

Euroopa Majandus- ja Sotsiaalkomitee arvamuse teemal "Roheline raamat: elanikkonna vaimse tervise parandamine — Euroopa Liidu vaimse tervise strateegia väljatöötamine"

KOM(2005) 484 lõplik

(2006/C 195/11)

14. oktoobril 2005. otsustas komisjon vastavalt EÜ asutamislepingu artiklile 262 konsulteerida Euroopa Majandus- ja Sotsiaalkomiteega järgmises küsimuses: "Roheline raamat: Elanikkonna vaimse tervise parandamine. Euroopa Liidu vaimse tervise strateegia väljatöötamine"

Asjaomase töö ettevalmistamise eest vastutava tööhõive, sotsiaalküsimuste ja kodakondsuse sektsiooni arvamuse võeti vastu 3. mail 2006. Raportöör oli hr BEDOSSA.

Euroopa Majandus- ja Sotsiaalkomitee võttis 427 täiskogu istungjärgul 17. kuni 18. mai 2006 (17. mai 2006 istungil) vastu järgmise arvamuse. Poolt hääletas 142, vastu hääletas üks, erapooletuks jäi üks..

1. Kokkuvõte

Vaimse tervise tähtsuse üle Euroopas ei saa mingit kahtlust olla. Selleks on vaja ellu viia strateegia,

- mis puudutab erinevaid aspekte:
 - tervishoiualase teavitamise parandamine,
 - parem reageerimine terviseohtudele;
 - tervishoiualase ebavõrdsuse vähendamine;
 - sotsiaalkaitse ja hea tervise kõrge taseme tagamine sektoritevahelise tervishoiustrateegia kaudu.
- määrab kindlaks eesmärgid:
 - edendada kõigi inimeste vaimset tervist;
 - tegeleda rohkem ennetustööga;
 - parandada haige elukvaliteeti;
 - töötada Euroopa Liidu jaoks välja teabe ja teadusuuringute süsteem.
- annab soovitusi ehk täpsemalt:
 - katsekava kõigi osaliste vahelise piirkondliku teabevõrgustiku loomise kohta;
 - edendada deinstiitutsionaliseerimist, et olemasolevaid rahalisi vahendeid paremini kasutada.
- määratleb vaimsete häiretega inimeste sotsiaalse hõlvamise edendamise ning nende õiguste kaitse parimad tavad, mida tuleks kaasata Euroopa Liidu Põhiõiguste Ameti tegevusse.

Vaimse tervise tähtsuse esilekerkimine on seotud mitmete erinevate teguritega:

- nõudluse plahvatuslik suurenemine, paradigmanihe psühhiaatrial vaimsele tervisele;
- teenusekasutajate ja/või nende esindajate alaline tegelemine kõnealuste küsimustega, millel on mõju kogu poliitikale;
- tasakaalu puudumine haigla- ning ambulatoorse ravi vahel ning paindlikkuse probleemid kogu tervishoiusüsteemis, kiirabist sotsiaal-meditiiniliste teenusteni.

2. Probleemi kirjeldus

2.1 Vaimsed häired on üks kümnest peamisest töövõimetuse põhjusest maailmas ning põhjustavad seega üksikisikutele, peredele ja valitsustele hävitavaid sotsiaalmajanduslikke tagajärgi.

2.2 Vaimsete häirete all kannatavad isikud puutuvad sageli kokku diskrimineeriva käitumise või tõrjuva suhtumisega ning nende põhiõigusi rikutakse rängalt.

2.3 On täheldatud vaimse tervise probleemide ja vaesuse vahelist seost: vaesus suurendab vaimsete häirete tekkimise ohtu ja vähendab juurdepääsu vaimse tervise kaitseks vajalikule abile. Riigid peavad seetõttu asetama vaimse tervise probleemid tervishoiu küsimuste seas keskele kohale.

2.4 Siiski ei ole vaimne tervis tihtipeale tervishoiu prioriteediks, osaliselt seetõttu, et kõik riigid ei ole võimelised rajama täielikke ja tõhusaid vaimse tervise teenuseid.

2.5 Ühenduse vaimse tervise instrument on osa Euroopa Liidu rahvatervise programmist aastateks 2003–2008, mis põhineb ELi asutamislepingu artiklil 152, kuid tuleb märkida, et selle raames läbi viidav tegevus peab võtma arvesse liikmesriikide pädevusi tervishoiuteenuste organiseerimise ja meditsiinilise abi osutamise osas.

