

Mnenje Evropskega ekonomsko-socialnega odbora o zeleni knjigi Izboljšanje duševnega zdravja prebivalstva. Pot k strategiji na področju duševnega zdravja za Evropsko unijo

COM(2005) 484 konč.

(2006/C 195/11)

Komisija je sklenila, da v skladu s členom 262 Pogodbe o ustanovitvi Evropske skupnosti Evropski ekonomsko-socialni odbor zaprosi za mnenje o naslednjem dokumentu: Zelena knjiga o izboljšanju duševnega zdravja prebivalstva — pot k strategiji na področju duševnega zdravja za Evropsko unijo

Strokovna skupina za zaposlovanje, socialne zadeve in državljanstvo, zadolžena za pripravo dela Odbora na tem področju, je mnenje sprejela 3. maja 2006. Poročevalec je bil g. BEDOSSA.

Evropski ekonomsko-socialni odbor je mnenje sprejel na 427. plenarnem zasedanju 17. in 18. maja 2006 (seja z dne 17. maja) s 142 glasovi za, 1 glasom proti in 1 vzdržanim glasom.

1. Povzetek

Gre za jasen prikaz o pomenu duševnega zdravja v Evropi. Za to je potrebna strategija, ki zajema:

— več poglavij:

- izboljšanje obveščanja o zdravju,
- boljše odzivanje na nevarnosti za zdravje,
- zmanjšanje neenakosti na področju zdravja,
- zagotavljanje visoke ravni socialne zaščite in dobrega zdravja s pomočjo medsektorske strategije,

— opredelitev ciljev:

- prizadevati si za duševno zdravje vseh ljudi,
- nameniti pomembno mesto zdravstveni preventivi,
- izboljšati kakovost življenja bolnikov,
- razviti sistem obveščanja in program raziskav za Evropsko unijo.

— pripravo priporočil, zlasti:

- pilotni projekt o vzpostavitvi regionalnih informativnih mrež med vsemi akterji,
- spodbujanje gibanja za deinstitucionalizacijo za boljšo uporabo razpoložljivih sredstev.

— določitev najboljših praks za spodbujanje vključevanja v družbo duševnih bolnikov in varovanje njihovih pravic, ki bi morale spadati med pooblastila Agencije za temeljne pravice Evropske unije

Pomen duševnega zdravja se nahaja na stičišču več dejavnikov razvoja:

— hitro naraščanje povpraševanja kot množični pojav, od psihiatrije do duševnega zdravja,

— nujna vključitev uporabnikov in/ali njihovih predstavnikov, zaradi česar prihaja do interakcij med vsemi politikami,

— neravnovesje med bolnišničnim in ambulantnim zdravljenjem ter težave, povezane s fleksibilnostjo na področju nege, nujne pomoči na področju socialnega zdravstva.

2. Obrazložitev

2.1 Duševne bolezni spadajo med deset poglavitnih vzrokov prizadetosti v svetu s hudimi družbenimi in gospodarskimi posledicami za posameznike, družine in vlade.

2.2 Osebe z duševnimi motnjami so pogosto deležne diskriminacijskega vedenja, izključenosti in v veliki meri prikrajšane za svoje temeljne pravice.

2.3 Opazimo lahko povezavo med duševnim zdravjem in revščino: slednja povečuje tveganje za duševne motnje in zmanjšuje možnost dostopa do bistvenih posegov za duševno zdravje. Države morajo torej vprašanja duševnega zdravja uvrstiti med pomembne cilje javnega zdravja.

2.4 Kljub temu duševno zdravje pogosto ni med prednostnimi nalogami zdravstva, deloma tudi zato, ker vse države nimajo potrebnih zmogljivosti za vzpostavitev celovitih in učinkovitih storitev za duševno zdravje.

2.5 Instrument Skupnosti za duševno zdravje je zajet v programu za duševno zdravje, ki ga je pripravila Evropska unija za obdobje 2003-2008, in temelji na členu 152 Pogodbe. Opozoriti je treba, da morajo ukrepi na tem področju upoštevati pristojnosti držav članic pri organizaciji zdravstvenih storitev in zagotavljanju zdravstvene oskrbe.

