

Eiropas Ekonomikas un sociālo lietu komitejas Atzinums par tematu Zaļā grāmata "Iedzīvotāju garīgās veselības uzlabošana — Veidojot Eiropas Savienības stratēģiju par garīgo veselību"

KOM(2005) 484 galīgā red.

(2006/C 195/11)

Eiropas Komisija saskaņā ar Eiropas Kopienas dibināšanas līguma 262. pantu 2006. gada 14. oktobrī nolēma konsultēties ar Eiropas Ekonomikas un sociālo lietu komiteju par tematu Zaļā grāmata "Iedzīvotāju garīgās veselības uzlabošana — Veidojot Eiropas Savienības stratēģiju par garīgo veselību"

Par Komitejas dokumenta sagatavošanu atbildīgā Nodarbinātības, sociālo lietu un pilsonības specializētā nodaļa savu atzinumu pieņēma 2006. gada 3. maijā (ziņotājs: BEDOSSA kgs).

Eiropas Ekonomikas un sociālo lietu komiteja 427. plenārajā sesijā, kas notika 2006. gada 17. un 18. maijā (17. maija sēdē), ar 142 balsīm par, 1 balsi pret un 1 atturoties, pieņēma šo atzinumu.

1. Kopsavilkums

Garīgās veselības nozīme Eiropā nav apšaubāma. Tādēļ ir jāizstrādā stratēģija, kas

— sastāvētu no vairākām daļām:

- uzlabot informāciju par veselību,
- labāk reaģēt uz draudiem veselībai,
- mazināt nevienlīdzību veselības aprūpes jomā,
- nodrošināt augstu sociālās aizsardzības un labas veselības līmeni, izstrādājot starpnozaru stratēģiju;

— noteiktu mērķus:

- rūpēties par visu iedzīvotāju garīgo veselību,
- ierādīt īpašu vietu profilaksei,
- uzlabot slimnieku dzīves apstākļus,
- izstrādāt Eiropas Savienības informācijas sistēmu un pētniecības programmu.

— izstrādātu ieteikumus, proti:

- izmēģinājumu projektu saistībā ar visu dalībnieku reģionālo informācijas tīklu izveidi,
- veicināt deinstitutionalizācijas centienus labākai esošo resursu izmantošanai,

— noteiktu tādas prakses personu ar garīgās veselības traucējumiem sociālās integrācijas veicināšanai un viņu tiesību aizsardzībai, kas būtu jāiekļauj Eiropas Savienības Pamattiesību aģentūras pienākumos.

Garīgās veselības nozīmīgums atzīts vairāku attīstības faktoru rezultātā:

— no psihiatrijas uz garīgo veselību orientēta masveida pieprasījuma straujš pieaugums,

— neatgriezeniska pacientu un/vai viņu pārstāvju iesaistīšanās, kas iespaido visas politikas,

— slimnīcu un ambulatoro ārstniecības iestāžu sniegtās aprūpes nelīdzsvarotība un elastīguma problēmas, kas vienlīdz skar visas veselības aprūpes sistēmas no neatliekamās palīdzības līdz sociālās medicīnas dienestiem.

2. Problēmas izklāsts

2.1 Garīgie traucējumi ir viens no desmit galvenajiem invaliditātes cēloņiem pasaulē, kas savukārt rada postošas sociāli ekonomiskas sekas personām, ģimenēm un valdībām.

2.2 Personas ar garīgās veselības traucējumiem bieži vien saskaras ar diskriminējošu attieksmi, atstumtību un būtiskiem viņu pamattiesību pārkāpumiem.

2.3 Garīgās veselības problēma ir saistīta ar nabadzību: tā palielina garīgās veselības traucējumu risku un samazina iespēju izmantot būtiskus garīgās veselības aprūpes pakalpojumus. Tādēļ garīgās veselības problēmām ir jāklūst par nopietnu veselības aizsardzības jautājumu.

2.4 Garīgā veselība tomēr bieži vien nav galvenā veselības aizsardzības prioritāte; tas daļēji izskaidrojams ar to, ka visām valstīm nav nepieciešamo iespēju nodrošināt vispusīgu un efektīvu garīgās veselības aprūpi.

2.5 Kopienas instruments garīgās veselības jomā iekļaujas Eiropas Savienības īstenotajā veselības aizsardzības programmā 2003.–2008. gadam, kas pamatota uz EK Līguma 152. pantu, tomēr jāatzīmē, ka, veicot attiecīgos pasākumus, ir jāņem vērā dalībvalstu atbildība veselības aizsardzības organizēšanā un veselības aprūpes nodrošināšanā.

