis Group.
78. Grisso, T., Appelbaum, P. S., Mulvey, E. P., Flketcher, K. (1995): »The MacArthur Treatment Competence Study II; Measures of Abilities Related to Competence to Consent to Treatment«, *Law and Human Behaviour*, 19(2), 127-148.
79. Goffman, E. (1961): *Asylums: Essays on the social situations of mental patients and other inmates*, London, Penguin books.
80. Gorjup, Š. (2011): *Procesni vidik prisilne hospitalizacije po Zakonu o duševnem zdravju*. Diplomsko delo. Pravna fakulteta Univerze v Mariboru, september.
81. Gostin, L. O. (2000): »Human Rights of Persons With Mental Disabilities, The European Convention of Human Rights«, *International Journal of Law and Psychiatry*, 23(2), 125-159.
82. Gostin, L. O. (2001): »Beyond Moral Claims: A Human Rights Approach in Mental Health«, *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*, 10, 264-274.
83. Gostin, L. O., Gable, L. (2004): »The Human Rights of Persons with Mental Disabilities: A Global Perspective on the Application of Human Rights Principles to Mental Health«, *Georgetown Law Faculty Publications and Other Works*, 98, 20-121. Dostopno prek: <https://scholarship.law.georgetown.edu/facpub/98/> (4. maj 2020).
84. *H. L. v. United Kingdom*, 2004. Dostopno prek: <https://www.globalhealthrights.org/health-topics/health-systems-and-financing/h-l-v-united-kingdom-2/> (17. maj 2020).

85. Hamann, J., Heres, S. (2014): »Adapting Shared Decision Making for Individuals With Severe Mental Illness«, *Psychiatric Services*, 16(12), 1483-1486.
86. Hansson, M. O. (1998): »Balancing the quality of consent«, *Journal of Medical Ethics*, 24, 182-187.
87. Harding, T. W. (2000): »Human rights law in the field of mental health: a critical review«, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 101, 24-30.
88. Harris, S. (2012): *Free will*, New York, Free Press.
89. Haugen, H. M. (2010): »Inclusive and relevant language: the use of the concepts of autonomy, dignity and vulnerability in different contexts«, *Medicine, Health Care and Philosophy*, 13, 203-213.
90. Hope, T. (2014): *Medicinska etika: Zelo kratek uvod*, Ljubljana, Založba Krtina.
91. Hotopf, M. (2005): »The assessment of mental capacity«, *Clinical Medicine*, 5(6), 580-584.
92. Høyer, G. (2000): »On the justification for civil commitment«, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 101, 65-71.
93. Hunt, P., Mesquita, J. (2006): »Mental disabilities and the human right to the highest attainable standard of Health«, *Human Rights Quarterly*, 28(2), 332-356. Dostopno prek: <https://search.proquest.com/docview/204516889?accountid=163837> (10. november 2018).
94. Isaac, R. J., Armat, V. C. (1990): *Madness in the streets: how psychiatry and the law abandoned the mentally ill*, New York, The Free Press.
95. Israelsson, M., Nordlöf, K., Gerdner, A. (2015): »European laws on compulsory commitment to care of persons suffering from substance use disorders or misuse problems – a comparative review from a human and civil rights perspective«, *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 10, 34. Dostopno prek: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4551703/> (5. maj 2020).
96. Jacobson, N. (2007): »Dignity and health: A review«, *Social Science & Medicine*, 64, 292-302.
97. Jacobson, N. (2009): »A taxonomy of dignity: a grounded theory study«, *BMC International Health and Human Rights*, 9, 3. Dostopno prek:

- <https://bmcinthealthhumrights.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-698X-9-3> (25. april 2020).
98. Jaeger, S., Pfiffner, C., Weiser, P., Längle, G., Croissant, D., Schepp, W., Kilian, R., Becker, T., Eschweiler, G., Steinert, T. (2013): »Long-term effects of involuntary hospitalization on medication adherence, treatment engagement and perception of coercion«, *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 48, 1787-1796.
99. Janković, J., Yeeles, K., Katsakou, C., Amos, T., Morriss, R., Rose, D., Nichol, P., McCabe, R., Priebe, S. (2011): »Family Caregivers' Experiences of Involuntary Psychiatric Hospital Admissions of Their Relatives – a Qualitative Study«, *PloS ONE*, 6(10), e25455.
100. Jařab, J. (2015): »Psychiatry and human rights: a difficult relationship, but with a growing potential«, *Neuropsychiatry*, 29, 106-111.
101. Jaspers, K. (1913): *Allgemeine Psychopathologi: Ein Leitfaden für Studierende, Ärzte und Psychologen*, Berlin, Verlag von Julius Springer.
102. Jecker, N., Reich, W. T. (2004): »Contemporary ethics of care«, *Encyclopedia of Bioethics 3rd Ed., Vol. 1*, 367-374. Dostopno prek: https://www.researchgate.net/publication/292797287_Contemporary_ethics_of_care (20. februar 2019).
103. Johansson, I. M., Lundman, B. (2002): »Patients' experience of involuntary psychiatric care: good opportunities and great losses«, *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 9, 639-647.
104. Kallert, T. W., Glöckner, M., Onchev, G., Raboch, J., Karastergiou, A., Solomon, Z., Magliano, L., Dembinkas, A., Kiejna, A., Nawka, P., Torres-Gonzalez, F., Priebe, S., Kjellin, L. (2005): »The EUNOMIA project on coercion in psychiatry: study design and preliminary data«, *World Psychiatry*, 4(3), 168-172.
105. Kallert, T. W., Torres-Gonzalez, F. (2006): »Introduction«, v: Kallert, T. W., Torres-Gonzalez, F., ur., *Legislation on Coercive Mental Health Care in Europe: Legal Documents and Comparative Assessment of Twelve European Countries*, Peter Lang GmbH, Europäischer Verlag der Wissenschaften, Frankfurt am Main, 9-18.
106. Kallert, T. W., Rymaszewska, J., Torres-Gonzalez, F. (2006): »The Clinical Point of view: Comparing Differences of Legal Regulations to Involuntary Admission and Hospital

Stay in Twelve European Countries«, v: Kallert, T. W., Torres-Gonzalez, F., ur., *Legislation on Coercive Mental Health Care in Europe: Legal Documents and Comparative Assessment of Twelve European Countries*, Peter Lang GmbH, Europäischer Verlag der Wissenschaften, Frankfurt am Main, 375-400.

