

**Opinia Europejskiego Komitetu Ekonomiczno-Społecznego w sprawie Zielonej księgi zatytułowanej „Poprawa zdrowia psychicznego ludności — strategia zdrowia psychicznego dla Unii Europejskiej”**

COM(2005) 484 końcowy

(2006/C 195/11)

Dnia 14 października 2005 r. Komisja, działając na podstawie art. 262 Traktatu ustanawiającego Wspólnotę Europejską, postanowiła zasięgnąć opinii Europejskiego Komitetu Ekonomiczno-Społecznego w sprawie Zielonej księgi zatytułowanej „Poprawa zdrowia psychicznego ludności — strategia zdrowia psychicznego dla Unii Europejskiej”

Sekcja ds. Zatrudnienia, Spraw Społecznych i Obywatelstwa, której powierzono przygotowanie prac Komitetu w tej sprawie, przyjęła swoją opinię 3 maja 2006 r. Sprawozdawcą był Adrien BEDOSSA.

Na 427. sesji plenarnej w dniach 17 i 18 maja 2006 r. (posiedzenie z dnia 17 maja 2006 r.) Europejski Komitet Ekonomiczno-Społeczny stosunkiem głosów 142 do 1 (1 osoba wstrzymała się od głosu) przyjął następującą opinię:

## 1. Streszczenie

Jest to jednoznaczne uznanie znaczenia zdrowia psychicznego w Europie. W tym celu konieczne jest opracowanie strategii:

- obejmującej następujące cele:
  - poprawę informowania o zdrowiu,
  - skuteczniejsze reagowanie na zagrożenia dla zdrowia,
  - zmniejszenie nierówności w zakresie opieki zdrowotnej,
  - zagwarantowanie wysokiego poziomu ochrony społecznej i dobrego stanu zdrowia w ramach międzysektorowej strategii zdrowia,
- określającej następujące cele:
  - ochronę zdrowia psychicznego wszystkich obywateli,
  - przyznanie znaczącej roli zapobieganiu,
  - poprawę warunków bytowych chorego,
  - opracowanie systemu informacji i programu badań dla Unii Europejskiej,
- zawierającej zalecenia, w szczególności:
  - pilotażowy projekt utworzenia regionalnych sieci wymiany informacji między wszystkimi zainteresowanymi stronami,
  - ułatwienie procesu dezinstytucjonalizacji, aby lepiej wykorzystywać dostępne środki,
- określającej najlepsze wzorce sprzyjające integracji społecznej i obronie praw chorych psychicznie. Powinny one zostać uwzględnione przez Agencję Praw Podstawowych Unii Europejskiej.

Szczególne znaczenie zdrowia psychicznego jest wynikiem specyficznej rozwoju następujących czynników:

- nagłe powstanie zjawiska masowego ogromnego zapotrzebowania na pomoc psychiatryczną w ramach troski o zdrowie psychiczne,

- nieodwracalne włączenie się do debaty użytkowników lub ich przedstawicieli, co wywołuje interakcje na temat wszystkich dziedzin polityki,

- brak równowagi między leczeniem szpitalnym a ambulatoryjnym oraz problemy elastyczności całego sektora opieki zdrowotnej — od ratownictwa do opieki medycynej socjalnej.

## 2. Przedstawienie problemu

2.1 Zaburzenia psychiczne stanowią jedną z dziesięciu głównych przyczyn niepełnosprawności na świecie. Z tego względu mają one dramatyczne konsekwencje społeczno-gospodarcze dla jednostek, ich rodzin i rządów.

2.2 Osoby dotknięte zaburzeniami psychicznymi często muszą stawiać czoła dyskryminującym zachowaniom lub wykluczeniu. Poważnie naruszane są także ich prawa podstawowe.

2.3 Zaobserwować można specyficzną relację między problemem zdrowia psychicznego a ubóstwem, które zwiększa ryzyko zaburzeń psychicznych i zmniejsza możliwość dostępu do istotnych dla zdrowia psychicznego zabiegów. Problemy związane ze zdrowiem psychicznym powinny zatem znaleźć się wśród pierwszoplanowych zagadnień zdrowia publicznego na poziomie krajowym.

2.4 Tymczasem zdrowie psychiczne jest rzadko uznawane za priorytet polityki zdrowotnej, po części ze względu na fakt, że nie wszystkie kraje mają możliwości ustanowić skuteczną i pełną opiekę w zakresie zdrowia psychicznego.