2.6 Zelena knjiga, ki jo je sprejela Komisija, si v okviru evropskega akcijskega načrta prizadeva za širšo razpravo o izboljšanju upravljanja duševnih bolezni in spodbujanju duševne blaginje na ravni Unije iz naslednjih razlogov:

- Tesna povezanost zdravja z duševnim zdravjem je pomembna tako za posameznika kot za družbo. Posamezniku omogoča, da se osebnostno razvija, najde svoje mesto v družbenem, šolskem in poklicnem življenju. Je vir temeljne socialne kohezije Evropske unije, če želi postati družba znanja.
- Breme duševnih težav je zelo težko, vsakdo ima bližnjega, ki je žrtev duševne patologije. Motnje vplivajo na kakovost življenja bolnikov in njihovih družin. So glavni vzrok invalidnosti.
- Družbena in gospodarska cena duševnih bolezni je zelo visoka: močno obremenjuje družbene vire in njene gospodarske, izobraževalne, socialne, kazenske in sodne mehanizme. Podatki iz nekaterih držav kažejo, da so duševne motnje eden izmed vodilnih vzrokov za odsotnost z dela, zgodnjo upokojitvev in invalidske pokojnine.
- Socialna izključenost in zaznamovanost duševnih bolnikov ter diskriminacije, ki so jih deležni, so še vedno aktualni. Zdravljenje lahko ogroža temeljne pravice in dostojanstvo duševnih bolnikov in povzroča nezaupanje do družbe in tako zmanjšuje „družbeni kapital Unije“.

2.7 Po Evropski ministrski konferenci Svetovne zdravstvene organizacije (WHO) o duševnem zdravju, ki je potekala januarja 2005, je Evropska komisija, soorganizatorka konference ob WHO, oktobra 2005 izdala zeleno knjigo o „Izboljšanju duševnega zdravja prebivalstva, poti k strategiji na področju duševnega zdravja za Evropsko unijo“, ki temelji na določilih iz člena 152 Pogodbe ES o javnem zdravju, in spodbudila posvetovanje o duševnem zdravju na evropski ravni.

2.8 Jasno zastavljen cilj je izboljšati duševno zdravje evropskega prebivalstva v okviru strategije, ki presega področje zdravstva in si na splošno prizadeva za „povratak“ k trajnostni blaginji, za povečanje solidarnosti, socialne pravičnosti in kakovosti življenja.

2.9 Zelena knjiga mora spodbuditi razpravo in v letu 2006 omogočiti posvetovalni proces z javnimi oblastmi, strokovnjaki in združenji bolnikov, da bi do konca leta 2006 zbrali predloge, ki bodo temeljili na strokovnosti skupnosti za izdelavo strategije Unije na področju duševnega zdravja.

3. Analiza in predlogi, ki jih vsebuje zelena knjiga

3.1 Jasen prikaz pomena duševnega zdravja v Evropi

3.1.1 Na podlagi podatkov se ocenjuje, da v enem letu 27 % odraslih Evropejcev izkusi eno izmed oblik duševnih

bolezni, od tega 6.3 % somatoformnih motenj, 6.1 % depresij in 6.1 % fobij.

3.1.2 Število samomorov v državah Evropske unije presega število žrtev prometnih nesreč ali HIV-a oziroma AIDS-a.

3.1.3 Posledice za skupnost so številne. Poročilo predlaga njihovo finančno oceno, ki se nanaša na izgubo produktivnosti, stroške socialnega, izobraževalnega, kazenskega in sodnega sistema.