2.6 Komisjoni poolt vastu võetud rohelise raamatu eesmärk oli algatada ühenduse tasandil Euroopa tegevuskava raames suurem arutelu vaimsete häirete ravimise täiustamise ja vaimse tervise edendamise üle, seda järgmistel põhjustel:

- Ei ole tervist ilma vaimse terviseta, see on oluline nii inimese kui ka ühiskonna jaoks. Vaimne tervis võimaldab inimesel realiseerida oma potentsiaali, leida oma roll ühiskondlikus, kooli- ja tööelus, ning Euroopa Liidu jaoks, mis soovib saada teadmisteühiskonnaks, on see üks peamisi sotsiaalse ühtekuuluvuse allikaid.
- Vaimsete häirete koorem on väga raske; iga inimese lähedaste seas leidub keegi, kes kannatab vaimsete häirete all. Vaimsed häired kahjustavad haigete ja nende perede elukvaliteeti. Need on invaliidsuse peamised põhjustajad.
- Vaimsete häirete põhjustatud sotsiaalne ja majanduslik kahju on väga suur: need koormavad oluliselt ühiskonna ressursse ja ühiskonna majandus-, haridus- ja sotsiaalsüsteemi ning kriminaalkohtusüsteeme. Mõnede riikide näited tõestavad, et vaimse tervise häired on üks töölt puudumise ning ennetähtaegsele või invaliidsuspensionile jäämise põhilistest põhjustest.
- Vaimsete häiretega inimeste häbistamine ja diskrimineerimine ei ole kuhugi kadunud. Hooldamine võib kahjustada haigete põhiõigusi ja inimväärikust, põhjustades usalduse kadumist ühiskonna vastu ja seega ühenduse "sotsiaalse kapitali" vähenemist.

2.7 Pärast 2005. aasta jaanuaris toimunud vaimset tervist käsitlevat Maailma Tervishoiuorganisatsiooni (WHO) Euroopa ministrite konverentsi koostas Euroopa Komisjon, kes oli konverentsi koostööpartner, 2005. aasta oktoobris rohelise raamatu pealkirjaga "Elanikkonna vaimse tervise parandamine: Euroopa Liidu vaimse tervise strateegia väljatöötamine", mis põhines asutamislepingu artikli 152 rahvatervise sätetele ja alustas Euroopa tasandil nõupidamist vaimse tervise teemal.

2.8 Üheselt kinnitatud eesmärk on parandada Euroopa elanikkonna vaimset tervist strateegia abil, mis ei piirdu vaid tervishoiuvaldkonnaga ning mille eesmärk on üldisemalt "naasmine" jätkuva jõukuse juurde ning solidaarsuse, sotsiaalse õigluse ja elukvaliteedi parandamine.

2.9 Roheline raamat peab õhutama arutelu ja algatama 2006. aastal konsultatsiooniprotsessi ametiasutuste, tervishoiu spetsialistide ning patsientide ühendustega, et teha 2006. aasta lõpuks ühenduse pädevust puudutavad ettepanekud, mis moodustaksid ühenduse vaimse tervise strateegia.

3. Rohelises raamatus sisalduv analüüs ja ettepanekud

3.1 Konkreetne otsus vaimse tervise tähtsuse kohta Euroopa jaoks

3.1.1 Põhjendatud hinnangute kohaselt kogeb 27 % täiskasvanud eurooplastest igal aastal vähemalt üht vaimse häire

vormi, millest 6,3 % moodustavad somatoformsed häired, 6,1 % depressioonid ja 6,1 % foobiad.

3.1.2 Euroopa Liidus täheldatud enesetappude arv on suurem kui liiklusõnnetuste tagajärjel hukkunute või HIV/AIDSi põhjustatud surmajuhtumite arv.

3.1.3 Tagajärjed on ühiskonna jaoks mitmesugused. Aruanne esitab hinnangu tootlikkuse langusest tuleneva kahju ning sotsiaal- ja haridussüsteemile ning kriminaalkohtusüsteemile põhjustatud kulude kohta.