107. Kallert, T. W., Rymaszewska, J., Torres-Gonzalez, F. (2007): »Differences of Legal Regulations Concerning Involuntary Psychiatric Hospitalization in Twelve European Countries: Implications for Clinical Practice«, *International Journal of Forensic Mental Health*, 6(2), 197-207.
108. Kallert, T. W., Glöckner, M., Schützwohl, M. (2008): »Involuntary vs. voluntary hospital admission, A systematic literature review on outcome diversity«, *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 258, 195-209.
109. Katsakou, C., Priebe, S. (2006): »Outcomes of involuntary hospital admission – a review«, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 114, 232-241.
110. Katsakou, C., Priebe, S. (2007): »Patient's experiences of involuntary hospital admission and treatment: A review of qualitative studies«, *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, 16(2), 172-178.
111. Katsakou, C., Rose, D., Amos, T., Bowers, L., McCabe, R., Oliver, D., Wykes, T., Priebe, S. (2012): »Psychiatric patients' views on why their involuntary hospitalisation was right or wrong: a qualitative study«, *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 47, 1169-1179.
112. *Kazenski zakonik (KZ-1-NPB4)*. Ur. l. RS 50/12 in 54/15. Dostopno prek: <https://zakonodaja.com/zakon/kz-1> (10. november 2019).
113. Kelly, B., D. (2013): *Human Rights Protection for the Mentally Ill Through Mental Health Law in England and Ireland*. Doktorska disertacija. School of Law, University of Leicester. Dostopno prek: <https://search.proquest.com/docview/1534978414?accountid=163837> (10. november 2018).
114. Kelly, B. D. (2014): »Dignity, human rights and the limits of mental health legislation«, *Irish Journal of Psychological Medicine*, 31, 75-81.

115. Kim, S. Y. H. (2006): »When Does Decisional Impairment Become Decisional Incompetence? Ethical and Methodological Issues in Capacity Research in Schizophrenia«, *Schizophrenia Bulletin*, 32, 92-97.
116. King, M., May, J. (2018): »Moral Responsibility & Mental Illness: A Call for Nuance«, *Neuroethics*, 11(1), 11-22.
117. Kious, B. M. (2015): »Autonomy and values: Why the Conventional Theory of Autonomy Is Not Value-Neutral«, *Philosophy, Psychiatry, and Psychology*, 22(1), 1-12.
118. Kirmyer, L. J., Corin E., Jarvis, E. G. (2006): »Inside knowledge: cultural constructions of insight in psychosis«, v: Amador, X. F., David, A. S., ur., *Insight and psychosis: Awareness of illness in schizophrenia and related disorders*, Oxford University Press, Oxford, 197-229.
119. Kisley, S. R., Campbell, L. A., O'Reilly, R. (2017): »Compulsory community and involuntary outpatient treatment for people with severe mental disorders«, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3, Art. No. CD004408. Dostopno prek: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD004408.pub5/full> (10. marec 2018).
120. *Konvencija o pravicah invalidov*. Dostopno prek: <https://www.un.org/development/desa/disabilities/convention-on-the-rights-of-persons-with-disabilities.html#Fulltext> (5. oktober 2018).
121. Koprivnik, P., Korošec Jagodič, H., Plemenitaš, A. (2017): »Elektrokonvulzivna terapija v Sloveniji – kje smo?«, *Viceversa*, 63, 20-23. Dostopno prek: <http://www.zpsih.si/media/documents/VV63.pdf> (18. marec 2019).
122. Koprivnik, P. (2020): »Raznoliki evropski pristopi k neprostovoljnemu psihiatričnemu zdravljenju«, *Anthropos: časopis za psihologijo in filozofijo ter za sodelovanje humanističnih ved*, 52(1-2), 111-132.
123. Kores-Plesničar B. (2007): *Osnove psihofarmakoterapije: Učbenik*, Maribor, Dravske tiskarne.
124. Korkeila, J. A., Tuohimaki, C., Kaltiala-Heino, R., Lehtinen, V., Joukamaa, M. (2002): »Predicting use of coercive measures in Finland«, *Nordic Journal of Psychiatry*, 56, 339-345.

125. Kress, K. J. (2006): »Why lack of insight should have a central place in mental health law«, v: Amador, X. F., David, A. S., ur., *Insight and psychosis: Awareness of illness in schizophrenia and related disorders*, Oxford University Press, Oxford, 257-279.
126. Kristovič, S. (2014): *Reševanje krize smisla sodobnega človeka: osnove logoterapije*, Celje, Celjska Mohorjeva družba.
127. Krušič Mate, Z. (2010): *Pravica do zasebnosti v medicini: zdravnikova pojasnilna dolžnost, pacientova informirana privolitev, varstvo osebnih podatkov*, Ljubljana, GV Založba.
128. Lacro, J. P., Dunn, L. B., Dolder, C. R., Leckband, S. G., Jeste, D. V. (2002): »Prevalence of and Risk Factors for Medication Nonadherence in Patients With Schizophrenia: A Comprehensive Review of Recent Literature«, *Journal of Clinical Psychiatry*, 63(10), 892-909.
129. Large, M. M., Ryan, C. J., Nielssen, O. B., Hayes, R. A. (2008a): »The danger of dangerousness: Why we must remove the dangerousness criterion from our mental health acts«, *Journal of Medical Ethics*, 34(12), 877-881.
130. Large, M. M., Nielssen, O., Ryan, S. J., Hayes, R. (2008b): »Mental health laws that require dangerousness for involuntary admission may delay the initial treatment of schizophrenia«, *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 43, 251-256.
131. Lawton-Smith, S., Dawson, J., Burns, T. (2008): »Community treatment orders are not a good thing«, *The British Journal of Psychiatry*, 193, 96-100.
132. Lepping, P. (2011): »Overestimating patients' capacity«, *British Journal of Psychiatry*, 199, 355-356.
133. Leung, W. C. (2002): »Human Rights Act 1998 and mental health legislation: implication for the management of mentally ill patients«, *Postgraduate Medical Journal*, 78, 178-181.
134. Lewis, O. (2002): »Protecting the Rights of People with Mental Disabilities: The European Convention on Human Rights«, *European Journal of Health Law*, 9, 293-320.
135. Lorem, G. F., Hem, M. H., Molewijk, B. (2014): »Good coercion: patients' moral evaluation of coercion in mental health care«, *International Journal of Mental Health Nursing*, 24(3), 231-240.