2.5 Wspólnotowy instrument zdrowia psychicznego wpisuje się w oparty na art. 152 Traktatu program Unii Europejskiej na rzecz zdrowia publicznego na lata 2003-2008, należy jednak zauważyć, że działania podjęte na tej podstawie muszą uwzględniać odpowiedzialność państw członkowskich za organizację opieki zdrowotnej i zapewnienie świadczeń medycznych.

2.6 Celem przyjętej przez Komisję zielonej księgi jest otwarcie szerokiej debaty w ramach europejskiego planu działania, dotyczącej poprawy zarządzania zagadnieniami chorób psychicznych i propagowania dobrego samopoczucia psychicznego w Unii Europejskiej, z następujących powodów:

- Zdrowie psychiczne i fizyczne są nierozłączne i równie ważne dla jednostek, jak i dla społeczeństwa. Zdrowie psychiczne pozwala jednostce na rozwój, znalezienie miejsca w życiu społecznym, szkolnym, zawodowym, jest źródłem spójności społecznej mającej zasadnicze znaczenie dla Unii Europejskiej, która dąży do zbudowania społeczeństwa opartego na wiedzy.
- Ciężar zaburzeń psychicznych jest ogromny, wszyscy mają w swoim otoczeniu bliską osobę cierpiącą na zaburzenia psychiczne. Wpływają one niekorzystnie na jakość życia chorych i ich rodzin. Są poważną przyczyną niepełnosprawności.
- Koszty społeczne i gospodarcze chorób psychicznych są bardzo wysokie: poważnie obciążają one zasoby społeczeństwa, jego mechanizmy gospodarcze, edukacyjne, społeczne, karne i sądowe; w niektórych krajach istnieją dowody na to, że są one jedną z przyczyn nieobecności w pracy i wcześniejszego przechodzenia na emeryturę lub rentę inwalidzką.
- Wykluczenie społeczne i napiętnowanie osób cierpiących na choroby psychiczne, a także ich dyskryminowanie, należą nadal do rzeczywistości. Takie traktowanie może naruszać prawa podstawowe i godność chorych, a także prowadzić do poczucia nieufności wobec społeczeństwa, a tym samym do zmniejszenia „kapitału społecznego Unii”.

2.7 Po europejskiej Konferencji Ministerialnej Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) na temat zdrowia psychicznego, która odbyła się w styczniu 2005 r., Komisja Europejska, będąca wraz z WHO współorganizatorem konferencji, opublikowała Zieloną księgę zatytułowaną „Poprawa zdrowia psychicznego ludności — strategia zdrowia psychicznego dla Unii Europejskiej” — odwołującą się do pojęcia zdrowia publicznego zawartego w art. 152 Traktatu — i rozpoczęła konsultacje w sprawie zdrowia psychicznego na szczeblu europejskim.

2.8 Jej jasno określony cel obejmuje poprawę zdrowia psychicznego obywateli europejskich w ramach strategii wykraczającej poza sektor sanitarny i przewidującej ogólny „powrót” do trwałego dobrobytu oraz do poprawy solidarności, sprawiedliwości społecznej i jakości życia.

2.9 Zielona księga ma być punktem wyjścia debaty i prowadzić w 2006 r. do rozpoczęcia procesu konsultacji z władzami publicznymi, specjalistami, stowarzyszeniami pacjentów, aby pod koniec 2006 r. przedstawić propozycje podlegające kompetencji wspólnotowej i które wejdą w skład strategii zdrowia psychicznego Unii Europejskiej.

### 3. Analiza i propozycje przedstawione w zielonej księdze

#### 3.1 Jednoznaczne stwierdzenie znaczenia zdrowia psychicznego dla Europy

3.1.1 Ocenia się, że 27 % dorosłych Europejczyków w ciągu danego roku doświadczyło złej formy psychicznej, z czego

6,3 % odczuwało zaburzenia somatyczne, 6,1 % — depresje, a kolejne 6,1 % — fobie.

3.1.2 Liczba samobójstw odnotowywana w krajach Unii przekracza liczbę zgonów w wypadkach drogowych lub w wyniku zakażenia wirusem HIV/AIDS.

3.1.3 Konsekwencje zaburzeń psychicznych dla społeczeństwa są wielorakie. Sprawozdanie proponuje ich ocenę finansową, która obejmuje utratę produktywności, wydatki ponoszone przez system opieki społecznej i nauczania oraz wymiar sprawiedliwości.