3.1.4 Liikmesriikide vahel (ja ka liikmesriikides endis) on täheldatud olulisi erinevusi

3.2 mis põhjendab vaimse tervise strateegia vajadust ühenduse tasandil

3.2.1 Euroopa Liidu rahvatervise programmi praegused eesmärgid on järgmised:

- tervishoiualase teavitamise parandamine;
 - parem reageerimine terviseohtudele;
 - sotsiaalkaitse ja hea tervise kõrge taseme tagamine sektoritevahelise tervishoiustrateegia kaudu;
 - tervishoiualase ebavõrdsuse vähendamine.
- 3.2.2 Ühenduse vaimse tervise strateegia võiks keskenduda järgmiste eesmärkide täitmisele:
- edendada kõigi inimeste vaimset tervist;
 - võtta tarvitusele meetmeid vaimsete häirete ennetamiseks;
 - parandada vaimsete häiretega inimeste elukvaliteeti nende sotsiaalse hõlvamisega ning nende õiguste ja väärikuse kaitsmisega;
 - töötada Euroopa Liidu jaoks välja vaimse tervise andmete, teadusuuringute ja teadmiste süsteem.

3.2.3 Võimalike ühenduse tasandi algatuste seas võiks nõukogu esitada soovitusi depressiooni ja enesetapukalduvuse vähendamise kohta, tuginedes läbiviidud katsekavale, millega loodi tervishoiusektori, patsientide ja nende sugulaste ning nõustajate teabevõrgustikud, mille abil vähenes enesetapukatsete arv noorte seas 25 % võrra.

3.2.4 Oma tegevuse raames kutsub komisjon liikmesriike üles kiirendama deinstitutionaliseerimist, et parandada vaimsete häiretega inimeste integreerimist ühiskonda. Viimastel aastatel rahastas komisjon uuringut, mille kohaselt võimaldab psühhiaatriasutuste asendamine kohalike teenustega parandada patsientide elukvaliteeti. 2005. aasta juunis kuulutati välja riigihange uurimuse läbiviimiseks, milles analüüsitaks ja näidatakse, kuidas praeguseid rahalisi vahendeid saaks kõige paremini kasutada, ja antaks ülevaade deinstitutionaliseerimise kulude kohta.

3.2.5 Kõnealusel raamistikus võiks ühenduse tasandil teha ka muid algatusi:

- Euroopa Liit võiks määratleda vaimsete häiretega inimeste sotsiaalse hõlvamise edendamise ning nende õiguste kaitse parimad tavad;
- Vaimsete häiretega inimeste ja psühhiaatria-asutuste olukord peaks olema tagatud Euroopa põhiseaduse lepingu hartas ette nähtud põhi- ja inimõigustest lähtuvalt.

3.2.6 Euroopa Liit soovib parandada vaimse tervise alaseid teadmisi, toetades uurimisprogramme ning luues liideseid otsustajate ja teadusuuringute vahel.

4. Arvamus ettepanekute kohta

4.1 Vaimse tervise tähtsuse esilekerkimine on seotud mitmete erinevate teguritega

4.1.1 Viimaseid aastaid iseloomustavad mitmed tegurid: nõudluse plahvatuslik suurenemine kogu ühiskonnas, paradigmanihe psühhiaatrialt vaimsele tervisele ning teenusekasutajate ning nende perekondade esindajate alaline tegelemine kõnealuste küsimustega. Kõik need aspektid on toonud kaasa seaduste või eeskirjade muudatusi, mille rütm riigiti erineb ja mis väljendavad suuremal või vähemal määral antud tegurite arvessevõtmist poliitilisel või haldustasandil.

4.1.2 Kõiki kättesaadavaid teenuseid küllastumiseni viiv ulatuslik nõudlus on keerukas vastasmõjus psüühika ja psühhiaatria, samuti teenuste pakkumise osakaalu osas toimuvate muudatustega, mis muudab antud probleemi ühiskonnas tavalisemaks või vähem häbiväärseks. Nõudluse suurenemine, mida on samal perioodil täheldatud kõigis arenenud riikides, peegeldub epidemioloogias: diagnoositavate vaimsete häirete iga-aastane levimus kogu elanikkonna seas on 15–20 %, nende tagajärgedega kaasneb 12–15 % juhtudest invaliidsus (võrdne südameveresoonekonna haiguste vastava näitajaga ja kaks korda suurem vähihaiguste näitajast), 30 % kõigist eluaastatest kaotatakse välditava surmajuhtumi või invaliidsuse tõttu (allikas: WHO, 2004). See surve peegeldub ka tervishoiu planeerimise täienemises, mis aastate jooksul on psühhiaatriale seadnud üha enam ülesandeid.