136. Lorenčič, M. (2009): »Vsak odloča o svojem življenju in svoji smrti«, *Dnevnik*, 28. 2. 2009. Dostopno prek: <https://www.dnevnik.si/1042248019> (30. september 2018).
137. Luhrmann, T. M. (2000): *Of two minds: the growing disorder in American psychiatry*, London, Picador.
138. Lukas, E. (2017): *Osnove logoterapije: človeška podoba in metode*, Celje, Celjska Mohorjeva družba.
139. Luo, C., Chen, H., Zhong, S., Gou, H., Li, Q., Cai, W., Girolamo, G., Zhou, J., Wang, X. (2019): »Manic episode, aggressive behaviour and poor insight are significantly associated with involuntary admission in patients with bipolar disorders«, *PeerJ* 7:e7339 DOI 10.7717/peerj.7339.
140. Lynch, G., Taggart, C., Campbell, P. (2017): »Mental Capacity Act (Northern Ireland) 2016«, *British Journal of Psychiatry Bulletin*, 353-357. Dostopno prek: <https://doi.org/10.1192/pb.bp.117.056945> (5. oktober 2018).
141. Macklin, R. (2003): »Dignity is a useless concept«, *British Medical Journal*, 327, 1419.
142. Mager, I. (2008): »Zakon o duševnem zdravju«, *Viva, portal za boljše življenje*. Dostopno prek: <https://www.viva.si/Psihiatrija/2955/zakon-o-du%C4%B9a1evnem-zdravju/> (15. februar 2020).
143. Magliano, L., Fadden, G., Madianos, G., Caldas de Almeida, J. M., Held, T., Guarneri, M., Marasco, C., Tosini, P., Maj, M. (1998): »Burden on the families of patients with schizophrenia: results of the BIOMED I study«, *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 333, 405-412.
144. Marcus, P. (2019): »The Israel Family Court – Therapeutic jurisprudence and jurisprudential therapy from the start«, *International Journal of Law and Psychiatry*, 63, 68-75.
145. Marneros, A. (2008): »Psychiatry's 200th birthday«, *The British Journal of Psychiatry*, 193, 1-3.
146. Marshall, M., Lewis, S., Lockwood, A., Drake, R., Jones, P., Croudace, T. (2005): »Association Between Duration of Untreated Psychosis and Outcome in Cohorts of First-Episode Patients«, *Archives of General Psychiatry*, 62, 975-983.

147. Martinez, R. (2009): »Narrative ethics«, v: Bloch, S., Green, S. A., ur., *Psychiatric ethics*, Oxford University Press, Oxford, 49-60.
148. McEvoy, J. P. (2006): »The relationship between insight into psychosis and compliance with medication«, v: Amador, X. F., David, A. S., ur., *Insight and psychosis: Awareness of illness in schizophrenia and related disorders*, Oxford University Press, Oxford, 311-333.
149. *Mednarodni pakt o ekonomskih, socialnih in kulturnih pravicah*. Dostopno prek: https://www.gov.si/assets/ministrstva/MZZ/Dokumenti/multilateral/clovekove-pravice/porocila-SLO-po-instrumentih-o-clovekovih-pravicah/b34c271f78/Mednarodni_pakt_o_ekonomskih_socialnih_in_kulturnih_pravicah.pdf (5. maj 2020).
150. Meisenzahl, E., Walger, P., Schmidt, S. J., Koutsouleris, N., Schultze-Lutter, F. (2019): »Früherkennung und Prävention von Schizophrenie und anderen Psychosen«, *Nervenarzt*. Dostopno prek: <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs00115-019-00836-5> (15. februar 2020).
151. Meynen, G. (2010): »Free will and mental disorder: Exploring the relationship«, *Theoretical Medicine and Bioethics*, 31, 429-443.
152. Mfofo-M'Carthy, M., Huls, S. (2014): »Human Rights Violations and Mental Illness: Implications for Engagement and Adherence«, *SAGE Open*, 1-18. Dostopno prek: <http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/2158244014526209> (10. januar 2018).
153. Mielau, J., Altunbay, J., Galliant, J., Heinz, A., BERPohl, F., Lehmann, A. (2016): »Subjective experience of coercion in psychiatric care: a study comparing the attitudes of patients and healthy volunteers towards coercive measures and their justification«, *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 266, 337-347.
154. Miglietta, E., Lasalvia, A., Bonetto, C., Comacchio, C., Cristofalo, D., Tosato, S., De Santi, K., Petterlini, S., Zanatta, G., Cremonese, C., Ramon., L., Ruggeri, M. (2019): »Pathways to care, DUP, and types of interventions over 5 years following psychosis onset: findings from a naturalistic study conducted in routine generalist mental health services«, *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 55, 175-186. Dostopno prek: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00127-019-01775-x> (15. februar 2020).
155. Milčinski, L. (1986a): »Psihijatrija – pojem in okvir te vede«, v: Milčinski, L., ur., *Psihijatrija*, Državna založba Slovenije, Ljubljana, 7-32.