2.6 Komisijas pieņemtās Zaļās grāmatas mērķis ir Eiropas rīcības plāna ietvaros uzsākt plašas Eiropas līmeņa debates par garīgo slimību pārvaldības uzlabošanu un garīgās labsajūtas veicināšanu, jo:

- veselība un garīgā veselība ir nešķiramas, vienlīdz nozīmīgas kā katrai personai atsevišķi, tā arī sabiedrībai. Tā ļauj cilvēkam attīstīt viņa spējas, rast savu vietu sabiedriskajā dzīvē, izglītības un profesionālajā jomā un ir galvenais sociālās kohēzijas nosacījums Eiropas Savienībā, ja tā vēlas kļūt par zināšanu sabiedrību;
- Garīgās veselības traucējumu slogs ir smags, ikviens savā paziņu lokā ir saskāries ar kādu tuvu cilvēku, kam ir garīga patoloģija. Šādi traucējumi nelabvēlīgi ietekmē slimnieku un viņu ģimenes locekļu dzīves kvalitāti. Tie ir arī viens no galvenajiem invaliditātes cēloņiem.
- Garīgās veselības traucējumu sociālās un ekonomiskās sekas ir ievērojamas: tās būtiski ietekmē sabiedrības resursus un tās ekonomiskos, izglītības, sociālos, krimināltiesību un tiesu mehānismus. Atsevišķu valstu pieredze rāda, ka garīgās veselības traucējumi ir viens no galvenajiem darba kavējumu, priekšlaicīgas pensionēšanās un invaliditātes pensiju iemesliem.
- Personu ar garīgas veselības traucējumiem sociālā atstumtība, viņiem "uzliktais zīmogs" un pret viņiem vērsta diskriminācija diemžēl ir realitāte. Ārstēšana var apdraudēt šo slimnieku pamattiesības un cieņu, kas savukārt var izraisīt neuzticību sabiedrībai un līdz ar to "Eiropas Savienības sociālā kapitāla" samazināšanos.

2.7 Pēc 2005. gada janvārī notikušās Pasaules Veselības organizācijas (PVO) Eiropas ministru konferences par garīgo veselību, Eiropas Komisija, kas rīkoja konferenci kopīgi ar PVO, 2005. gada oktobrī, pamatojoties uz sabiedrības veselības aizsardzību saskaņā ar Līguma 152. pantu, izdeva Zaļo grāmatu "Iedzīvotāju garīgās veselības uzlabošana — Veidojot Eiropas Savienības stratēģiju par garīgo veselību" un uzsāka Eiropas līmeņa konsultācijas par garīgo veselību.

2.8 Skaidri izvirzītais mērķis ir uzlabot Eiropas iedzīvotāju garīgo veselību tādas stratēģijas ietvaros, kas pārsniedz veselības jomu un kuras vispārējais mērķis ir "nodrošināt" ilgtspējīgu labklājību, solidaritātes, sociālā taisnīguma un dzīves līmeņa uzlabošanu.

2.9 Zaļās grāmatas uzdevums ir rosināt debates un 2006. gadā uzsākt konsultācijas ar publiskās varas pārstāvjiem, speciālistiem un pacientu apvienībām, lai 2006. gada beigās izstrādātu ES kompetencei atbilstošus priekšlikumus un veidotu tās stratēģiju garīgās veselības jomā.

3. Zaļajā grāmatā izklāstītā analīze un priekšlikumi

3.1 Viennozīmīgs apliecinājums garīgās veselības nozīmei Eiropā.

3.1.1 Pamatoti tiek lēsts, ka viena gada laikā 27 % Eiropas pieaugušo iedzīvotāju ir bijušas garīgās veselības problēmas, no

kurām 6,3 % sastāda somatoformie traucējumi, 6,1 % — depresijas un 6,1 % — fobijas.

3.1.2 ES dalībvalstīs pašnāvību skaits pārsniedz ceļa negadījumos bojā gājušo vai no HIV/AIDS mirušo skaitu.

3.1.3 Uz sabiedrību atstātās sekas ir dažādas; ziņojumā ierosināts tās novērtēt naudas izteiksmē saistībā ar ražīguma pazemināšanos, sociālās, izglītības, krimināllietu un tiesu sistēmas izmaksām.