4.1.3 Suureneva nõudluse ja muutuvate arusaamade kombinatsioon on toonud kaasa ambulatoorse ravi nõuete kasvu. See ähmastab haiguse ja tervise traditsioonilise vastandamise, juhtides tähelepanu erinevatele kliinilistele seisunditele, kaasa arvatud psüühilised kannatused. See muutis vaimsete häirete ja hädaolukorra sotsiaalse konteksti eraldamise võimatuks, kohustades vajaduste hindamisel andma hinnangu häirete sotsiaalsele mõjule. Tänapäeval on psühhiaatria oluliseks ülesandeks täpsustada diagnostikat selles osas, millised küsimused kuuluvad psühhiaatria pädevusse ja millised mitte, ning millised psühhiaatrilised probleemid on piisavalt rasked, et tingida erialast

sekkumist, et võimaldada koorma jagamist muude partneritega ning aidata neil saada abi või teraapia alal peamisteks tegutsejateks. Need dialektilised pinged, mis põhjustavad sageli konflikte kliiniliste, eetiliste ja organisatoorsete kaalutluste vahel, näitavad paradigma nihet psühhiaatrialt vaimse tervise poole. Kasutatavad mõisted on sageli vastuolulised, sealhulgas ka ametlikes dokumentides. Rahvusvahelises kirjanduses ei põhjusta terminite "psychiatry" (psühhiaatria) ja "mental health" (vaimne tervis) eristamine siiski erilisi probleeme.

4.1.4 Viimane, kuid mitte vähem oluline aspekt on teenusekasutajate ja perekondade esindajate positsiooni tugevnemine. See väljendab ulatuslikku muutust nii Prantsusmaal kui ka maailmas, mis ei piirdu psühhiaatriaga ning mida on rõhutanud teatavad haigused (AIDS), mis muutsid sügavalt arsti ja haige vahelist suhet. Haigete õigusi puudutavad õigusaktid, teenusekasutajatele ja nende peredele viitamine psühhiaatriateenuste korraldamist ja vajadustele vastamist puudutavates haldusaktides ning nimetatud haldusaktide tegelik rakendamine on selle arengu tähelepanuväärseimateks tunnusteks.

4.1.5 Aktiivsem on ka elanikkonna esindajate ning kõigi võimalike teenusekasutajate roll. Kohaliku poliitika ja vaimse tervise mõjualad kattuvad aina rohkem. Valitud rahvaesindajad on järjest enam kaasatud psühhiaatria arengu tagajärgedesse ning nimetatud arengu toimub üha harvemini ilma nende osavõtuta

4.1.6 Kõnealune areng on süvendanud tasakaalu puudumist haigla- ning ambulatoorse ravi vahel ning samuti paindlikkuse probleeme kogu tervishoiusüsteemis, kiirabist sotsiaal-meditsiiniliste teenusteni. Samuti on areng rõhutanud deinstitutionaliseerimise sagedast ebaõnnestumist ning psühhiaatria puudulikku integreerimist üldhaiglasse. Kuna meditsiini- ja sotsiaalvaldkonna ning elukutsete ja koolituse vahel on hägused piirid, on elukutsete uusi funktsioone puudutav esialgne väljaõpe ja jätkukoolitus tuleviku võti. Lisaks kõnealustele tõsistele muudatustele on esile kerkinud uued probleemid, näiteks vaimsete häiretega kinnipeetavate küsimus ja eakad inimesed, kellel on vaimseid puudeid põhjustavad neurodegeneratiivsed häired, ning iseäranis ebasoodsas olukorras olevad elanikkonna rühmad.