156. Milčinski, L. (1986b): »Pota in mejniki v razvoju psihiatrije«, v: Milčinski, L., ur., *Psihiatrija*, Državna založba Slovenije, Ljubljana, 33-38.
157. Mill, J. S. (2006): *On Liberty and The Subjection of Women*, London, Penguin Classics.
158. Ministrstvo za zdravje, Predlog predpisa Zakon o duševnem zdravju, evidenca vladnega akta 2019-2711-0051. Dostopno prek: <https://e-uprava.gov.si/drzava-in-druzba/e-demokracija/predlogi-predpisov/predlog-predpisa.html?id=10953> (2. november 2020).
159. Močnik Drnovšek, V. (2009): *Človekove pravice v zvezi z biomedicino: Oviedska konvencija in dodatni protokoli*, Ljubljana, Ministrstvo za zdravje. Dostopno prek: https://www.coe.int/t/dg3/healthbioethic/texts_and_documents/ETS164_Slovenian.pdf (10. november 2019).
160. Möller-Leimkühler, A. M. (2005): »Multivariate prediction of relatives' stress outcome one year after first hospitalization of schizophrenic and depressed patients«, *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 256, 122-130.
161. Mueser, K. T., DeTore, N. R., Kredlow, M. A., Bourgeois, M. L., Penn, D. L., Hintz, K. (2019): »Clinical and demographic correlates of stigma in first-episode psychosis: the impact of duration of untreated psychosis«, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 141(2), 157-166.
162. Munetz, M. R., Frese, F. J. (2001): »Getting ready for recovery: Reconciling mandatory treatment with the recovery vision«, *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 25(1), 35-42.
163. Murri, M. B., Respino, M., Innamorati, M., Cervetti, M., Calcagno, P., Pompili, M., Lamis, D. A., Ghio, L., Amore, M. (2015): »Is good insight associated with depression among patients with schizophrenia? Systematic review and meta-analysis«, *Schizophrenia Research*, 162, 234-247.
164. Musto, D. F. (2009): »A historical perspective«, v: Bloch, S., Green, S. A., ur., *Psychiatric ethics*, Oxford University Press, Oxford, 9-24.
165. Mythri, S. V., Sanjay, Y. (2016): »Recent Neurobiological Insights into the Concept of Insight in Psychosis«, *Indian Journal of Psychological Medicine*, 38(3), 189-193.
166. Nacionalni inštitut za javno zdravje, 10. september – Svetovni dan preprečevanja samomora; *Preprečevanje samomora je družbena naloga*. Dostopno prek:

<https://www.nijz.si/sl/10-september-svetovni-dan-preprecevanja-samomora-preprecevanje-samomora-je-druzbeno-naloga> (21. september 2020).

167. Newton-Howes, G. (2018): »Risk in mental health: a review on and of the psychiatrist«, *The Journal of Mental Health Training, Education and Practice*, 13(1), 14-21.
168. Niveau, G., Materi, J. (2007): »Psychiatric commitment: Over 50 years of case law from the European Court of Human Rights«, *European Psychiatry*, 22, 59-67.
169. Nordenfelt, L. (2004): »The Varieties of Dignity«, *Health Care Analysis*, 12(2), 69-81.
170. Novak, M. (2010): *Uvod v pravo*, Nova Gorica, Evropska pravna fakulteta.
171. Nussbaum, M. C. (2007): *Frontiers of justice: Disability, nationality, species membership*, Harvard, Harvard University Press.
172. Nytingnes, O., Ruud, T., Rugkasa, J. (2016): »'It is unbelievably humiliating' - Patients' expression of negative effects of coercion in mental health care«, *International Journal of Law and Psychiatry*, 49, 147-153.
173. O'Donoghue, B., Lyne, J., Hill, M., Larkin, C., Feeney, L., O'Callaghan, E. (2010): »Involuntary admission from the patients' perspective«, *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 45, 631-638.
174. OHCHR, *CESCR General Comment No.14: The Right to the Highest Attainable Standard of Health (Art.12)*, 2000. Dostopno prek: <https://www.refworld.org/pdfid/4538838d0.pdf> (5. maj 2020).
175. Olsen, D. P. (2003): »Influence and coercion: relational and rights-based ethical approaches to forced psychiatric treatment«, *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 10, 705-712.
176. Olofsson, B., Norberg, A. (2001): »Experiences of coercion in psychiatric care as narrated by patients, nurses and physicians«, *Journal of Advanced Nursing*, 33(1), 89-97.
177. Okai, D., Owen, G., McGuire, H., Singh, S., Churchill, R., Hotopf, M. (2007): »Mental capacity in psychiatric patients. Systematic review«, *British Journal of Psychiatry*, 191, 291-297.

178. Osatuke, K., Ciesla, J., Kasckow, J. W., Zisook, S., Mohamed, S. (2008): »Insight in schizophrenia: a review of etiological models and supporting research«, *Comprehensive Psychiatry*, 49, 70-77.
179. Owen, G. S., Freyenhagen, F., Hotopf, M. (2009a): »Mental Capacity and Decisional Autonomy: An Interdisciplinary Challenge«, *Inquiry*, 52(1), 79-107.
180. Owen, G. S., David, A. S., Hayward, P., Richardson, G., Szmukler, G., Hotopf, M. (2009b): »Retrospective views of psychiatric in-patients regaining mental capacity«, *British Journal of Psychiatry*, 195, 403-407.
181. Oyebo, F. (2018): *Sim's Symptoms in the Mind: Textbook of Descriptive Psychopathology*, Edinburgh, London, New York, Philadelphia, St. Louis, Sydney, Toronto, Elsevier.
182. Palermo, G. B. (1991): »The 1978 Italian Mental Health Law – a personal evaluation: a review«, *Journal of the Royal Society of Medicine*, 84(2), 99-102.
183. Parker, M. (2004): »Judging capacity: Paternalism and the risk-related standard«, *Journal of Law and Medicine*, 482-491.
184. Peele, R., Chodoff, P. (2009): »Involuntary hospitalization and deinstitutionalization«, v: Bloch, S., Green, S. A., ur., *Psychiatric ethics*, Oxford University Press, Oxford, 221-227.
185. Perkins, D. O., Gu, H., Boteva, K., Lieberman, J. A. (2005): »Relationship Between Duration of Untreated Psychosis and Outcome in First-Episode Schizophrenia: A Critical Review and Meta-Analysis«, *American Journal of Psychiatry*, 162, 1785-1804.
186. Perkins, R., Moodley, P. (1993): »The arrogance of insight?«, *Psychiatric Bulletin*, 17, 233-234.
187. Perlin, M. (2017): »'Have You Seen Dignity?': The Story of the Development of Therapeutic Jurisprudence«, *New Zealand Universities Law Review*. Dostopno prek: https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=2932149 (28. februar 2020).
188. Perlin, M. L. (2019): »'Changing of the Guards': David Wexler, Therapeutic jurisprudence, and the transformation of legal scholarship«, *International Journal of Law and Psychiatry*, 63, 3-7.