3.1.4 Zaobserwowano duże różnice między państwami członkowskimi, jak również w obrębie każdego z nich.

#### 3.2 Uzasadnienie znaczenia strategii zdrowia psychicznego na szczeblu wspólnotowym

3.2.1 Obecnie program Unii Europejskiej na rzecz zdrowia psychicznego obejmuje różne działy dotyczące:

- poprawy informowania o zdrowiu,
- skutecznego reagowania na zagrożenia dla zdrowia,
- zagwarantowania wysokiego poziomu ochrony społecznej i dobrego stanu zdrowia w ramach międzysektorowej strategii zdrowia.
- zmniejszenia nierówności w dziedzinie zdrowia.

3.2.2 Wspólnotowa strategia zdrowia psychicznego mogłaby być ukierunkowana na następujące cele:

- ochronę zdrowia psychicznego wszystkich obywateli,
- uwzględnienie problemu złego stanu zdrowia psychicznego w działaniach zapobiegawczych,
- poprawę jakości warunków bytowych chorych psychicznie poprzez integrację społeczną oraz określenie ich praw i ich godności,
- opracowanie dla Unii Europejskiej systemu informacji, badań i wiedzy w tej dziedzinie.

3.2.3 Wśród przewidywanych inicjatyw wspólnotowych zalecenia Rady mogłyby dotyczyć zmniejszenia zachowań depresyjnych i samobójczych w oparciu o projekt pilotażowy polegający na utworzeniu regionalnych sieci informacyjnych obejmujących sektor zdrowia, pacjentów i ich rodziny oraz animatorów, który doprowadził do zmniejszenia prób samobójczych wśród młodzieży o 25 %.

3.2.4 W ramach działań na rzecz lepszej integracji społecznej chorych psychicznie Komisja wzywa państwa członkowskie do przyspieszenia dezinstytucjonalizacji. Finansowane przez nią w ostatnich latach badania potwierdziły, że zastąpienie placówek psychiatrycznych świadczeniami organizowanymi na szczeblu lokalnym pozwalało poprawić jakość życia pacjentów. W czerwcu 2005 r. ogłoszono przetarg na badanie obejmujące analizę i opracowanie sposobu jak najlepszego wykorzystania środków. Dostarczy ono dane liczbowe na temat dezinstytucjonalizacji.

3.2.5 Na tej podstawie można by przewidzieć inne inicjatywy wspólnotowe:

- Unia Europejska mogłaby wyłonić najlepsze wzorce postępowania sprzyjające integracji społecznej i obronie praw osób cierpiących na choroby psychiczne,
- sytuacja chorych psychicznie i placówek psychiatrycznych powinna podlegać gwarancjom w ramach praw podstawowych i praw człowieka przewidzianych w Karcie zawartej w projekcie konstytucji europejskiej.

3.2.6 Unia Europejska pragnie pogłębić wiedzę na temat zdrowia psychicznego popierając programy badawcze i tworząc warunki sprzyjające powstawaniu wspólnej płaszczyzny wymiany między ośrodkami decyzyjnymi a środowiskiem badawczym.

#### 4. Uwagi dotyczące propozycji

4.1 *Zwrócenie szczególnej uwagi na zdrowie psychiczne pojawia się u zbiegu kilku czynników związanych z rozwojem*

4.1.1 Dla ostatnich lat charakterystyczne były następujące zmiany: zjawisko masowego i nagłego pojawienia się ogromnego zapotrzebowania oraz pojawienie się paradygmatu — od psychiatrii ku zdrowiu psychicznemu, a także nieodwracalne włączenie do dyskusji pacjentów i przedstawicieli ich rodzin. Każdy z tych aspektów doprowadził — w różnym tempie w zależności od kraju — do zmian w ustawach lub przepisach, które odzwierciedlały uwzględnienie problemu przez instancje polityczne lub administracyjne, bez względu na jego zakres.

4.1.2 Masowe zapotrzebowanie, które doprowadziło do przepełnienia wszystkich placówek, jest związane ze złożoną interakcją między zmianami w postrzeganiu przez społeczeństwo stanu psychicznego i psychiatrii, która bardziej spowszedniała i jest mniej napiętnowana, a podażą. Zaobserwowane we wszystkich krajach rozwiniętych w tym samym okresie, odzwierciedla ono stan epidemiologiczny: diagnozuje się 15-20 % zaburzeń (roczna częstotliwość występowania w ogólnej populacji), 12-15 % z nich prowadzi do inwalidztwa (podobny wynik jest odnotowywany w przypadku chorób układu krążenia i dwa razy mniejszy w przypadku nowotworów). Są one przyczyną 30 % wszystkich utraconych lat życia w związku ze śmiertelnością, której można było uniknąć, lub niepełnosprawnością (źródło: WHO, 2004). Podobna presja znajduje również odzwierciedlenie w poprawie planowania sanitarnego, w ramach którego z upływem lat coraz liczniejsze zadania są powierzane psychiatrii.

4.1.3 Połączenie masowego zapotrzebowania i zmian postrzegania zwiększyło zapotrzebowanie na świadczenia ambulatoryjne, co przełamało klasyczną dychotomię między chorobą a zdrowiem, i wyraźniej zaznaczyło ciągłość spektrum różnych stanów klinicznych aż po cierpienie psychiczne. Umożliwiło ono oddzielenie obserwowanych zaburzeń od kontekstu społecznego towarzyszącego ich powstawaniu. Zmusza to do uwzględnienia odzewu społecznego tych zaburzeń przy ocenie zapotrzebowania. Znaczna część zadania spoczywającego na psychiatrii polega obecnie na sprecyzowaniu diagnozy między tym, co należy do sfery psychiatrii a

tym, co do niej nie należy, a także tym, co należy do niej w wystarczającym stopniu, aby interwencja psychiatryczna stała się konieczna, jednocześnie nie ograniczając się do niej, co pozwala dźwigać ciężar wspólnie z innymi partnerami lub pomóc im w odzyskaniu podmiotowej roli w terapii. Takie napięcia dialektyczne między sferą kliniczną, etyczną a organizacyjną, rodzące czasem konflikty, są przejawem zmiany paradygmatu — od psychiatrii do zdrowia psychicznego — i sprzecznej nieraz terminologii, również w dokumentach publicznych. W międzynarodowej literaturze rozróżnienie między terminami *psychiatria* a *mental health* nie wywołuje już jednak problemów.

4.1.4 Ostatni wreszcie aspekt, choć nie mniej ważny, to wzrost znaczenia pacjentów i przedstawicieli ich rodzin. Jest on przejawem ogólnej zmiany we Francji i na świecie, która nie ogranicza się do psychiatrii, i uwydatniła się poprzez niektóre choroby (AIDS) — dogłębną zmianą stosunku między lekarzem a chorym. Najznamienitszym tego przykładem są akty prawne określające prawa chorych, odniesienie do pacjentów i ich rodzin w dokumentach administracyjnych dotyczących psychiatrii w ramach organizowania świadczeń i odpowiedź na potrzeby oraz ich konkretne zastosowanie.

4.1.5 Do głosu doszli również przedstawiciele społeczeństwa i wszystkich potencjalnych pacjentów. Polityka, polityka miejska i zdrowie psychiczne w coraz większym stopniu ukazują wzajemne interakcje między tymi grupami. Wybierani przedstawiciele władz są coraz bardziej zaangażowani w skutki ewolucji psychiatrii, która w coraz mniejszym stopniu będzie przebiegała bez ich udziału.

4.1.6 Wspomniana ewolucja niezwykle wyraźnie uwypukliła brak równowagi między leczeniem szpitalnym a ambulatoryjnym oraz problemy elastyczności w całym sektorze opieki zdrowotnej — od ratownictwa do opieki społeczno-medycznej. Uwydatniła również częste niepowodzenia w dezinstytucjonalizacji i niewłączenie psychiatrii do ogólnego leczenia szpitalnego. Ze względu na płynność granic między opieką medyczną a opieką społeczną, między praktyką a kształceniem podstawowe i ustawiczne kształcenie specjalistów w zakresie nowych funkcji jest kluczem do przyszłych rozwiązań. Oprócz tych gwałtownych zmian pojawiły się nowe problemy, na przykład więźniów cierpiących na choroby psychiczne, osób starszych cierpiących na choroby neurodegeneracyjne prowadzące do upośledzenia psychicznego oraz problemy grup społecznych znajdujących się w szczególnie niekorzystnej sytuacji.

4.1.7 Koniec drugiej wojny światowej, uwrażliwienie na doświadczenia obozów koncentracyjnych i prawa człowieka, krytyczne spojrzenie na leczenie psychiatryczne w szpitalach wówczas stosowane, pojawienie się leków psychotropowych, powstanie ruchu konsumentów-pacjentów oraz ograniczenia budżetowe doprowadziły w większości krajów rozwiniętych do ewolucji psychiatrii, którą literatura światowa nazywa w nomenklaturze anglosaskiej procesem dezinstytucjonalizacji, czyli takiej organizacji świadczeń, która w mniejszym stopniu opiera się na hospitalizacji, a bardziej sprzyja pozostawieniu pacjenta w jego naturalnym otoczeniu.