3.1.4 Med državami članicami (in tudi znotraj njih) obstajajo velike razlike.

3.2 Potreba po strategiji EU na področju duševnega zdravja

3.2.1 Program Evropske unije za javno zdravje vsebuje različne sklope, katerih cilj je:

- izboljšati obveščanje o zdravju,
- se bolje odzivati na nevarnosti za zdravje,
- zagotoviti visoko raven socialne zaščite in dobrega zdravja s pomočjo medsektorske strategije,
- zmanjšati neenakosti na področju zdravja.

3.2.2 Strategija Skupnosti na področju duševnega zdravja bi se lahko osredotočila na naslednje cilje:

- spodbujanje duševnega zdravja vseh ljudi,
- boj proti duševnim boleznim s preventivnimi ukrepi,
- izboljšanje življenjske kakovosti ljudi z duševnimi boleznimi in njihovo vključevanje v družbo ter zaščita njihovih pravic in dostojanstva,
- razvoj sistema za obveščanje, raziskave in znanje na področju duševnih bolezni za EU.

3.2.3 Možne pobude Skupnosti bi lahko vključevale priporočila Sveta o zmanjšanju depresivnega in samorilnega vedenja in temeljile na pilotnem projektu za oblikovanje regionalnih kanalov obveščanja, ki povezujejo zdravstveni sektor, bolnike in njihove družine, pobudnike skupnosti, kar je vodilo do zmanjšanja stopnje poskusa samomorov za 25 % med mladimi.

3.2.4 V okviru ukrepov za boljše vključevanje duševnih bolnikov v družbo Evropska komisija poziva države članice k pospešitvi procesa deinstitutionalizacije. Komisija je v zadnjih letih financirala raziskavo, ki je potrdila, da zamenjava psihiatričnih ustanov s službami Skupnosti omogoča izboljšanje kakovosti življenja bolnikov. Junija 2005 je bil objavljen razpis za raziskavo, ki bi analizirala in predstavila najboljši način uporabe razpoložljivih sredstev in predložila podatke o stroških deinstitutionalizacije.

3.2.5 V tem okviru bi lahko predvideli tudi druge pobude Skupnosti:

- Evropska unija bi lahko določila najboljše prakse za družbeno vključevanje in zagovarjanje pravic duševnih bolnikov.
- Položaj duševnih bolnikov in psihiatričnih ustanov bi morale zagotavljati temeljne pravice in človekove pravice, določene v Listini osnutka Evropske ustave.

3.2.6 Evropska unija želi izboljšati poznavanje duševnega zdravja s podporo raziskovalnih programov in spodbujanjem povezav med politiko in raziskavami.

4. Stališče o predlogih

4.1 *Pomen duševnega zdravja je povezan s številnimi dejavniki razvoja*

4.1.1 Pretekla leta so zaznamovali številni pojavi: izbruh povpraševanja v celotni družbi, sprememba vzorcev: od psihiatrije k duševnemu zdravju in nedvomen pojav bolnikov in sorodnikov na prizorišču. Vsak od teh vidikov je vodil do zakonodajnih sprememb ali sprememb na področju predpisov, in sicer z različno hitrostjo v posameznih državah in glede na stopnjo upoštevanja na politični ali upravni ravni.

4.1.2 Množično povpraševanje, ki je zasitilo celotne storitve, je povezano s kompleksno interakcijo med spremenjeno družbeno podobo duševne bolezni in psihiatrijo, ki je postala bolj splošno sprejeta in manj stigmatizirana, ter ponujenimi storitvami. Sprememba, ki je vidna v vseh razvitih državah v enakem obdobju, se odraža v epidemiologiji: 15 do 20 % diagnosticiranih duševnih motenj, ki prevladujejo v vseh letih med splošno populacijo, 12 do 15 % — enako kot število bolezni srca in ožilja in dvakrat več kot bolezni raka — se konča z invalidnostjo, kar predstavlja 30 % vseh izgubljenih let zaradi prezgodnje smrti ali invalidnosti (vir: WHO, 2004). Ta pritisk se prav tako odraža pri širitvi zdravstvenega planiranja, ki je psihiatriji v letih dodelilo več nalog.