189. Petek, A., Novak, M., Barry, M. M. (2017): »Interdisciplinary research framework for multisectoral mental health policy development«, *International Journal of Mental Health Promotion*, 19(3), 119-133.
190. Pini, S., Cassano, G. B., Dell'Osso, L., Amador, X. F. (2001): »Insight Into Illness in Schizophrenia, Schizoaffective Disorder, and Mood Disorders With Psychotic Features«, *American Journal of Psychiatry*, 158, 122-125.
191. *Pleso v. Hungary*, 2012. Dostopno prek: [https://hudoc.echr.coe.int/eng#{"itemid":\["001-113293"\]}](https://hudoc.echr.coe.int/eng#{) (29. februar 2020).
192. Pollmächer, T. (2017): »Selbstbestimmung in der Psychiatrie (Patientenautonomie)«, v: Hauth, I., Falkai, P., Deister, A., ur., *Psyche Mensch Gesellschaft. Psychiatrie und Psychotherapie in Deutschland: Forschung, Versorgung, Teilhabe*, Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin, 143-154.
193. Portal TAN-FIN-LEX. Lex-Novice, Dnevne zakonodajne novice, 2. november 2020. Dostopno prek: https://www.tax-fin-lex.si/Publikacije/LexNovice/3ba874a0-8b1c-4d08-9688-fffd7c9b51e?utm_source=portal&utm_campaign=PortalTemaDneva&utm_medium=portal&utm_content=3ba874a0-8b1c-4d08-9688-fffd7c9b51e (2. november 2020).
194. Priebe, S., Frottier, P., Gaddini, A., Kilian, R., Lauber, C., Martinez-Leal, R., Munk-Jorgesen, P., Walsh, D., Wiersma, D., Wright, D. (2008): »Mental Health Care Institutions in Nine European Countries, 2002 to 2006«, *Psychiatric Services*, 59, 570-573.
195. Priebe, S., Katsakou, C., Glöckner, M., Dembinkas, A., Fiorillo, A., Karastergiou, A., Kiejna, A., Nawka, P., Onchev, G., Raboch, J., Schuetzwohl, M., Solomon, Z., Torres-Gonzalez, F., Wang, D., Kallert, T. (2010): »Patients' views on involuntary hospital admission after 1 and 3 months: prospective study in 11 European countries«, *The British Journal of Psychiatry*, 196, 179-185.
196. *Principles for the protection of persons with mental illness and the improvement of mental health care*, 1991. Dostopno prek: https://www.who.int/mental_health/policy/en/UN_Resolution_on_protection_of_persons_with_mental_illness.pdf (16. maj 2020).

197. *Psychiatry Advisor*, 2018. Dostopno prek: <https://www.psychiatryadvisor.com/home/schizophrenia-advisor/improving-insight-in-schizophrenia-through-social-cognitive-group-treatment/> (30. oktober 2019).
198. Raymont, V., Bingley, W., Buchanan, A., David, A. S., Hayward, P., Wessely, S., Hotopf, M. (2004): »Prevalence of mental incapacity in medical inpatients and associated risk factors: cross-sectional study«, *The Lancet*, 364, 1421-1427.
199. Rendtorff, J. D. (2002): »Basic ethical principles in European bioethics and biolaw: Autonomy, dignity, integrity and vulnerability – Towards a foundation of bioethics and biolaw«, *Medicine, Health Care and Philosophy*, 5, 235-244.
200. Richardson, G. (2012): »Mental Disabilities and the Law: From Substitute to Supported Decision-making?«, *Current Legal Problems*, 65, 333-354.
201. Riecher-Rössler, A., Rössler, W. (1993): »Compulsory admission of psychiatric patients – an international comparison«, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 87, 231-236.
202. Robertson M., Walter, G. (2014): *Ethics and Mental Health: The patient, Profession and Community*, Boca Raton, CRC Press.
203. Romans S., Dawson, J., Muller R., Gibbs, A. (2004): »How mental health clinicians view community treatment orders: a national New Zealand survey«, *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 38, 836-841.
204. Rose, N. (1985): »Unreasonable Rights: Mental Illness and the Limits of Law«, *Journal of Law and Society*, 12(2), 199-217.
205. Rymaszewska, J. (2007): »Patients' subjective quality of life during involuntary treatment in psychiatric hospitals«, *BMC Psychiatry*, 7(1), S33. Dostopno prek: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3332850/> (25. april 2020).
206. Sackett, D. L., Rosenberg, W. M., Gray, J. A., Haynes, R. B., Richardson, W. S. (1996): »Evidence based medicine: what it is and what it isn't«, *The British Medical Journal*, 312(7023), 71-72.
207. Sadock, B. J., Alcott Sadock, V. (2007): *Kaplan & Sadock's Synopsis of psychiatry: Behavioural sciences / clinical psychiatry*, Philadelphia, Wolters Kluwer / Lippincott Williams & Wilkins.

208. Sajatovic, M., Rosch, D. S., Sivec, H. J., Sultana, D., Smith, D. A., Alamir, S., Buckley, P., Bingham, C. R. (2002): »Insight Into Illness and Attitudes Toward Medications Among Inpatients With Schizophrenia«, *Psychiatric Services*, 53(10), 1319-1321.
209. Saks, E. R. (2002): *Refusing care: forced treatment and the rights of mentally ill*, Chicago & London, The University of Chicago Press.
210. Saks, E. R. (2015): *The Center Cannot Hold: My Journey Through Madness*, New York, Boston, Hachette Books.
211. Salize, H. J., Dressing, H., Peitz, M. (2002): *Compulsory Admission and Involuntary Treatment of Mentally Ill Patients – Legislation and Practice in EU-Member States. Final Report. European Commission.* Dostopno prek: <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.131.6651&rep=rep1&type=pdf> (29. september 2018).
212. Salize, H. J., Dressing, H. (2004): »Epidemiology of involuntary placement of mentally ill people across the European Union«, *British Journal of Psychiatry*, 184, 163-168.
213. Salize, H. J., Dressing, H. (2011): »Approaches to civil commitment in psychiatry in Europe«, *Current Medical Literature*, 22(4), 113-120. Dostopno prek: <https://search.proquest.com/docview/921577413?accountid=163837> (20. november 2018).
214. Samele, C., Frew, S., Urguia, N. (2013): *Mental health systems in teh European Union member states, status of mental health in populations and benefits to be expected from investments into mental health.* Dostopno prek: http://ec.europa.eu/health/mental_health/docs/europopp_full_en.pdf (29. marec 2020).
215. Sanz, M., Constable, G., Lopez-Ibor, I., Kemp, R., David, S. (1998): »A comparative study of insight scales and their relationship to psychopathological and clinical variables«, *Psychological Medicine*, 28, 437-446.
216. Saxena, S., Hanna, F. (2015): »Dignity – a fundamental principle of mental health care«, *The Indian Journal of Medical Research*, 142(4), 355-358.
217. Saya, A., Brugnoli, C., Piazzzi, G., Liberato, D., Di Ciaccia, G., Niolu, C., & Siracusano, A. (2019): »Criteria, Procedures, and Future Prospects of Involuntary Treatment in Psychiatry Around the World: A Narrative Review«, *Frontiers in psychiatry*, 10, 271.