4.1.7 Teise maailmasõja lõpp, koonduslaagrite kogemuste ja inimõigustega seonduv tundlikkus, kriitiline suhtumine antud ajastul praktiseeritud psühhiaatrilisse hospitaliseerimisse, psühhotroopsete ainete areng, tarbijate ja teenusekasutajate liikumiste tekkimine ja eelarvelised vajadused viisid psühhiaatria enamikus arenenud riikidest arenguteele, mida nimetatakse rahvusvahelises kirjanduses angloameerika viite alusel deinstitutionaliseerimise protsessiks. See tähendab arstiabi ja -teenuste korraldust, mis toimub vähem statsionaarselt ja eeskätt meetodite abil, mis soodustavad patsiendi hoidmist tema loomulikus keskkonnas

4.1.8 Kui deinstitutionaliseerimisel eelistatakse statsionaarse ravi kaotamist, ilmnevad pidevalt järgmised takistused: ühiskonna ja psühhiaatria kalduvus toimetada suur hulk vaimsete häiretega inimesi vanglasse või neid seal edasi hoida; marginaalsete või kindlustamata patsientide, kelle ravi on katkestatud või lõpetatud ning kellel puuduvad elukoht ja sotsiaalsed tagatised, muutumine alalisteks kodututeks (*homeless*); "pöördukse (*revolving door*) sündroom", s.t teatava arvu patsientide regulaarne trajektoor, kes satuvad lõpmatus tsüklis haiglasse, lahkuvad sealt ning naasevad haiglasse. Kõnealused nähtused ja eelarvekärped on koosmõjus kasvava nõudlusega aja möödudes suurendanud kiirabiväljakutsete ja hospitaliseerimiste arvu. Selle tagajärjel, mõnel juhul raskete vahejuhtumite tõttu (vaimsete või psüühiliste häiretega inimesed või ohvrid), on haiglates suurenenud nende alaliste voodikohtade arv, mida oleks ilmselt saanud vältida. Avalik arvamus on seega mõjutanud poliitilist otsustusprotsessi, mis on viinud kas ohutusmeetmete kasutuselevõtuni või vaimse tervise strateegia koostamiseni.

4.2 Teavitustegevus ja meedia

Meedia käsitleb vaimse tervise teemat sageli vaid vaimsete häiretega inimeste vägivaldsete tegudega seoses (samas ei soorita nad viimaseid rohkem kui teised ühiskonnaliikmed). Kõnealune olukord aga soodustab negatiivse hoiaku teket ja suurendab hirmu turvalisuse pärast, mis omakorda süvendab sallimatust ja tõrjuvat suhtumist vaimsete häiretega inimeste suhtes. Teavitustegevus vaimse tervise valdkonnas ei tohi jääda senisel moel kontrollimatuks ja järjest tundlikumaks teemaks: Selle ülesandeks on teavitada tõsiste tagajärgede ennetamise võimalustest ning jõudma avalikkuseni läbi meedia ja asjaomaste professionaalide töö.

4.3 Ühenduse vaimse tervise strateegia tingimused ja sisu

4.3.1 EMSK toetab komisjon algatust tervikliku Euroopa vaimse tervise strateegia väljatöötamiseks. Komitee on arvamisel, et arutelu kõnealuse strateegia ettevalmistamise, koostamise ja arendamise üle peab toetuma teadmistepõhisele ühiskonnale. See tähendab muuhulgas, et Euroopa ühiskond peab:

- looma selge käsitluse vaimse tervise seonduvatest mõistetest ja nende rakendusala;
- omama täielikku ettekujutust probleemi ulatusest praeguses olukorras, kuid samas ka võimalike arengusuundade osas;
- tugevdama märkimisväärselt Euroopa ühiskonna kaasatust, et viimane osaleks lahendusipakkuvate tingimuste väljaarendamisel.

4.3.2 Vajaduste ulatus nõuab ambitsioonikat programmi ja mõnedest selgelt ühistest põhimõtetest lähtuva ühenduse strateegia määratlemist. Tuleb rõhutada, et väiksema ulatusega terviseprobleemide lahendamisele aitab kaasa esmase kava

koostamine. Muuseas ilmneb, et vaimse tervise olukord erineb Euroopa riikides märkimisväärselt ning riikides, mis ühendusega alles pikemas perspektiivis liituda saavad, võib probleem tulevikus viivituse tõttu halveneda.

Siinkohal on juba võimalik loetleda järgmisi tingimusi.

4.3.3 Esiteks peavad ühenduse strateegias sisalduma ühised mõisted ja nende selgitused, nt mõisted "halb vaimne tervis" või "vaimse puudega inimene".

4.3.4 Vaimse tervise tunnustamine prioriteedina vastavalt tegelikele vajadustele on tähelepanuväärne samm vajalike meetmete kehtestamise suunas.