4.1.3 Združitve zahtev množice in spremenjenega pojmovanja je povzročila večje povpraševanje po ambulantnem zdravljenju, s čimer se je zameglilo tradicionalno razlikovanje med zdravjem in boleznijo, saj se je poudarek preusmeril na kontinuiteto različnih kliničnih stanj, vse do duševnih motenj. Zaradi tega ni več mogoče ločevati med duševnimi motnjami in družbenim okoljem, v katerem se pojavijo, družbeni vpliv na duševne motnje pa je treba vključiti v oceno potreb. Danes je pomemben del psihiatrije natančno določiti razliko med psihiatričnimi in nepsihiatričnimi primeri in opredeliti, kateri primeri dejansko potrebujejo psihiatrično pomoč, ne da se pri tem

omeji samo na ta zorni kot, da tudi drugi partnerji lahko prevzamejo del bremena ali ponovno postanejo ključni akterji v okviru pomoči oziroma zdravljenja. Te dialektične napetosti med zdravstvenim, etičnim in organizacijskim področjem, ki so lahko včasih v konfliktu, pričajo o premiku psihiatričnega modela k duševnemu zdravju. Terminologija s tega področja je lahko včasih protislovna, tudi v javnih dokumentih. Kljub vsemu je razlikovanje med pojmom psihiatrija in duševno zdravje v mednarodni literaturi precej jasno.

4.1.4 Eden zadnjih (in nikakor ne najmanj pomembnih) vidikov je bila naraščajoča moč uporabnikov in družinskih predstavnikov. To priča o splošnem razvoju odnosa med bolnikom in zdravnikom, tako v Franciji kot drugod po svetu, ki se ne omejuje na psihiatrijo in ki so ga nekatera bolezenska stanja, kot je na primer aids, še okrepila. Najbolj očiten znak te spremembe je pojav zakonodaje o pravicah bolnikov, administrativni dokumenti v zvezi z organizacijo psihiatričnih storitev in odgovorov na potrebe ter njeno izvajanje.

4.1.5 Poleg tega se je povečala tudi vloga predstavnikov skupnosti in potencialnih uporabnikov, povezanost med politiko, politikom mest in duševnim zdravjem je postala vedno jasnejša. Izvoljeni politični predstavniki so bili vedno bolj vključeni v odzive razvoja psihiatrije, ki je vedno bolj potrebovala njihovo pomoč.

4.1.6 Ta razvoj je povzročil izjemno ostro neravnotežje med bolnišnico in ambulantno oskrbo ter težave s fleksibilnostjo v celotnem poteku oskrbe, od urgentnih posegov do zdravstveno-socialnih storitev. Poudaril je tudi pogoste primere neučinkovite deinstitutionalizacije, in nedokončane vključitve psihiatrije v okvir splošne bolnišnice. Ker so meje med zdravstvenim in socialnim sektorjem ter med poklici in izobraževanjem prepustne, je začetno in nadaljevalno usposabljanje za nove poklice ključ za prihodnost. Poleg teh sprememb so se pojavile nove težave, na primer duševni bolniki med zaporniki in starejši ljudje z nevrodegenerativnimi obolenji, ki prehajajo v duševne motnje, ter posebno zapostavljene skupine prebivalstva.

4.1.7 Občutljive izkušnje koncentracijskih taborišč in na področju človekovih pravic, kritičen pogled na psihiatrično hospitalizacijo, kakršna se je izvajala v tistem času, prihod psihotropnih zdravil na trg, pojav gibanj bolnikov in proračunske omejitve so konec druge svetovne vojne v večini držav psihiatrijo potisnili v razvoj, ki ga mednarodna literatura anglosaksonske tradicije imenuje „proces deinstitutionalizacije“, torej organiziranje zdravljenja in storitev, ki se izvaja manj v okviru institucij in bolj v obliki zdravljenja, pri katerem bolnik ostaja v svojem naravnem okolju.