- Dostopno prek: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsy.2019.00271/full> (27. april 2020).
218. Seed, T., Fox, J. R. E., Berry, K. (2016): »The experience of involuntary detention in acute psychiatric care. A review and synthesis of qualitative studies«, *International Journal of Nursing Studies*, 61, 82-94.
219. Seedhouse, D., Gallagher, A. (2002): »Undignifying institutions«, *Journal of Medical Ethics*, 28, 368-372.
220. Shorter, E. (1997): *A History of Psychiatry, From the Era of the Asylums to the Age of Prozac*, New York, Chichester, Brisbane, Toronto, Singapore, Weinheim, John Wiley & Sons, Inc.
221. Sibitz, I., Scheutz, A., Lakeman, R., Schrank, B., Schaffer, M., Amering, M. (2011): »Impact of coercive measures on life stories: qualitative study«, *The British Journal of Psychiatry*, 199, 239-244.
222. Sjöstrand, M., Eriksson, S., Juth, N., Helgesson, G. (2013): »Paternalism in the Name of Autonomy«, *Journal of Medicine and Philosophy*, 38(6), 710-724.
223. Sjöstrand, M., Sandman, L., Karlsson, P., Helgesson, G., Eriksson, S., Juth, N. (2015): »Ethical deliberations about involuntary treatment: interviews with Swedish psychiatrists«, *BMJ Medical Ethics*, 16, 37. Dostopno prek: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4446957/> (25. april 2020).
224. Skowron, P. (2019): »Giving substance to 'the best interpretation of will and preferences'«, *International Journal of Law and Psychiatry*, 62, 125-134.
225. Spike, J. P. (2017): »Informed Consent Is the Essence of Capacity Assessment«, *The Journal of Law, Medicine & Ethics*, 45, 95-105.
226. *Splošna deklaracija človekovih pravic*. Dostopno prek: <http://www.varuh-rs.si/pravni-okvir-in-pristojnosti/mednarodni-pravni-akti-s-podrocja-clovekovih-pravic/organizacija-zdruzenih-narodov/splosna-deklaracija-clovekovih-pravic/> (5. oktober 2018).
227. Steinert, T. (2017): »Ethics of Coercive Treatment and Misuse of Psychiatry«, *Psychiatric Services*, 68(3), 291-294.

228. Stražišar, B., Stražišar, B. (2016): »Informirano soglasje – pravica ali breme«, *Zdravniški Vestnik*, 85, 283-294.
229. Stres, A. (2018): *Leksikon filozofije*, Celje, Ljubljana, Celjska Mohorjeva družba, Društvo Mohorjeva družba.
230. Stylianidis, S., Peppou, L., E., Drakonakis, N., Iatropoulou, G., Nikalaidi, S., Tsikou, K., Souliotis, K. (2017): »Patients' views and experiences of involuntary hospitalization in Greece: a focus group study«, *International Journal of Culture and Mental Health*, 11(4), 425-436.
231. Surguladze, S., David, A. (1999): »Insight and major mental illness: an update for clinicians«, *Advances in Psychiatric Treatment*, 5, 163-170.
232. Svensson, G., Kjellin, L. (2006): »Legal Report – Sweden«, v: Kallert, T. W., Torres-Gonzalez, F., ur., *Legislation on Coercive Mental Health Care in Europe: Legal Documents and Comparative Assessment of Twelve European Countries*, Peter Lang GmbH, Europäischer Verlag der Wissenschaften, Frankfurt am Main, 325-348.
233. Svetlič, R. (2005): »Pravna hermenevtika Ronalda Dworkina in nezapisana »polovica« prava«, *Phainomena*, 14(53/54), 189-204.
234. Svetlič, R. (2009): *Filozofija človekovih pravic*, Koper, Založba Annales.
235. Svindseth, M. F., Dahl, A. A., Hatling, T. (2007): »Patients' experience of humiliation in the admission process to acute psychiatric wards«, *Nordic Journal of Psychiatry*, 61(1), 47-53.
236. Szmukler, G. (2009): »Ethics in community psychiatry«, v: Bloch, S., Green, S. A., ur., *Psychiatric ethics*, Oxford University Press, Oxford, 453-471.
237. Szmukler, G., Daw, R., Callard, F. (2014): »Mental health law and the UN Convention on the rights of persons with disabilities«, *International Journal of Law and Psychiatry*, 37(3), 245-252.
238. Szmukler, G., Bach, M. (2015): »Mental health disabilities and human rights protections«, *Global Mental Health*, 2, e20, 1-9. Dostopno prek: https://www.researchgate.net/publication/282428442_Mental_health_disabilities_and_human_rights_protections (17. januar 2020).

239. Szmukler, G., Kelly, B. D. (2016): »We should replace conventional mental health law with capacity-based law«, *British Journal of Psychiatry*, 209, 449-453.
240. Szmukler, G. (2019): »'Capacity', 'best interest', 'will and preferences' and the UN Convention on Rights of Persons with Disabilities«, *World Psychiatry*, 18(1), 34-41.
241. Šubic, T., Žmitek, A. (2016): »Pravica do zdravljenja ali potreba po zdravljenju – pogled zdravnika«, *Odvetnik*, 3(76), 35-37.
242. Šubic Metlikovič, T., Žmitek, A. (2017): »Sprejem osebe na zdravljenje v psihiatrično bolnišnico v nujnem primeru po ZDZdr – pogled zdravnika«, *Odvetnik*, 1(79), 31-32.
243. Testa, M., West, S. G. (2010): »Civil Commitment in the United States«, *Psychiatry (Egmont)*, 7(10), 30-40.
244. Tilburt, J., C. (2008): »Evidence-based medicine beyond the bedside: keeping an eye on context«, *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 14(5), 721-725.
245. Trevisi, M., Talamo, A., Bandinell, P. L., Ducci, G., Kotzalidis, G. D., Santucci, C., Manfredi, G., Giraldi, N., Tatarelli, R. (2012): »Insight and Awareness as Related to Psychopathology and Cognition«, *Psychopathology*, 45, 235-243.
246. Triller Vrtovec, K. (2019): *Zdravstveno pravo: pravna razmerja med oblastnimi organi in nosilci človekovih pravic v sedanji zdravstveni ureditvi ter predlogi sprememb*, Ljubljana, Uradni list Republike Slovenije.
247. Tronto, J. C. (1994): *Moral boundaries. A political argument for an ethic of care*, London, Routledge.
248. Turoldo, F. (2010): »Relational Autonomy and Multiculturalism«, *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*, 19(4), 542-549.
249. UN CRPD, *Committee on the Rights of Persons with Disabilities, General comment No. 1 (2014), Article 12: Equal recognition before the law*. Dostopno prek: https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CRPD/C/GC/1&Lang=en (7. marec 2020).
250. UNESCO, *Universal Declaration on Bioethics and Human Rights*, 2005. Dostopno prek: <https://en.unesco.org/themes/ethics-science-and-technology/bioethics-and-human-rights> (27. april 2020).

251. *Universal Declaration of Human Rights*, 1948. Dostopno prek: <https://www.un.org/en/universal-declaration-human-rights/index.html> (29. februar 2020).
252. Ustavno sodišče RS, *Odločba U-I-60/03*. Dostopno prek: <http://odlocitve.us-rs.si/sl/odlocitev/US22882?q=odlo%C4%8Dba+ustavnega+sodi%C5%A1%C4%8Da+u-i-60%2F03> (28. december 2019).
253. Vaddadi, K. S., Gilleard, C., Fryer, H. (2002): »Abuse of carers by relatives with severe mental illness«, *International Journal of Social Psychiatry*, 48(2), 149-155.
254. Valdes, E. (2013): »Bioderecho, genetica y derechos humanos. Analisis de los alcances judios del bioderecho Europeo y su posible aplicacion en Estados Unidos como fuente de derechos humanos de cuarta generacion«, *Universitas, Revista de Filosofia, Derecho y Politica*, 17, 139-163.
255. Van den Hooff, S., Groossensen, A. (2014): »How to increase quality of care during coercive admission? A review of literature«, *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 28, 425-434.
256. Vanlaere, L., Gastmans, C. (2011): »A personalist approach to care ethics«, *Nursing Ethics*, 18(2), 161-173.
257. Verkerk, M. A. (2001): »The care perspective and autonomy«, *Medicine, Health Care, and Philosophy*, 4(3), 289-94. Dostopno prek: <https://search.proquest.com/docview/220867555?accountid=163837> (6. december 2018).
258. Videc, A. (2009): »Razvoj psihiatrije in nevropsihiatrije v Sloveniji in na Celjskem«, v: Čanji, V., ur., *Psihiatrična bolnišnica Vojnik: 50 let*, Javni zavod Psihiatrična bolnišnica Vojnik, Vojnik, 11-42.
259. Vikram S., Yarger, N., Coxell, A., Maier, M. (2008): »Video self-observation: a means of improving insight in psychosis«, *Psychiatric Bulletin*, 32, 341-345.
260. Višje sodišče v Celju, *VSC sklep Cp 1995/2006*. Dostopno prek: http://www.sodisce.si/znanje/sodna_praksa/visja_sodisca/41243/ (23. september 2020).
261. Vrhovno sodišče RS, *Sklep II Ips 304/2010*. Dostopno prek: <http://sodisce.si/vsrs/odlocitve/2010040815247851/> (5. oktober 2018).

262. Vrhovno sodišče RS, *Sklep II Ips 306/2011*. Dostopno prek: http://www.sodisce.si/znanje/sodna_praksa/vrhovno_sodisce_rs/2012032113041926/ (20. oktober 2019).
263. Vitorovič, M. (1986): »Biološka terapija duševnih bolezni«, v: Milčinski, L., ur., *Psihiatrija*, Državna založba Slovenije, Ljubljana, 442-471.
264. Weiss Roberts, L. (2002): »Informed Consent and the Capacity for Voluntarism«, *American Journal of Psychiatry*, 159, 705-712.
265. Welsh, S., Deahl, M. P. (2002): »Modern psychiatric ethics«, *The Lancet*, 359, 253-255.
266. Weston, B. H. (2020): »Human Rights«, *Encyclopaedia Britannica*. Dostopno prek: <http://www.britannica.com/topic/human-rights> (5. maj 2020).
267. Wexler, D. B. (2009): »Uvajanje duševnega zdravja v pravo duševnega zdravja«, *Revus*, 10, 95-109.
268. Wildeman, S. (2010): »Law and Mental health: A Relationship in Crisis?«, *Dalhousie Law Journal*, 33. Dostopno prek: <https://works.bepress.com/sheila-wildeman/9/> (15. februar 2020).
269. Williams, A. R. (2016): »Opportunities in reform: Bioethics and mental health ethics«, *Bioethics*, 30(4), 221-226. Dostopno prek: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4814362/> (15. februar 2020).
270. Williams, J. R. (2016): *Priročnik zdravniške etike*, Maribor, Medicinska fakulteta Univerze v Mariboru.
271. Williams, A. R., Olfson, M., Galanter, M. (2015): »Assessing and Improving Clinical Insight Among Patients 'in Denial'«, *JAMA Psychiatry*, 72(4), 303-304.
272. Witorff, A., Jakobi, U., Bechdolf, A., Müller, A., Sartory, G., Wagner, M., Wiedemann, G., Wölwer, W., Herrlich, J., Buchkremer, G., Klingberg, S. (2009): »The influence of baseline symptoms and insight on the therapeutic alliance early in the treatment of schizophrenia«, *European Psychiatry*, 24, 259-267.
273. World Health Organization, *Definition of Health*. Dostopno prek: <https://8fit.com/lifestyle/the-world-health-organization-definition-of->

health/#targetText=The%20World%20Health%20Organization's%20definition,life%20with%20limitation%20or%20restriction (31.oktober 2019).

274. World Health Organization, *Mental Health Action Plan 2013-2020*. Dostopno prek: https://www.who.int/mental_health/publications/action_plan/en/ (29. marec 2020).
275. World Health Organization, Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights, *The right to health, Factsheet No. 31*, 2008. Dostopno prek: <https://www.who.int/gender-equity-rights/knowledge/right-to-health-factsheet/en/> (7. marec 2020).
276. World Health Organization, *Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice (Summary Report)*. 2004. Dostopno prek: https://www.who.int/mental_health/evidence/en/promoting_mhh.pdf (4. april 2020).
277. World Health Organization, *World health report, Mental disorders affect one in four people*. Dostopno prek: http://www.who.int/whr/2001/media_centre/press_release/en/ (29. september 2018).
278. World Psychiatric Association, *Declaration of Hawaii*. Dostopno prek: <http://www.codex.vr.se/texts/hawaii.html> (14. februar 2020).
279. Wyder, M., Bland, R., Herriot, A., Crompton, D. (2015): »The experiences of the legal processes of involuntary treatment orders: Tensions between the legal and medical frameworks«, *International Journal of Law and Psychiatry*, 38, 44-50.
280. *Zakon o duševnem zdravju (ZDZdr)*. Ur.l. RS 77/08 in 46/15. Dostopno prek: <http://www.pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=ZAKO2157> (10. marec 2018).
281. *Zakon o pacientovih pravicah (ZPacP)*. Ur.l. RS 15/08 in 55/17. Dostopno prek: <http://www.pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=ZAKO4281> (20. oktober 2019).
282. Zgonik, S. (2011): »Dr. Jože Trontelj: 'Toliko neumnih teorij o zdravem življenju kot danes ni bilo še nikoli'«, *Mladina*, 33. Dostopno prek: https://www.mladina.si/?__rewriter=1&id=87053& (5. oktober 2018).
283. Zinkler, M., Priebe, S. (2002): »Detention of mentally ill in Europe«, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 106, 3-8.

284. Zupančič, B. M. (2009): »Dostojanstvo, anomija...in prihodnost človekovih pravic«, v: Teršek, A., ur., *Človekovo dostojanstvo in duševno zdravje*, Klub Revus, Kranj, 25-33. Dostopno prek: <https://journals.openedition.org/revus/93> (10. marec 2018).
285. Žmitek, A. (2001): »Slovenska psihiatrija: kakšna si, kam greš? (Odgovor dr. Andreju Marušiču, dr. med.)«, *Zdravstveni vestnik*, 70, 575-578.
286. Žmitek, A. (2009): »Zakon o duševnem zdravju: problemi v praksi«, *Pravna praksa : PP : časopis za pravna vprašanja*, 28(33), 6-9.
287. Žmitek, A. (2010): »Zakon o duševnem zdravju«, *Zdravstveni vestnik*, 79, 537-543.
288. Žmitek, A. (2013): »Načini obravnave bolnikov s psihotično motnjo v Sloveniji«, v: Mlakar, P., ur., *Nisem bolan, ne potrebujem pomoči!: kako človeku z duševno boleznijo pomagamo, da sprejme zdravljenje*, Celjska Mohorjeva družba, Celje, 226-235.
289. Žnidaršič Skubic, V. (2018): *Civilno medicinsko pravo: izbrane teme*, Ljubljana, Uradni list Republike Slovenije

PRILOGE

Priloga A: Seznam kratic

angl. – angleško

CESCR – angl. *Convenant on Economic, Social and Cultural Rights*

CPT – angl. *Committee for Prevention of Torture*

čl. – člen

dr. – doktor

dr. med. – doktor medicine

DSM-5 – angl. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th edition*

ECHR – angl. *European Convention on Human Rights* (Evropska konvencija o človekovih pravicah)

ECtHR – angl. *European Court of Human Rights* (Evropsko sodišče za človekove pravice)

EK – Evropska komisija

EPA – angl. *European Psychiatric Association* (Evropsko združenje psihiatrov)

EU – Evropska unija

FRA – angl. *European Union Agency for Fundamental Rights*

ICESCR – *International Convenant on Economic, Social and Cultural Rights*

idr. – in drugi

ipd. – in podobno

it. – italijansko

itd. – in tako dalje

MKB-10 – Mednarodna klasifikacija bolezni, 10. izdaja

nem. – nemško

NIMH – *National Institute of Mental Health* (ZDA)

NO – nadzorovana obravnava

npr. – na primer

OHCHR – *Office of the High Commissioner for Human Rights*

oz. – oziroma

OZN – Organizacija združenih narodov

PDI – angl. *Patient Dignity Inventory*

pr. n. št. – pred našim štetjem

prof. – profesor

RS – Republika Slovenija

SPDČ – *Splošna deklaracija človekovih pravic*

spec. psih. – specialist psihiatrije

str. – stran

SZO – Svetovna zdravstvena organizacija

t. i. – tako imenovani

tj. – to je

UKC – Univerzitetni klinični center

UN – angl. *United Nations* (Združeni narodi)

UN CRPD – angl. *United Nations Convention of Rights of People with Disabilities* (Konvencija Združenih narodov o pravicah invalidov)

UNESCO – *United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization* (Organizacija Združenih narodov za izobraževanje, znanost in kulturo)

ur. – urednik(i)

URS – Ustava Republike Slovenije

v. – lat. versus, v nasprotju z, glede na, v primerjavi z

VSRS – Vrhovno sodišče Republike Slovenije

VSC – Višje sodišče v Celju

WHO – angl. *World Health Organization* (Svetovna zdravstvena organizacija)

WPA – angl. *World Psychiatric Association* (Svetovno psihiatrično združenje)

ZDA – Združene države Amerike

ZNP – *Zakon o nepravdnem postopku*

ZPacP – *Zakon o pacientovih pravicah*

ZDZdr – Zakon o duševnem zdravju

ZZDej – Zakon o zdravstveni dejavnosti

IZJAVA LEKTORICE

Lektorica Mateja Strbad, univ. dipl. slovenistka in dr. med., specialistka psihiatrije, izjavljam, da je doktorska disertacija *Neprostopoljno zdravljenje in varovanje človekovih pravic v psihiatriji* avtorice Petre Koprivnik, dr. med., specialiste psihiatrije, napisana v skladu z aktualnimi predpisi slovenskega knjižnega jezika.

V Domžalah, 6. 2. 2021

Mateja Strbad