3.1.4 Pastāv ievērojamas atšķirības starp dalībvalstīm un pašās dalībvalstīs.

3.2 ES līmeņa garīgās veselības stratēģijas nepieciešamība.

3.2.1 Pašreiz Eiropas Savienības veselības aizsardzības programma sastāv no vairākām daļām, kuru mērķis ir:

- uzlabot informāciju par veselību,
- labāk reaģēt uz draudiem veselībai,
- nodrošināt augstu sociālās aizsardzības un labas veselības līmeni, izmantojot starpnozaru veselības stratēģiju,
- samazināt nevienlīdzību veselības aprūpes jomā.

3.2.2 Kopienas stratēģiju garīgās veselības jomā varētu virzīt uz šādiem mērķiem:

- rūpēties par garīgo veselību visiem,
- risināt garīgās veselības traucējumu problēmas ar profilakses pasākumiem,
- uzlabot personu ar garīgās veselības traucējumiem dzīves apstākļus sociālās integrācijas ceļā un, ievērojot viņu tiesības un cieņu,
- izstrādāt Eiropas Savienības informācijas, pētniecības un zināšanu sistēmu.

3.2.3 No iespējamām Kopienas iniciatīvām Padomes rekomendācijas varētu attiekties uz depresīvu stāvokļu un tieksmes uz pašnāvību samazināšanu, atsaucoties uz izmēģinājumu projektu, kura pamatā ir veselības aizsardzības iestāžu, pacientu, viņu ģimeņu un koordinatoru reģionālo informācijas tīklu izveide un kas ļāvis pašnāvības mēģinājumu skaitu jauniešu vidū samazināt par 25 %.

3.2.4 Eiropas Komisija savā darbībā nolūkā nodrošināt labāku personu ar garīgās veselības traucējumiem integrāciju sabiedrībā aicina dalībvalstis paātrināt deinstitutionalizācijas procesu. Pēdējos gados Komisija ir finansējusi pētījumu, kas apstiprināja, ka psihiatriskās ārstēšanas iestāžu aizvietošana ar sabiedriskām struktūrām palīdz uzlabot pacientu dzīves kvalitāti. 2005. gada jūnijā tika izsludināts piedāvājumu konkurss pētījumam, kura uzdevums bija analizēt un noskaidrot labāko esošo resursu izmantošanas veidu un pamatot šo procesu ar skaitļiem.

3.2.5 Šajā jomā varētu attīstīt arī vēl citas Kopienas iniciatīvas:

- Eiropas Savienība varētu apzināt sociālās integrācijas veicināšanas un personu ar garīgās veselības traucējumiem tiesību aizsardzības labās prakses,
- personu ar garīgās veselības traucējumiem psihiatriskās ārstēšanas iestāžu situācija būtu jānodrošina ar pamattiesībām un cilvēktiesībām, kas noteiktas Konsitūcijas Eiropai projektā iekļautajā hartā.

3.2.6 Atbalstot pētniecības programmas un veicinot lēmējietāžu un pētniecības saskarsmi, Eiropas Savienība vēlas uzlabot zināšanas par garīgo veselību.

4. Viedoklis par priekšlikumiem

4.1 *Garīgās veselības nozīme ir kļuvusi aktuāla vairāku faktoru sakarā.*

4.1.1 Pēdējos gados ir novērotas šādas tendences — straujš, masveidīgs pieprasījuma pieaugums un paradigmas maiņa: no psihiatrijas uz garīgo veselību ar neatgriezenisku pacientu un viņu ģimenes locekļu iesaistīšanos. Ikviens šāds aspekts, dažādās pakāpēs, ir licis veikt izmaiņas valstu likumos vai normatīvajos aktos un iezīmē faktu, ka šie aspekti vairāk vai mazāk tiek ņemti vērā gan no politiskā, gan administratīvā viedokļa.

4.1.2 Masveida pieprasījums, kas noslogo visu mehānismu kopumā, ir saistīts ar psihiskās un psihiatriskās jomas kā piedāvājuma uztveres maiņu sabiedrībā, kas to lielākā mērā banalizē vai arī mazākā mērā tai "uzliek zīmogu". Tas vienlaicīgi novērots vairākās attīstītajās valstīs un atspoguļojas epidemioloģijā: iedzīvotāju vidū gada laikā 15 % — 20 % diagnosticētu garīgās veselības traucējumu, 12 % — 15 % gadījumos to rezultātā iestājas invaliditāte, kas ir tikpat cik pēc sirds un asinsvadu slimībām un divreiz vairāk kā pēc saslimšanas ar vēzi, 30 % no dzīves ilguma zaudēti sakarā ar nāvi, kuru varēja novērst, un invaliditāti (avots: PVO, 2004). Šī spriedze izpaužas arī izvērstākā veselības aizsardzības plānošanā, ar katru gadu uzticot psihiatrijai arvien vairāk pienākumu.