4.1.8 Vendar so se vedno, ko je deinstitutionalizacija dala prednost dehospitalizaciji, pojavljale težave: sodno reševanje zadev ali težnja družbe in psihiatrije k temu, da se veliko število duševnih bolnikov pošlje v zapor ali se jih tam obdrži; marginalni ali ranljivi bolniki, ki so prekinili z zdravljenjem, ostali brez doma in socialnih storitev, so bili prepuščeni samim sebi ter postali brezdomci; „sindrom vrtljivih vrat“ (revolving door), torej redna vračanja določenega števila bolnikov, ki so vedno znova, v nikoli končanem krogu prihajali in odhajali v bolnišnico. Sčasoma — in zaradi zmanjševanja finančnih sredstev — so zaradi kombinacije teh pojavov in zahtev množic urgence in bolnišnice postale prenasočene. Zato je bilo treba dati na voljo dodatne bolniške postelje za hospitalizacijo, ki bi se jim morda lahko izognili. K temu trendu so včasih prispevali resni incidenti, na primer agresivni napadi duševnih bolnikov ali napadi nanje. V teh okoliščinah je javno mnenje lahko vplivalo na boljše političnega odločanja in zahtevalo ukrepe glede javne varnosti ali pripravo strategij na področju duševnega zdravja.

4.2 Obveščanje in mediji

Mediji duševno zdravje najpogosteje obravnavajo v povezavi z nasilnimi dejanji duševnih bolnikov, čeprav ta niso pogostejša kot v primeru celotnega prebivalstva. Posledica tega je poudarjanje posledic, torej negativne slike duševnega področja, in potrebe po večji varnosti, kar vodi v povečevanje nestrpnosti in zavračanje duševnih bolnikov. Obveščanje v zvezi z duševnim zdravjem torej ne sme biti več neobvladljivo in vedno bolj občutljivo področje, temveč si moramo s pomočjo medijev ter medijskih strokovnjakov prizadevati doseči široko javnost in tako preprečiti hude posledice.

4.3 Pogoji in vsebina skupne strategije za spodbujanje duševnega zdravja

4.3.1 EESO podpira pobudo Komisije za oblikovanje integrirane evropske strategije na področju duševnega zdravja in meni, da mora razprava o raziskavah, opredelitvi in razvijanju takšne strategije potekati v okviru družbe znanja. To med drugim pomeni, da mora evropska družba:

- imeti jasno predstavo glede konceptov, povezanih z duševnim zdravjem, in njihovega pomena,
- natančno razumeti sedanji obseg problematike in njen možen prihodnji razvoj,
- trdno podpirati resnično sodelovanje evropske družbe pri oblikovanju pogojev, potrebnih za razvijanje integriranih rešitev.

4.3.2 Takšen obseg potreb zato zahteva ambiciozen program in opredelitev skupne strategije, ki bo temeljila na nekaj skupnih načelih. Poudariti je treba tudi, da so manj obsežne težave z zdravjem prav tako prednostno obravnavane. V evropskih državah situacija na področju duševnega zdravja ni

enaka, v prihodnosti pa bo poleg tega tudi obremenjena z zaostankom, ki se lahko še poveča v primeru držav, ki se kratkoročno še ne bodo pridružile Skupnosti.

Nekatere pogoje lahko določimo že na tej točki.

4.3.3 Preden opredelimo skupno strategijo, je treba oblikovati skupno definicijo strokovnih izrazov in konceptov, kot je na primer pojem „slabo duševno zdravje“ in „oseba z duševno boleznijo“.

4.3.4 Za učinkovito opredelitev strategije je pomembno tudi, da se duševno zdravje prizna kot prednostna naloga, v skladu z dejanskimi potrebami.

4.3.5 Po drugi strani potrebujemo tudi opis dejanskega stanja potreb in trenutnih odgovorov nanje.

4.3.6 Glede ukrepov so predlogi zelene knjige dobrodošli. Predlogi za spodbujanje duševnega zdravja se osredotočajo na otroke in mladoletnike, aktivno prebivalstvo in starejše ljudi.