4.3.5 Teisest küljest peab hinnangut toetama olukorra kirjeldus, mis sisaldab nii vajadusi kui ka neile praegu pakutud lahendusi.

4.3.6 Rohelise raamatu ettepanekuid läbiviidava tegevuse kohta võib vaid heaks kiita. Vaimset tervist puudutavad ettepanekud keskenduvad lastele ning noortele, töötavale elanikkonnale ja eakatele inimestele.

4.4 Vaimse tervise edendamine ühiskonna tasandil

4.4.1 Vaimse tervise edendamine keskendub inimeste kannatustele neid ümbritsevas keskkonnas ja ühiskonnas. See nõuab kombineeritud lähenemist:

- meetmed vaimsete häiretega võitlemiseks, mis hõlmavad ennetamise, ravi ja reintegratsiooni,
- elanikkonna sihtrühmadele suunatud ennetustegevus,
- elanikkonna teatud osale suunatud hoolekandeprogramm,
- positiivsed algatused vaimse tervise edendamiseks, mille abil oleks võimalik muuta üksikindiviidi, inimrühmade või ühiskonna kahjulikke käitumismalle.

4.4.2 Sellest aspektist lähtudes tuleb rõhk asetada ennetustegevuse esimesele, teisele ja kolmandale järgule selliselt, et ennetustegevus on kohandatud iga valdkonna vajadustele vastavalt. Tuleb arendada tegevusi, mille eesmärgiks on vaimse tervise edendamine ja teavitustegevus, tervete eluviiside omaksvõtmine ja hoidmine ning eneseteostust soodustava keskkonna loomine. Samuti tuleb välja arendada ennetustegevus, mille puhul püütakse piirata riskifaktorite hulka ja haigestumist soodustavaid olukordi. Järgnevalt mõned näited:

- depressiivsete emade ja imikutega tegelemine varases staadiumis,
- õpiraskustes lastega tegelemine,
- vaimse häirega kokkupuutuvate perede teavitamine ja toetamine,

— uurimused riskifaktoritest või kannatustest põhjustatud halva enesetunde väljendustest kultuuritaustaga seondult,

— luua psühhiaatrilaseid sidusteenuseid, mis võimaldaksid psühhosomaatilistele haigustele senisest laiaulatuslikumalt läheneda ja kaasaksid ka aktiivselt ja passiivselt pered (haigete toetamise ja vastava eluviisi õppimine, vajadusel rahaline abistamine). Psühholoogiline tugi on soovitatav, kui psühhotropseid aineid tarbitakse üksi.

4.4.3 Esmatähtis on ilmselgelt laste ja noorte vajadustele vastamine. Mitte ainult peredel ei ole vajadusi, vaid neid esineb ka mujal — haridus-, kohtu-, sotsiaalhoolekandeesitustes, politseis ja kohalikes omavalitsustes — üha äärmuslikemates olukordades üha nooremate laste hulgas ja arvukate probleemsete perede seas. Just lapsed ja pered kannatavad enim ühiskonnas toimuvate muutuste käes.

4.4.4 Ühtne ja koordineeritud korraldus peaks viima teenuste koordineeritud paketi, mis on struktureeritud kolme mooduli või alusprogrammi ümber:

— väikelastele, peredele ja nimetatud eluperioodile vastavatele sotsiaal-, meditsiini-, haridus- ja kohtupartneritele pühendatud programm,

— kooliealistele lastele, peredele ja partneritele pühendatud programm,

— noortele, nende peredele ja partneritele pühendatud programm.

4.4.5 Iga moodul peab lisaks konsultatsioonipaikades läbiviidavale programmilisele ambulatoorsele hooldusele pakkuma vanusele vastavat intensiivsemat ja institutsionaalset hooldust, hooldust akuutsete episoodide ajal ja pikaajalist hooldust. Moodulite vastastikuse mõju ja paindlikkuse tagamiseks peavad psühhiaatriateenused olema kaasatud kriiside varasesse avastamisse, nende ennetamisse ja perede ning partnerite ambulatoorsesse toetamisse.