4.1.3 Masveida pieprasījuma un uztveres maiņas saistība ir saasinājusi pieprasījumu ambulatoro raksturu, kas ir izjaucis klasisko slimības un veselības pretstatījumu, pateicoties izteiktākam procesa kopumam no dažādiem klīniskiem stāvokļiem līdz psihiskām ciešanām. Šī saikne pierāda, ka novērotie traucējumi un sociālā vide, kas tos izraisījusi, ir savstarpēji saistīti un, apkopojot vajadzības, liek novērtēt traucējumu sociālās sekas. Šobrīd vairumā gadījumu psihiatrijas uzdevums ir noteikt, kuri traucējumi attiecas uz psihiatriju un kuri nē, kā arī tos, kuri uz

attiecas tik lielā mērā, ka pamato tās ieviešanu, dalot kopēju slogu ar citiem partneriem vai arī palīdzot viņiem kļūt par galvenajiem palīdzības vai terapijas nodrošinātājiem. Šī nereti konfliktozā dialektiskā spriedze starp klīnisko, ētisko un organizatorisko izskaidro paradigmas izmaiņas no psihiatrijas uz garīgo veselību. Tā dažkārt izpaužas arī pretrunīgā terminoloģijā, tai skaitā arī publiskajos dokumentos. Starptautiskajā literatūrā savukārt atšķirība starp psihiatriju un garīgo veselību gandrīz nerada problēmas.

4.1.4 Visbeidzot pēdējais, nebūt ne mazsvarīgais aspekts, bija straujā pacientu un viņu ģimenes locekļu nozīmes palielināšanās. Tā atspoguļo vispārēju attīstību Francijā un pasaulē, neaprobežojoties vienīgi ar psihiatriju, un tās attīstību veicināja dažas patoloģijas (AIDS), kuras būtiski izmainīja pacientu un ārstu attiecības. To visspilgtāk pierāda tiesību akti par slimnieku tiesībām, atsauce uz pacientiem un viņu ģimenēm psihiatrijas nozares administratīvajos dokumentos par pakalpojumu organizēšanu un atbilstību pieprasījumam, kā arī to īstenošana dzīvē.

4.1.5 Šī parādība saistās arī ar iedzīvotājiem un visiem potenciālajiem lietotājiem. Arvien spilgtāk izpaužas politikas, pilsētpolitikas un garīgās veselības savstarpējā saikne. Ievēlētie pārstāvji arvien biežāk saskaras ar psihiatrijas attīstības ietekmi.

4.1.6 Minētā attīstība pastiprināja slimnīcu un ambulatoro ārstniecības iestāžu līdzsvara izjaukšanu, visa ārstniecības sektora elastīguma problēmas no ātrās palīdzības līdz sociālās medicīnas dienestiem. Tā pierādīja arī deinstitutionalizācijas procesa biežās neveiksmes un neveiksmi attiecībā uz psihiatrijas integrāciju vispārēja rakstura slimnīcā. Ņemot vērā ārstniecības un sociāla sektora, profesiju un apmācības traukslās robežas, sākotnējā profesionālā un tālākizglītība, kas saistīta ar jaunajiem pienākumiem, ir turpmākā risinājuma pamatā. Turklāt ir parādījušās arī tādas jaunas problēmas kā ieslodzītie ar garīgās veselības traucējumiem, veci ļaudis ar neirodeģeneratīvām patoloģijām, kas izpaužas kā garīgi traucējumi, un jo īpaši trūcīgo iedzīvotāju grupas.

4.1.7 Otrā pasaules kara beigās, koncentrācijas nometņu pieredze un cilvēktiesību saasināta uztvere, kritiska attieksme pret ārstēšanos psihiatriskajā slimnīcā, psihotropo vielu parādīšanās, patērētāju kustības rašanās un budžeta prasības lielākajā daļā attīstīto valstu izraisīja psihiatrijas attīstībā procesu, ko anglosakši sauc par deinstitutionalizāciju, t.i., tāda veselības aprūpes un veselības aprūpes pakalpojumu organizēšana, kurā slimniekus pēc iespējas retāk ievieto stacionārā, dodot priekšroku pasākumiem, kas ļauj pacientam uzturēties sev ierastajā vidē.