4.4 Za pristop do duševnega zdravja, ki združuje osebo z njeno okolico

4.4.1 Duševno zdravje obravnava duševno motnjo osebe znotraj njene družine in življenjskega okolja v dani družbi. Na tem področju ločimo več pristopov:

- ukrepe za boj proti duševnim boleznim, ki morajo združevati preprečevanje, nego in ponovno vključitev v družbo,
- preventivne ukrepe za specifične skupine,
- zagotavljanje oskrbe za specifične skupine prebivalstva z duševnimi boleznimi,
- pozitivni ukrepi v zvezi z duševnim zdravjem, usmerjeni v zmanjševanje škodljivega obnašanja posameznikov, skupin ali same družbe.

4.4.2 S tega zornega kota se je treba osredotočiti na tri vidike preprečevanja (primarni, sekundarni in terciarni) v skladu z ustreznim področjem. Razviti je treba ukrepe za spodbujanje duševnega zdravja in za obveščanje javnosti, za privzemanje in ohranjanje zdravih življenjskih navad in ustvarjanja okolja, ki omogoča osebnostni razvoj. Enako velja za druge preventivne ukrepe, ki se s ciljem zmanjševanja posledic duševnih motenj usmerjajo v dejavnike tveganja in bolezenska stanja, na primer:

- zgodnje posredovanje pri materah in dojenčkih, ki kažejo simptome depresije ali občutka psihične šibkosti,
- ciljni ukrepi pri otrocih s šolskim neuspehom,
- obveščanje in podpora družin, ki so soočene s primeri duševne bolezni,

— študije dejavnikov tveganja ali dejavnikov duševne bolezni v različnih kulturnih in etničnih okoljih,

— vzpostavitev posvetovalne psihiatrične metode, ki omogoča bolj holističen pristop k psihosomatskim bolezenskim stanjem ter aktivno in pasivno vključitev družine (spoznavanje življenjskih strategij in načinov podpore bolnim, po potrebi tudi finančne). Psihološka podpora je bolj zaželeno kot sama uporaba psihotropnih zdravil.

4.4.3 Odgovor na potrebe otrok in mladostnikov je nedvomno prednostna naloga. Zahteve po tem ne izražajo le družine, temveč tudi izobraževalne, sodne in socialne institucije, policija ali skupnost, ki se srečujejo z vedno bolj resnimi situacijami pri vedno mlajših otrocih in družinah z večplastnimi težavami. Družbene spremembe najbolj občutijo prav družine in otroci.

4.4.4 Koherentna in usklajena organizacija bi morala ponuditi vrsto usklajenih storitev, oblikovanih okrog treh osnovnih modulov ali programov:

- program, namenjen predšolskim otrokom, družinam in partnerjem, dejavnim s to starostno skupino na socialnem, vzgojnem in sodnem področju,
- program, namenjen otrokom v obdobju šolanja, družinam in partnerjem,
- program, namenjen mladostnikom, njihovim družinam in partnerjem.

4.4.5 Vsak modul bi moral poleg običajne ambulantne oskrbe omogočiti tudi bolj intenzivno oskrbo v institucijah, prilagojeno starosti, oskrbo v primerih akutne krize in dolgotrajno oskrbo. Za zagotovitev hitrosti in fleksibilnosti teh programov bi morala biti posvetovalna psihiatrična oskrba vključena v zgodnje odkrivanje bolezni, preprečevanje kriz in v ambulantno pomoč družinam in partnerjem.

4.4.6 Tem osnovnim programom bi morali dodati specializirane programe, namenjene rizičnim skupinam prebivalstva ali situacijam, s čimer bi lahko uresničili primarno in sekundarno preprečevanje pri zgodnjem diagnosticiranju razvojnih motenj, nekaterih bolezni v zgodnjem otroštvu, zgodnji disfunkcionalni starševski skrbi, mladih samskih materah, družinah z večplastnimi težavami, mladoletniški odvisnosti itd. Posebno pozornost je treba nameniti tudi socialnim, vzgojnim in sodnim institucijam (vključno s preventivnimi institucijami in zapori), ki sprejemajo osebe z resnimi socialnimi težavami, ki že imajo (ali pa lahko razvijejo) psihične motnje kot posledice ponavljajočih se težavnih osebnih situacij.