4.4.6 Neile alusmoodulitele lisanduvad elanikkonna riskigruppidele või riskiolukordadele spetsialiseerunud programmid, mis muudavad võimalikuks nii esmase kui teisese ennetamise: pervasiivsete arenguhäirete, väikelaste teatavate patoloogiate, varajase vanemliku väärkäitumise, noorte üksikemade, probleemsete perekondade, noorte sõltuvushäirete jne varajane jälgimine. Erilist tähelepanu tuleb veel pöörata sotsiaal-, haridus- ja kohtusüsteemile (ennetusteenused, vanglad), mis võtavad vastu raskeid sotsiaalseid juhtumeid, millega kaasnevad vaimsed häired või, võttes arvesse olukordade äärmuslikkust ja kumulatiivsust, nende tekkimise risk.

4.5 Tööhõive, töötuse ja tervise vahelised seosed

4.5.1 Töötingimuste või tööga mitteseotud (töötuse) tingimuste parandamist tuleb edendada, kuivõrd nad mõjutavad vaimset tervist. Töö teema seoses vaimse tervisega hõlmab

tööle antavat lisaväärtust, selle isiksuse poolt tunnetatavat hinda, töötuse tagajärgi ja invaliidsust.

4.5.2 Vaimse tervise seisukohalt on oluline, et kõnealustele küsimustele leitaks lahendus ka sotsiaalset tõrjutust arvesse võttes.

4.5.3 Ka elanikkonna vananemine nõuab kohandatud lahendusi. 20 %-le eakatest inimestest langeb osaks see, mida WHO nimetab "õnnestunud vananemiseks", seega 80 % kannatab erinevate haiguste ja iseseisvuse kaotuse all. Vananemine ei kaota vaimseid häireid, areng on isegi vastupidine. Dementsusega seotud haigused, mis 60aastaste juures puuduvad (1 %), muutuvad pärast 85. eluaastat sagedaseks (30 %). 70 % protsendil juhtudest esineb neil inimestel käitumishäireid.

4.6 Varjupaigataotlejad

4.6.1 Varjupaigataotlejate vastuvõtmisel esineb samuti vaimse tervisega seonduvaid probleeme, mis on põhjustatud asukohast ja elamistingimustest ning varjupaigataotlejate isiklik mõõde, mille taga on nende üleelatud kogemused ja psühholoogiline profiil teatud ajahetkel. Saadud traumade tõsidus, mille taga on sageli äärmine julmus ja kavatsuslik ning kollektiivne mõõde, annavad tunnistust organiseeritud vägivallast. Kõnealuse elanikkonna hulgas süvendavad traumajärgseid häireid lein ja väga valusad kogemused kodumaalt lahkumisest.

4.7 Vaimse tervise probleematika

4.7.1 Samalaadseid vaimse tervise probleeme esineb ka vanglates, kus hoolekandestruktuurid on väga algelised.

4.7.2 Toetada tuleb depressiooni, enesetappude ja sõltuvuskäitumise ärahoidmiseks kavandatud programme.

4.7.3 Deinstitutionaliseerimise raames pakutud mudeli muutmise osas võib nentida, et nimetatud periood algas 90ndate aastate lõpus ning seda iseloomustavad hospitaliseerimise vähendamise ja deinstitutionaliseerimise illusiooni lõpp ning vajadus kombineeritud korralduse järele, mis ühendab omavahel kohapeal antava abi ja ööpäevaringse hospitaliseerimise. Liiga sagedane hospitaliseerimine ei võimalda eraldada vajalikke vahendeid ega arendada patsientidele ja nende perekondadele vajalikke teenuste ulatust ja mitmekesisust. Teisest küljest ei saa tagada ka ambulatoorsetest vahenditest tõusvat kasu, kui sellega ei kaasne nende akuutsete sümptomitega patsientide alaline ja viivitamatu juurdepääs haiglaravi, kes vajavad lühiajalist statsionaarset haiglaravi. Liigset hospitaliseerimist on võimalik vältida vaid juhul, kui ambulatoorsed teenused võimaldavad seda ennetada, näiteks toetades pikaajalisi statsionaarseid patsiente; tagades, et nad oleksid asjakohaselt ettevalmistatud haiglast lahkumiseks; toetades hospitaliseerimata patsiente, et tagada vajalik hooldus, mis vastaks nende vajadustele; samuti toetades patsiente, kes vajavad vahelduvalt ambulatoorset ja statsionaarset ravi.