4.1.8 Visos gadījumos, kad sakarā ar deinstitucionalizāciju tika dota priekšroka neievietošanai slimnīcā, pastāvēja slēpti draudi: sabiedrības un psihiatrijas tendence ieslodzīt vai turēt ieslodzījumā lielu daļu personu ar garīgās veselības traucējumiem; neuzraudzīti atstumtie un nabadzīgie pacienti, kas pārtraukuši vai ir ārstēšanās beigu stadijā, kuriem nav dzīvesvietas un sociālās aizsardzības, kļūst par bezpajumtniekiem (*homeless*); “virpuļdurvju sindroms” (*revolving door*) nozīmē noteiktas pacientu daļas regulāru apriņķu nebeidzamā ciklā — ievietošana slimnīcā, izrakstīšanās un no jauna ievietošana slimnīcā. Laika gaitā līdz ar budžeta ierobežojumiem šo parādību saikne ar masveida pieprasījumu pārslēdz ātrās palīdzības dienestus un slimnīcas, kā rezultātā slimnīcās, dažkārt smagu starpgadījumu rezultātā (vardarbīgi garīgi slimie vai cietušie), radās nepieciešamība izveidot papildu diennakts gultas vietas. Tādos gadījumos sabiedriskā doma iespaidoja politiskos lēmējus pieņemt drošības pasākumus vai arī, gluži pretēji, izstrādāt garīgās veselības programmu.

4.2 Informācija un plašsaziņas līdzekļi.

Visbiežāk plašsaziņas līdzekļi garīgajai veselībai pievēršas gadījumos, kad personas ar garīgās veselības traucējumiem ir izdarījušas likumpārkāpumu (kaut gan tas nenotiek biežāk kā pārējā iedzīvotāju daļā). Tāda situācija veicina negatīva priekšstata izveidošanos un lielāku nedrošības sajūtu, mazina toleranci un veicina garīgi neveselo atstumšanu. Informācija par garīgo veselību vairs nedrīkst būt nepārzināta un arvien jutīgāks jautājums, tādēļ jānovērš smagas sekas un, izmantojot plašsaziņas līdzekļus un to profesionālos darbiniekus, jautājumam jāpievērš visas sabiedrības uzmanība.

4.3 Vienotas garīgās veselības stratēģijas priekšnosacījumi un sastāvdaļas.

4.3.1 EESK atbalsta Komisijas iniciatīvu attiecībā uz integrētas Eiropas līmeņa garīgās veselības stratēģijas izstrādi. Tā uzskata, ka diskusijām par pētījumiem šādas stratēģijas sakarā, tās noteikšanu un attīstīšanu jānotiek, pamatojoties uz zināšanu sabiedrību. Tas cita starpā nozīmē, ka Eiropas sabiedrībai:

- jābūt skaidrai izpratnei par jēdzieniem, kas saistīti ar garīgo veselību, un to saturu;
- jābūt pareizai izpratnei par problēmas pašreizējo apjomu un tās paredzamo izplatību
- pārliecināši jāatbalsta Eiropas sabiedrības iesaistīšanās, lai tā reāli piedalītos tādu apstākļu izveidošanā, kas ļauj izmantot integrētas iespējas risinājuma panākšanai.

4.3.2 Vajadzību apjoms nosaka tālejošas programmas un vienotas, uz dažiem kopīgiem principiem pamatotas stratēģijas izveidi. Jāatzīmē, ka pirmām kārtām tiek risinātas mazāka apjoma veselības problēmas. Stāvoklis garīgās veselības jomā dažādās Eiropas valstīs ir atšķirīgs un smags, un nākotnē ir

iespējama minētās problēmas saasināšanās, tāpēc ka dažas valstis pievienosies Eiropas Savienībai tikai pēc ilgāka laika.

Dažām prasībām jau tagad jābūt skaidri noteiktām.

4.3.3 Pirmkārt, kopēja stratēģija nosaka vienotu terminu un konceptu izpratni, piemēram, jēdzienu “garīgās veselības traucējumi” (*mauvaise santé mentale*) vai “persona ar garīgās veselības traucējumu izraisītu invaliditāti” (*personne souffrant d'incapacité mentale*) uztveri franču valodā.

4.3.4 Vajadzībām atbilstošas garīgās veselības prioritātes atzīšana ir nopietns solis virzībā uz nepieciešamo rīcību.

4.3.5 Turklāt minētā konstatējuma pamatā jābūt pastāvošo vajadzību uzskaitījumam, iekļaujot gan vajadzības, gan to, kā tās šobrīd tiek apmierinātas.

4.3.6 Runājot par nepieciešamajiem pasākumiem, