

Bruno Norcio, Lorenzo Toresini

ITALIJANSKI ZAKON NA PODROČJU PSIHIATRIJE

PRIMERJALNA ANALIZA Z ZAKONI NA OBMOČJU ALPE-JADRAN

Pisati o italijanskem zakonu na področju psihiatrije iz leta 1978 ni le analizirati pravna načela. Je tudi ozreti se na njegovih 15 let udejanjanja v praksi. To je zelo pomembno za mednarodno srečanje, katerega udeleženci prihajajo z dveh področij, kjer so se zakoni, ki urejajo psihiatrično prakso, reformirali po letu 1978. Zato jim lahko naša izkušnja koristi.

Od leta 1978, ko je bil v Italiji sprejet omenjeni zakon, se je v različnih regijah različno udejanjal. V zakonu je bil podan le t. i. zakonski okvir, regijam pa je bil prepuščen način izvajanja. Prenekatera pomembna vprašanja so bila v pristojnosti področnih institucij.

ZGODOVINSKI ORIS

Leta 1977 je radikalna stranka predlagala referendum o popolni odpravi psihiatričnih bolnišnic. Predlog izhaja iz zamisli antiinstitucionalnih gibanj, ki so bila močno v javnosti nekaj let prej. Zagovarjala so transformacijo norišnice v Gorici in se zavzemala za določene družbene reforme, kot so ločitev, splav, spremembe zakona o družini, zakona o delu, vključevanje hendikepiranih otrok v navadne šole itn.

Tista leta je bila resna možnost, da bo predlog radikalne stranke o popolni odpravi psihiatričnih bolnišnic pod pritiskom družbenih gibanj sprejet, kar bi pripeljalo v italijanski psihiatriji do neobvladljive situacije. Da bi se zapolnila črna luknja v zakonu, ki je grozila, so hitro predlagali nov zakon. Ta predlog je slo nel na najnaprednejših modelih transformacije institucij v Italiji. Med predlagatelji je bil tudi Franco Basaglia. Predlagatelji so zagovarjali popolnoma nova načela in razmišljanja, proti zapiranju in družbeni zaščiti pred nevarnostjo,

ki ju vsebuje zakon iz leta 1904.

Zakon o psihiatrični reformi je bil kompromis med pristopom t. i. teritorialne psihiatrije in psihiatrije v velikih splošnih bolnicah. Pristopa sta namreč temeljila na različnih paradigmah v teoriji, pa tudi v praksi. Ne glede na to je bil Zakon o reformi v psihiatriji dejanje, s katerim so bila tradicionalna psihiatrična načela, ki so temeljila na institucionalnem skrbništvu, dokončno presežena.

KRATEK VPOGLED V ZAKON

V zakonu o reformi v zdravstvu št. 833 se nanašajo na psihiatrijo člani 33, 34, 35, 64 in 65.

Prvi trije člani govorijo o normah in postopkih pri izvajanju obveznih zdravstvenih ukrepov. Zadnja dva člana podajata smernice za postopno ukinjanje psihiatričnih bolnišnic.

Spoznajmo jih malo bolj podrobno:

Člen 33 govoro o normah, ki se nanašajo na medicinske ukrepe. Ta člen definira, kaj so prostovoljni in kaj obvezni medicinski ukrepi nasploh. Med drugim piše:

1) Načelno naj bo vsak medicinski ukrep prostovoljna izbira posameznika.

2) Načelno naj se vsi medicinski ukrepi izvajajo v teritorialnih zdravstvenih centrih.

3) Preden se pristopi k izvajanju obveznega medicinskega ukrepa, mora biti storjeno vse, kar je mogoče, da bi dosegli soglasje s pacientom.

4) Obvezni medicinski ukrepi se izvajajo le v primeru, ko soglasja ni mogoče doseči.

5) Le instanca, ki je odgovorna za sistem zdravstva v določenem mestu, npr. župan, lahko ukaže izvajanje obveznega medicinskega ukrepa.

6) Obvezni medicinski ukrepi se lahko izvajajo v bolnišnicah le v primeru, ko jih praktično ni mogoče izvajati v teritorialnih zdravstvenih ustanovah.

7) Med izvajanjem obveznega medicinskega ukrepa je lahko pacient v stiku, s komer želi (advokat, osebni/na zdravnik/nica, sorodniki, prijatelji, drugi pacienti, pripadniki različnih združenj itn.).

Člen 33 nam še pove, da se koncept obveznega medicinskega ukrepa ne nanaša le na situacije, ko od posameznika ni mogoče dobiti soglasja, ampak tudi na situacije, ko obstaja neravnovesje med interesi družbe in interesom, da se zavaruje pacientova avtonomija.

Pravila pri izvajanju obveznih ukrepov v psihiatriji postavijo členi 34 in 35.

1) Obvezni ukrepi (OU) se lahko izvajajo na psihiatričnih oddelkih splošnih bolnic.

2) OU se nikakor ne smejo izvajati v psihiatričnih bolnišnicah.

3) OU morata izvajati dva psihiatra, zaposlena v javnem sektorju.

4) Poročilo o OU mora biti v 48 urah posredovano sodniku, ki je določen za pacientovega pravnega skrbnika. Ta mora odobriti poročilo. Le pod tem pogojem se lahko zdravljenje nadaljuje.

5) OU lahko traja največ 7 dni. Trajanje OU se lahko podaljšuje, vsakokrat le za 7 dni, s pisnim poročilom psihiatra, ki spremlja pacientov primer.

6) Omejitev svobode, ki je z izvajanjem OU vsiljena pacientu, vključuje tudi zdravljenje.

Člena 64 in 65 podajata smernice za postopno zapiranje psihiatričnih bolnišnic in preusmerjanje njihovih finančnih sredstev in stavbnih zmogljivosti. Izvajanje teh programov je prepuščeno regijam.

NEKAJ KOMENTARJEV

Veliko je bilo že rečeno ali napisano o italijanski reformi zakona o zdravstvu. Poiščimo ključne točke:

VLOGA ŽUPANA

Zakon o strukturi zdravstvenega sistema v Italiji pravi, da je župan zadevnega mesta na čelu te strukture. Ima pooblastila, da ukaže

ukrepe, ki so potrebni za zavarovanje zdravja občanov. V njegovi pristojnosti je, na primer, omejitev prometa zaradi nevarnega onesnaženja zraka v mestu, ali ko je treba zapreti tovarno, ki nevarno onesnažuje reko ali morje. Župan lahko izda ukaz, da je treba osebo, ki je zbolela za nalezljivo boleznijo (npr. kolero), tudi proti njeni volji hospitalizirati in zdraviti.

Administrativno in izvršilno telo, ki v posameznem mestu ureja javno zdravstvo, je del mestne skupščine. To je lokalna (teritorialna) enota zdravstva (*Unita Sanitaria Locale*).

Dejstvo, da je zdravljenje duševnih bolezni kot pojem obravnavano le znotraj struktur zdravstvenega sistema, pomeni, da duševne bolezni niso več obravnavane kot problem širše, javne narave.

O KATEGORIJ NEVARNOSTI

Ko definira pojem OU in določa pogoje za njihovo izvajanje, zakon ne omenja besede nevarnost. To pa zato, ker nevarnost ni problem, ki bi pravno sodil med pristojnosti zdravstva. Tako je zdravstveni sistem razrešen dolžnosti policaja. Z nevarnostjo se ukvarjajo službe, ki skrbijo za javni red in mir. Lahko pa zdravstvene službe in policija sodelujejo.

Policija v primeru duševnih bolezni poseže šele potem, ko zdravnik že odredi OU, da bi zavarovala lastnino in pravice ljudi. Policija in sodišče torej osebi, ki je v zdravniški oskrbi (OU), ne morejo omejiti svobode na enak način, kot bi lahko sicer v primerih suma kaznivega dejanja.