4.7.4 Otsust ravida vaimsete häiretega inimest statsionaarselt või ambulatoorselt mõjutavad tugevalt arsti kultuur ja koolitus-mudel, patsiendi eraldatuse määr, sellised üldised sotsiaalkultuurilised faktorid nagu ühiskonna tolerantsus ja asjaomase ala ebakindlus, mis suurendavad selliste teenuste kasutamist ja alternatiivide kättesaadavust. Seega on kohalikke tingimusi arvesse võtmata võimatu anda kategoorilisi juhtnööre akuutse seisundis viibivate patsientide ööpäevaringse statsionaarse ravi osas.

4.7.5 Lisaks on ravi andmise juures olulisim tegur mitte koht, kus ravitakse, vaid ravi iseloom, st milliseid teenuseid on lubatud osutada, milliste vajaduste korral ja millise tunnustatud tõhususega.

4.7.6 Haiglaravi tavaliselt tunnustatud eelised on seotud koolitatud töötajate olemasolu, vastuvõtu mahukas ja selleks kohandatud keskkonnas ning tööga piisavalt kindlates tingimustes. Need eelised vähenevad või kaovad, kui voodikohtade puudumine haiglas põhjustab väga raskete häiretega ja mittekoostööaltide patsientide kontsentreerumise, nii et töötingimuste häirituse tase muutub liiga kõrgeks, vastuvõetamatuks või ohtlikuks.

4.7.7 Arvukad rahvusvahelised ja Prantsusmaa uuringud näitavad, et kuni 40 % akuutsete häiretega haigeid, kes haiglasse pöörduvad või sinna suunatakse, oleks võimalik hooldada alternatiivsetes ravitingimustes nendepoolse nõusoleku korral või kui nõusolek on saavutatav läbirääkimiste teel, näiteks lähedaste või sotsiaalabi võrgustike toetuse abil (sekkumine hädaolukorra ja kriisi korral). Seepärast kalduetakse üha enam säästma haiglaruumi ning koondama haiglasse kõige "vältimatamad" juhtumid: patsiendid, kes vajavad kiires korras kahekordset psühhiaatrilist ja somaatilist hindamist; patsiendid, kellel esineb üheaegselt mitu eriti rasket akuutset häiret; tuntud psühhiaatri-

liste patoloogiate rasked retsidiivid; ohjeldamatu vägivaldne käitumine ja enesetapukaldumus jne. Sageli on sellises olukorras vajalik tegutsemispiirangutega hospitaliseerimine. Nagu näeme, mõjutab see korraldust ja ravi.

4.7.8 Öeldut arvesse võttes soovivad uuringud akuutse faasis patsientidele mõeldud voodikohtade arvu tuhande elaniku kohta mitte vähendada alla 0,5 voodi künnise. Number tuleb üle vaadata, kui meie soovitus kohaselt seatakse eesmärgiks teenuste täituvuse 80–85 % ulatuses. Mõistagi eeldatakse seda miinimummäära kasutades, et alternatiivid on piisavalt varustatud ja tõhusad, ning määratult ei loeta voodikohti, mis on mõeldud akuutsetele haigetele meditsiinilis-juriidilise psühhiaatria vajadusteks või ohutuse huvides ning noortele ja eakatele inimestele mõeldud voodikohti. Sellele künnisele liiga lähedale liikumine, ilma et asenduslikud ambulatoorsed tingimused oleksid täidetud, viib vaid täiendavate ning äärmiselt kulukate psühhiaatriliste või meditsiiniliste voodikohtade tekkimiseni.

4.8 Hoolekandekeskond

4.8.1 Kuigi voodikohtade piirmäär võib riikide lõikes varieeruda, tuleks kõnealune miinimumstandard selgemalt välja tuua. Hoolekandeesutuste majutustingimused peaksid vajadustele vastama ka juhul, kui kasutatakse vanemaid struktuure. Eesmärgiks on residentide inimväärikuse austamine kaasaegsetest väärtustest lähtudes. Taastumise seisukohalt on kohane ümbrus eriti oluline. Keskkonnaga seotud riske tuleb hinnata ja kohandada residentide vajadustest lähtudes.

4.8.2 Residentidel peaks olema juurdepääs laiale valikule ravi toetavatele raviviisidele. Vaimse tervisega tegelev personal peab olema asjaomaselt koolitatud, professionaalne ja oma lähene-mises inimlik.

Brüssel, 17. mai 2006

Euroopa Majandus-ja Sotsiaalkomitee

President

Anne-Marie SIGMUND