4.5 Odnosi med delom, brezposelnostjo in zdravjem

4.5.1 Pozornost je treba posvetiti tudi izboljšanju pogojev dela ali obdobja brezposelnosti, ki prav tako vplivata na duševno zdravje. Področje dela in duševnega zdravja se med

drugim dotika vprašanj vrednosti, namenjene delu, osebni ceni zanj ali vplivu nezaposlenosti in invalidnosti.

4.5.2 Odgovori na ta vprašanja, ki sicer spadajo na področje družbene izključenosti, so pomembni tudi za duševno zdravje.

4.5.3 Pojem staranja prav tako zahteva ustrezne odgovore. Le 20 % starejših oseb lahko obdobje svojega staranja, kot to imenuje WHO, opiše kot „uspešno staranje“, kar pomeni, da jih 80 % trpi (za boleznimi ali izgubo samostojnosti). Duševne bolezni s starostjo ne izginejo, prav nasprotno. Senilna demenca je pri 60 letih redka (1 %), po 85 letu pa prizadene 30 % oseb te starostne skupine. Te osebe imajo v 70 % primerov vedenjske motnje.

4.6 Prosilci za azil

4.6.1 Problematika duševnega zdravja se pojavi tudi v primeru prosilcev za azil, in sicer ob začetku postopka, glede kraja bivanja in življenjskih pogojev ter njihovega osebnega življenja, ki zajema osebno zgodovino osebe in psihično temporalnost. Resnost doživetih travm, ki pogosto vključujejo skrajno, namensko in skupinsko krutost, priča o situacijah organiziranega nasilja. Pri tem delu prebivalstva post-travmatični stres pogosto spremlja še izguba več bližjih oseb in zelo boleča izkušnja izgnanstva.

4.7 Problematika duševnega zdravja

4.7.1 Vprašanje duševnega zdravja nastopi tudi pri velikem številu oseb v zaporu, ki ima na voljo le malo oskrbe.

4.7.2 Treba bi bilo podpreti programe za preprečevanje depresij, samomorov in odvisnosti.

4.7.3 Sprememba modela v okviru deinstitutionalizacije sega v začetek devetdesetih let. Zaznamuje jo konec obdobja upadanja hospitalizacije in iluzij o deinstitutionalizaciji ter potreba po kombinaciji učinkovite podpore v skupnosti in dnevne bolnišnične oskrbe. Če je hospitalizacija preveč poudarjena, sredstev ni mogoče nameniti za razvijanje cele vrste storitev v skupnosti, ki jih potrebujejo bolniki in njihove družine. Po drugi strani ambulantnemu zdravljenju ni mogoče dati prednost, če niso obenem ves čas na voljo tudi bolnišnične storitve. Te morajo biti v primerih nenadnega poslabšanja zdravstvenega stanja, ki ga ni mogoče zdraviti na drug način, dostopne takoj in za kratko obdobje. Poleg tega lahko bolnišnične storitve zmanjšamo le, če to omogočajo ustrezne možnosti ambulantnega zdravljenja, na primer s spremljanjem dolgoročno hospitaliziranih bolnikov in ustrezno pripravo na njihovo odpustitev iz bolnišnice, spremljanjem bolnikov, ki prejemajo oskrbo v okviru skupnosti (da zagotovimo, da je oskrba primerna in ustrezna za njihove potrebe), in, če je potrebno, z izmenično ambulantno in bolnišnično oskrbo.

4.7.4 Na odločitev, ali duševnega bolnika zdravimo na podlagi hospitalizacije ali ambulantnega zdravljenja, vplivajo različni dejavniki, kot je kultura in način izobraževanja strokovnjakov, stopnja bolnikove izolacije ali splošni družbeno-kulturni dejavniki (na primer strpnost družbe, dejavniki negotovosti na obravnavanem področju), ki povečujejo možnost izbire za eno ali drugo obliko zdravljenja. Tako je torej nemogoče podati kategorična priporočila glede števila postelj, potrebnih za bolnike v akutni fazi, ne da pri upoštevanju lokalne okoliščine.

4.7.5 Poleg tega je najpomembnejši dejavnik narava zdravljenja — kakšne so njegove prednosti, katerim potrebam je namenjen, kakšna je njegova učinkovitost — in ne le kraj, kjer se izvaja.

4.7.6 Bolnišnična oskrba ima običajno priznane prednosti, kot je usposobljeno osebje, varno in primerno okolje za bolnike in izvajanje dela v dovolj varnih okoliščinah. Vendar pa se s pomanjkanjem postelj te prednosti zmanjšajo, saj lahko nekateri težavnejši bolniki s hudim bolezenskim stanjem na nesprejemljiv ali nevaren način preveč zaustavljajo normalen potek dela.

4.7.7 Veliko število mednarodnih in francoskih raziskav kaže, da se lahko do 40 % bolnikov z akutnimi motnjami, ki samostojno ali na podlagi napotitve čakajo na hospitalizacijo, preusmeri v alternativne terapevtske oskrbe, pod pogojem, da se s tem sami strinjajo ali da privolijo ob podpori svojih bližnjih oziroma s pomočjo omrežij socialne podpore (pomoč v nujnih in kriznih primerih). Glede na to, da so alternativni pristopi vedno učinkovitejši, postaja hospitalizacija vedno bolj namenjena najbolj „neizogibnim“ primerom: bolnikom, ki nujno potrebujejo dvojen pregled, psihiatrični in telesni, bolnikom s posebno težkimi mešanimi akutnimi bolezenskimi

stanji, s hudimi ponovitvami znanih psihiatričnih bolezni ali z neobvladljivim nasilnim in samomorilskim vedenjem itd., pri katerih je hospitalizacija pogosto prisilna. Videli bomo, da to vpliva na organizacijo in na zdravljenje.

4.7.8 Z upoštevanjem zgoraj navedenega priporočajo te raziskave 0,5 postelje na 1 000 odraslih prebivalcev za bolnike v akutni fazi. Če želimo doseči cilj 80 do 85-odstotne zasedenosti služb, kot priporočamo, bo to število treba spremeniti. Ta minimalni prag seveda predvideva, da je alternativna oskrba pred in po hospitalizaciji na voljo zadovoljivo opremljena in učinkovita ter ne vključuje postelj za akutne bolnike, ki prejemajo psihiatrično pomoč v okviru kazenskega sodnega sistema, za mladoletnike ali za starejše osebe. Če ambulantni pogoji niso izpolnjeni, bi preveliko približanje temu pragu vodilo v potrebo po novih posteljah za psihiatrične ali zdravniške potrebe, kar bi bilo izjemno drago.

4.8 Okolje oskrbe

4.8.1 Prag števila postelj se lahko od države do države razlikuje, minimalni standardi namestitve pa so lahko bolj natančno določeni. Sobe morajo biti prilagojene namenu in, tudi če je oprema starejša, spoštovati sodobne vrednote dostojanstva in spoštovanja uporabnikov. Bolniki morajo nujno okrevati v primernem okolju. Oceniti je treba okoljska tveganja in jih upoštevati pri posebnih potrebah bolnikov.

4.8.2 Bolniki bi morali imeti dostop do različnih oblik zdravljenja, ki lahko prispevajo k njihovi oskrbi in zdravljenju ter ju dopolnjujejo. Ugodno okolje ustvarja tudi primerno usposobljeno, izkušeno osebje s človeškim pristopom, dejavno na področju duševnega zdravlja.

Bruselj, 17. maj 2006

Predsednica

Evropskega ekonomsko-socialnega odbora

Anne-Marie SIGMUND