4.1.8 Nadal napotymano na przeszkody, ilekroć dezinstytucjonalizacja dążyła do odejścia od leczenia szpitalnego: tendencja społeczeństwa i psychiatrii do przesyłania lub zamykania wielu chorych psychicznie w więzieniach; brak opieki nad pacjentami marginalizowanymi lub znajdującymi się w niestabilnej sytuacji, którzy przerwali lub zakończyli leczenie, nie mieli stałego miejsca zamieszkania ani prawa do świadczeń socjalnych w wyniku czego stali się bezdomni; „syndrom drzwi obrotowych (revolving door)”, to jest powtarzającego się schematu u niektórych pacjentów, którzy są umieszczeni w szpitalu, następnie wypisywani, aby powrócić ponownie do szpitala w ramach niekończącego się cyklu. Z biegiem czasu i przy kolejnych cięciach budżetowych połączenie takich zjawisk z masowym zapotrzebowaniem doprowadziło do przepełnienia oddziałów ratownictwa i systemu hospitalizacji i konieczności, często pod wpływem poważnych przypadków (chorzy psychicznie, którzy stają się napastnikami lub ofiarami), utworzenia dodatkowych całonocnych miejsc w szpitalach, czego prawdopodobnie można było uniknąć. Opinia publiczna mogła wówczas wpłynąć na decydentów politycznych i skłonić do skupienia się na aspektach bezpieczeństwa lub — przeciwnie — do przyjęcia programu zdrowia psychicznego.

#### 4.2 Informacja i media

Media najczęściej poruszają temat cierpień psychicznych, gdy osoby chore psychicznie przechodzą do czynów (choć nie są to przypadki częstsze niż wśród ogółu populacji). Taka sytuacja sprzyja powstaniu negatywnego wizerunku i umocnienia postawy obronnej, która prowadzi do wzrostu nietolerancji i odrzucenia chorych psychicznie. Stałe informowanie o zdrowiu psychicznym nie może pozostawiać obszarem nieuregulowanym i wzbudzającym niepokój. Powinno ono zapobiegać poważnym konsekwencjom i docierać do szerokiej opinii publicznej za pośrednictwem mediów i osób w nich pracujących.

#### 4.3 Warunki i elementy wspólnej strategii na rzecz zdrowia psychicznego

4.3.1 EKES popiera inicjatywę Komisji mającą na celu opracowanie całościowej europejskiej strategii w zakresie zdrowia psychicznego. Zdaniem Komitetu dyskusja na temat poszukiwania, określenia i opracowania tej strategii powinna się toczyć wokół pojęcia społeczeństwa opartego na wiedzy. Oznacza to, że społeczeństwo europejskie powinno, między innymi:

- mieć jasność co do pojęć w dziedzinie zdrowia psychicznego i co do ich zakresu,
- postrzegać precyzyjnie rozmiary problemu w jego dzisiejszej postaci, ale także jego dynamikę,
- znacznie zwiększyć swe zaangażowanie, by rzeczywiście uczestniczyć w tworzeniu warunków pozwalających na podejmowanie całościowych decyzji prowadzących do osiągnięcia rozwiązań.

4.3.2 W związku z tym, zakres potrzeb wymaga ambitnego programu i określenia wspólnej strategii opartej na kilku w pełni podzielanych zasadach. Należy podkreślić, że najważniejsze działania skupiają się na problemach zdrowotnych o

mniej znaczeniu. Ponadto zagadnienia zdrowia psychicznego są zróżnicowane w zależności od kraju europejskiego, a w przyszłości sytuacja będzie bardziej skomplikowana ze względu na opóźnienia mogące się jeszcze powiększać w krajach, które później przystąpią do wspólnoty.

Wydaje się, że już teraz można przytoczyć kilka warunków:

4.3.3 Na wstępie wspólna strategia wymaga wspólnych pojęć i znaczeń terminów, na przykład „zły stan psychiczny” lub „osoba upośledzona psychicznie”, na które społeczeństwo francuskie jest uwrażliwione.

4.3.4 Uznanie zdrowia psychicznego za priorytet na miarę potrzeb stanowi znaczny postęp na drodze do wprowadzenia niezbędnych środków na działanie.

4.3.5 Z drugiej strony stwierdzeniu temu powinien towarzyszyć stan rzeczy odpowiadający zarówno sferze potrzeb, jak i aktualnych rozwiązań.

4.3.6 Jeżeli chodzi o działania do przeprowadzenia, należy poprzeć te propozycje zielonej księgi, które dotyczą zdrowia psychicznego, kładą nacisk na dzieci i nastolatki, populację aktywną i osoby starsze.

#### 4.4 Zdrowie psychiczne obywateli

4.4.1 Zdrowie psychiczne dotyczy problemu złego samopoczucia jednostki w jej otoczeniu, środowisku i społeczeństwie. Łączy się z nim wiele rozwiązań:

- mechanizm walki z chorobami psychicznymi, który musi obejmować zapobieganie, opiekę i reintegrację,
- działania zapobiegawcze skierowane do docelowych grup ludności,
- opieka ukierunkowana na cierpienia pewnych grup społeczeństwa,
- pozytywne działania na rzecz zdrowia psychicznego, które mogą zmienić szkodliwe zachowania bez względu na to, czy dotyczą one jednostek, grup lub całego społeczeństwa.

4.4.2 Z tego punktu widzenia należy położyć nacisk na trzy elementy zapobiegania: pierwotny, wtórny i trzeciorzędny, w sposób dostosowany do danej dziedziny. Należy rozwijać inicjatywę na rzecz zdrowia psychicznego i informowania opinii publicznej, wdrażania i stosowania zdrowych nawyków oraz utworzenia klimatu sprzyjającego rozwojowi osobistemu. Dotyczy to również zapobiegania, którego celem jest zmniejszenie występowania zaburzeń psychicznych poprzez uwzględnienie czynników ryzyka i sytuacji patogennych, i którego przykłady są następujące:

- wczesna interwencja wobec matek i niemowląt wykazujących zachowania depresyjne i poczucie niespełnienia,
- interwencje skierowane na dzieci mające trudności w nauce,
- informowanie i wspieranie rodzin skonfrontowanych z chorobą psychiczną,

- badanie czynników ryzyka lub czynników związanych z objawami cierpienia lub choroby w zależności od kręgu kulturowego, z którego dane osoby pochodzą,
- psychiatria oparta na kontakcie pozwalająca na bardziej całościowe podejście do zaburzeń psychosomatycznych oraz na czynne i bierne zaangażowanie rodziny (uczenie sposobów życia i udzielania wsparcia dla chorych oraz, w razie potrzeby, pomoc finansowa); pomoc psychologiczna jest bardziej wskazana niż stosowanie leków psychotropowych bez żadnego wsparcia.

4.4.3 Odpowiedź na potrzeby dzieci i nastolatków jest traktowana priorytetowo z oczywistych względów. Zapotrzebowanie zgłaszają nie tylko, ani nie wyłącznie rodziny. Składają je również placówki wychowawcze, sądowe, społeczne, policja lub samorządy wobec coraz bardziej ekstremalnych sytuacjami dotyczących coraz młodszych dzieci i rodzin borykających się z różnymi problemami. Zmiany społeczne najbardziej uderzają właśnie w rodziny i dzieci.

4.4.4 Spójna i skoordynowana organizacja powinna oferować gamę świadczeń skoordynowanych i zebranych w trzy moduły bądź programy podstawowe:

- moduł poświęcony małym dzieciom, rodzinom i partnerom z organizacji społeczno-zdrowotnych, edukacyjnych i sądowniczych, które zajmują się tą kategorią wiekową,
- moduł poświęcony dzieciom w wieku szkolnym, rodzinom i partnerom,
- moduł przeznaczony dla nastolatków, ich rodzin i partnerów.

4.4.5 Każdy moduł powinien oferować opiekę ambulatoryjną w miejscach konsultacji, bardziej intensywną opiekę instytucjonalną, zgodnie z formułami dostosowanymi do wieku, opiekę w okresach nasilenia choroby i opiekę długoterminową. Psychiatria kontaktowa, dbająca o reaktywność i mobilność modułów, byłaby zaangażowana we wczesne wykrywanie ataków, zapobieganie im i wsparcie ambulatoryjne dla rodzin i partnerów.

4.4.6 Moduły podstawowe byłyby uzupełnione specjalnymi programami skierowanymi do ludności lub związanymi z sytuacjami ryzyka, które umożliwiłyby działania zapobiegawcze pierwotne i wtórne: wczesne wykrywanie zaburzeń związanych z uporczywymi zaburzeniami rozwoju psychicznego, niektórych patologii wczesnego dzieciństwa, nieprawidłowych zachowań rodzicielskich na wczesnym etapie, młodych samotnych matek, rodzin z różnymi problemami, zaburzeń u młodych ludzi związanych z uzależnieniami itp. Szczególną uwagę należy zwrócić na struktury społeczne, edukacyjne i sądowe (komórki prewencji, więzienia), które mają do czynienia z poważnymi przypadkami społecznymi, wykazującymi powiązane zaburzenia psychiczne, lub u których występuje ryzyko ich ujawnienia się, zważywszy na spiętrzające się wyjątkowo trudne sytuacje.

#### 4.5 Związki między pracą, bezrobociem a zdrowiem

4.5.1 Poprawa warunków pracy i braku pracy (bezrobocia) musi zostać włączona do działań promocyjnych ze względu na ich wpływ na zdrowie psychiczne. Temat pracy w powiązaniu

ze zdrowiem psychicznym jest związany z wartością przypisywaną pracy i jej kosztami personalnymi, skutkami bezrobocia, niepełnosprawnością.

4.5.2 Równie ważne dla zdrowia psychicznego jest znalezienie odpowiedzi na zagadnienie wykluczenia społecznego.

4.5.3 Wreszcie starzenie się społeczeństwa wymaga dostosowanych odpowiedzi. Według WHO 20 % osób starszych przeżywa tzw. udaną starość, co oznacza, że 80 % cierpi (choroby, utrata autonomii). Starzenie się nie eliminuje chorób psychicznych, wręcz przeciwnie. Demencja, która nie występuje w wieku 60 lat (1 %) staje się częstsza po 85 roku życia (30 %). W tym wieku zaburzenia zachowania odnotowuje się w 70 % przypadków.

#### 4.6 Osoby ubiegające się o azyl

4.6.1 Problem zdrowia psychicznego pojawia się również w kontekście wspierania osób ubiegających się o azyl, podczas procedury przyjmowania, w odniesieniu do miejsca i trybu życia, wreszcie w wymiarze życia osobistego, które zawiera historię osoby i jej aktualny stan psychiczny. Powaga doznanych traum, często na podłożu wyjątkowego okrucieństwa, które jest — ze względu na jego zamierzony i kolektywny charakter — świadectwem zorganizowanej przemocy. W takiej sytuacji zaburzenia związane z traumą często pogłębiają się w sytuacji wielokrotnej żałoby i bolesnego przeżywania wygnania.

#### 4.7 Problematyka zdrowia psychicznego

4.7.1 Problematyka zdrowia psychicznego dotyczy też kontekstu więziennego, w którym istnieje niewiele struktur opieki w tym zakresie.

4.7.2 Należy popierać wprowadzanie programów zapobiegania depresjom, samobójstwom i popadaniu w nałogi.

4.7.3 Jeżeli chodzi o zmianę modelu proponowaną w ramach dezinstytucjonalizacji, należy podkreślić, że od końca lat dziewięćdziesiątych zakończył się okres charakteryzujący się odchodzeniem od hospitalizacji, iluzją dezinstytucjonalizacji i pojawiła się konieczność połączenia solidnego lokalnego systemu opieki z hospitalizacją w pełnym zakresie. Hospitalizacja na zbyt dużą skalę nie pozwala przeznaczyć środków i rozwinąć zakresu usług lokalnych, których potrzebują pacjenci i ich rodziny. Natomiast prymat leczenia ambulatoryjnego nie może zostać zagwarantowany, jeżeli nie towarzyszy mu dostępne leczenie szpitalne, obejmujące krótkie pobyty pacjentów wykazujących silne zaburzenia, które nie mogą być leczone w inny sposób. Wreszcie ograniczenie hospitalizacji jest niemożliwe, jeżeli system leczenia ambulatoryjnego nie zapewnia odpowiednich świadczeń pozwalających zapobiegać hospitalizacji tam, gdzie jest to możliwe, przyjmować pacjentów i towarzyszyć długo hospitalizowanym pacjentom, którzy mogą opuścić szpital po odpowiednim przygotowaniu, towarzyszyć pacjentom, którzy nie są hospitalizowani, w celu utrzymania ich we wspólnocie na akceptowalnych warunkach i przy poszanowaniu ich potrzeb; oraz świadczeń, które zapewniają przejście między leczeniem ambulatoryjnym i szpitalnym dla pacjentów potrzebujących takiej opieki.

4.7.4 Decyzja o hospitalizacji osoby chorej psychicznie lub o jej leczeniu ambulatoryjnym jest ściśle uzależniona od kultury i typu kształcenia specjalistów, stopnia wyizolowania chorego oraz ogólnych czynników społeczno-kulturowych, takich jak tolerancja społeczeństwa, czynniki niestabilności sytuacji na danym terytorium, które prowadzą do częstszego stosowania takich a nie innych świadczeń i zwiększają dostępność alternatyw. Należy zatem w sposób kategoryczny udzielać wskázówek dotyczących zapotrzebowania w zakresie pełnej hospitalizacji (liczba łózek) pacjentów cierpiących na silne zaburzenia, bez uwzględniania okoliczności lokalnych.