Sodišče ne more več odobriti odredbe o "dokončni hospitalizaciji", kot je bilo v navadi v minulem obdobju. Pač pa lahko sodišče na zahtevo pacienta obravnava pritožbe zoper zdravniško odločitev o OU.

Duševna bolezen ni več obravnavana kot pravosodna kategorija. Seveda pa lahko preiskovalni in sodni organi posežejo, če duševno bolna oseba naredi kaznivo dejanje, kot bi sicer pri kateremkoli kaznivem dejanju.

RAVNOVESJE MED DRUŽBENO VARNOSTJO IN PRAVICAMI PACIENTA

V obdobju pred letom 1978 je zakon upošteval zlasti interese družbe, tudi če so bili v nasprotju z zdravjem in varnostjo pacienta.

Primarni cilj je bil odstranjanje duševno bolnih iz družbe. Nevarnost poslabšanja psihičnega ali telesnega stanja pacienta po izolaciji velja za neizogiben stranski pojav. Nekatere odredbe zakona na področju psihiatrije in italijanskega kazenskega zakona so bile formulirane tako, da so lahko določene družbene strukture izvajale pritisk na psihiatre in druge delavce v psihiatriji in izsiljevale jetništvo podobno hospitalizacijo za nekatere. Duševno bolna oseba je morala biti izolirana v psihiatrični bolnišnici. Če je zapustila bolnišnico (tudi če ji je izhod odobrilo osebje bolnišnice), je bila zakonsko obravnavana tako, kot da je na begu. Zdravniki in srednje medicinsko osebje so bili kazensko odgovorni. Določeni člani kazenskega zakona so se neposredno nanašali na odgovornosti osebja psihiatrične bolnišnice v primeru, da je pacient pobegnil.

Zakon iz leta 1978 odpravlja te člene, odpravlja možnost, da bi delavce v psihiatriji izsiljevali, in ne podpira več temeljnega namena norišnice. Novi zakon odpira pot za razvoj tistih pristopov v psihiatriji, ki spoštujejo pravico pacientov do ozdravitve in jih varujejo kot bolj nemočne subjekte. Zaradi zagovarjanja človekovih pravic se nekatere družbene skupine bojijo, da bo zakon določil pacientove pravice v nasprotju z družbeno samodefinicijo "normalnega".

USKLAJENOST MED OZDRAVITVIJO IN INTEGRACIJO

Reforma zakona o psihiatriji je vpeljala nove norme za OU v zdravstvu, za teritorializacijo psihiatričnih služb in za razporejanje lastnine bivših psihiatričnih bolnišnic. Posledica teh sprememb so bile mreže fleksibilnih in večnamenskih podpornih organizacij za intervencijo v primerih psihičnega trpljenja in pri njegovih dejavnih tveganja. Reforma je tako presegla posege kot izolacijo in prisilno premestitev, ki sta bili poglavitni metodi pozitivistične psihiatrije. Zakon o psihiatrični reformi 180/833 je torej poskus usklajevanja zdravljenja (tudi OU) in družbene integracije.

Zanimivo je spomniti na analogijo z zakonom št. 175 iz leta 1968, ki govori o integraciji hendikepiranih otrok v navadne osnovne in srednje šole.

V nasprotju z avstrijskim zakonom iz leta 1990 italijanski zakon ne vpelje vloge "pacientovega zagovornika". Razlogi za to so naslednji:

1. Zgodovinski: Zakonska reforma je bila rezultat delovanja psihiatričnih delavcev, ne uporabnikov.

2. Strukturni: Italijanski zakon iz leta 1978 določa zapiranje norišnic. Hospitalizacijo v psihiatrični bolnišnici celo prepoveduje. In čeprav je dovoljeno izvajati OU v Centrih za mentalno zdravje in splošnih bolnišnicah, je trajanje prisilnega bivanja v teh ustanovah minimalno. Avstrijska reforma iz leta 1990 in slovenska reforma iz leta 1986 še vedno dopuščata obstoj psihiatričnih bolnišnic. Če obstajajo zaprte psihiatrične institucije, je sistem zagovorništva smiseln, čeprav z njim ne bomo dosegli njihovega presejanja.

3. Italijanski zakon iz leta 1978 omogoča pacientu, da med izvajanjem OU komunicira s komerkoli, ne le s svojim odvetnikom.

KRATKA PREMERJAVA ZAKONOV Z DRUGIH DVEH PODROČIJ

Slovenski zakon je najbolj podoben tradicionalnim modelom in podpira prioriteto družbenih interesov pred pravicami pacientov kot ogrožene populacije. Poglejmo nekatera ključna dejstva:

1. Obvezno zdravljenje lahko traja največ eno leto, z možnostjo podaljševanja, vsakič za še eno leto.

2. Oseba, ki je prostovoljno v psihiatrični bolnišnici, ima enak pravni status kot oseba, ki je pridržana proti svoji volji. Pravni postopek in strokovna obravnava sta v obeh primerih enaka (zdravljenje na zaprtem oddelku).

3. Pacienti so hospitalizirani v klasični psihiatrični ustanovi. To potegne za seboj rabo tradicionalnih orodij in ritualov zdravljenja.

4. Ne obstaja sistem zagovorništva.

5. Po drugi strani moramo v ozadju psihiatrične bolnišnice zaznati stalno navzoče socialne programe. Obstaja mreža področnih služb, ki spremljajo pacienta po odpustu in so dobro povezane s psihiatrično bolnišnico. Organizacija take mreže lahko zagotovi učinkovito

nadaljevanje stika s pacienti. Na ta način je mogoče čez ozka grla, ki jih ustvarja privatna praksa. Pravzaprav je privatni sektor najbolj neučinkovit v ključni situaciji psihiatričnega zdravljenja, tj., pri vzdrževanju stika.

Avstrijski zakon je v nekaterih točkah naprednejši. Naštejmo dve:

1. Različen pravni status v primeru prostovoljnega zdravljenja in v primeru prisilnega pridržanja na zdravljenju.

2. Sistem zagovorništva.

Njegove meje pa so videti:

1. Ponovna podpora azilarnim strukturam in vsem spremnim mehanizmom izrabljanja in razlastitve pacienta, ki je že v nestabilnem, kriznem stanju.

2. Izkrivljene procedure, namenjene zagotavljanju pacientovega varstva. Realno odpirajo možnost za zapletene situacije, ki pacientovega položaja ne izboljšujejo, ampak ga slabšajo. Nazoren primer je 3. točka 13. člena, po kateri mora odvetnik overiti, da pacient resnično prostovoljno soglaša z zdravljenjem. Če tega soglasja ni, mora odvetnik to prijaviti vodji oddelka. To točko lahko razumemo tako, da predpostavlja prehod s prostovoljnega

zdravljenja v obveznega, kar bi poslabšalo situacijo, v kateri se nahaja zavarovani pacient.

SKLEP

Namen tega besedila je prispevati k pogovoru o razvoju medsebojne pomoči pri izboljšanju stanja v psihiatriji treh regij Srednje Evrope. To območje je imelo v kulturni zgodovini Evrope pomembno vlogo. V tem besedilu ugotavljamo, da je bila do obdobja med leti 1978 in 1990, ko so bile izpeljane reforme zakonov na področju psihiatrije, situacija v vseh treh deželah v temeljnih načelih homogena. Dominantna sta bila model zaprtih psihiatričnih institucij in paradigma, na kateri je ta model slonel. Reforme zakonov so pripeljale do veliko bolj pestrega stanja.

Analizirati tako večplastno realnost, kot je ta, in primerjati tako nehomogene podatke nama je bilo nadvse zanimivo. Najbolj presenetljiva pa je bil ugotovitev, kako nehomogen je bil zgodovinski in kulturni razvoj na območju, ki je v preteklosti kazalo kulturno in zgodovinsko homogenost.