4.7.5 Ponadto najważniejszym czynnikiem leczenia jest jego charakter, to jest rodzaj świadczeń, które powinny zostać zapewnione, potrzeb, które powinny zostać zaspokojone, ich uznana skuteczność, lecz nie wyłącznie miejsce leczenia.

4.7.6 Zwyczajowo uznane korzyści leczenia szpitalnego obejmują dostępność wykwalifikowanego personelu, przebywanie w odpowiednim i dostosowanym otoczeniu i pracę wykonywaną w warunkach wystarczająco bezpiecznych. Korzyści te maleją lub znikają, jeżeli brak łózek prowadzi do nagromadzenia w warunkach szpitalnych pacjentów, którzy nie przejawiają chęci współpracy i wykazują poważne zaburzenia o charakterze mogącym nadmiernie lub w stopniu niedopuszczalnym zakłócać prawidłowe warunki pracy, albo też stanowić zagrożenie.

4.7.7 Liczne badania we Francji jak i w środowisku międzynarodowym wykazały, że nawet 40 % chorych z silnymi zaburzeniami, zgłaszających się do szpitala lub tam przesyłanych, mogłoby zostać objętych alternatywnymi zabiegami terapeutycznymi, jeżeli są chętni do współpracy, bądź gdy można od nich taką współpracę otrzymać lub wynegocjować, przy wsparciu bliskich lub sieci opieki społecznej (interwencje nadzwyczajne i kryzysowe). Rosnąca skuteczność takich rozwiązań skłania do zarezerwowania leczenia szpitalnego (a zatem naturalnego umieszczenia w szpitalu) dla przypadków, w których jest to nieuniknione: wymagających pilnie podwójnej oceny, psychiatrycznej i somatycznej, wykazujących poważne patologie mieszane o szczególnym nasileniu, poważ-

nych nawrotów znanych patologii psychiatrycznych, gwałtownych i samobójczych zachowań niemożliwych do powstrzymania itp., często w postaci hospitalizacji przymusowej. Pociąga to za sobą odpowiednią opiekę i nadzór.

4.7.8 W świetle powyższych uwag, te same badania zalecają, aby zachować poziom 0,5 łózka na 1000 dorosłych mieszkańców dla pacjentów w fazie silnych zaburzeń. Wielkość tę należy wyważyć, jeżeli bierze się pod uwagę — co zalecamy — cel 80-85 % wskaźnika wykorzystania świadczeń szpitalnych. Oczywiście powyższy pułap oznacza, że rozwiązania na pozostałych etapach byłyby wystarczającymi środkami i są skuteczne. Pułap ten nie uwzględnia łózek dla chorych w stanie ciężkim, które są niezbędne w psychiatrii medyczno-sądowej lub dla hospitalizacji ze względów bezpieczeństwa, a także łózek dla nastolatków i dla osób starszych. Zbytek zbliżenie się do pułapu, bez wypełnienia wszystkich zastępczych warunków ambulatoryjnych, prowadziłyby do powstania dodatkowych bardzo kosztownych łózek na oddziałach psychiatrycznych.

#### 4.8 Środowisko, w którym prowadzone jest leczenie

4.8.1 O ile pułap łózek może być różny w zależności od kraju, to minimalne normy mieszkaniowe mogą być przedstawione w bardziej stanowczy sposób. Wszystkie pokoje powinny być przystosowane do pełnionej funkcji i nawet jeśli ich wyposażenie jest stare, celem powinno być uznanie takich wartości jak godność i poszanowanie osób je zajmujących zgodnie z dzisiejszymi standardami. Stosowne otoczenie jest niezbędne dla odzyskania zdrowia przez pacjentów. Zagrożenia w tej dziedzinie powinny być oceniane i postrzegane z perspektywy specyficznych potrzeb tych osób.

4.8.2 Pacjenci powinni mieć dostęp do szerokiego wachlarza terapii stanowiących uzupełnienie i dodatkowy element udzielanych im świadczeń i leczenia. Dzięki odpowiedniemu przygotowaniu, stosownym kwalifikacjom i cechom osobistym personel działający w dziedzinie zdrowia psychicznego przyczynia się do tworzenia takiego środowiska.

Bruksela, 17 maja 2006 r.

Przewodnicząca  
Europejskiego Komitetu Ekonomiczno-Społecznego  
Anne-Marie SIGMUND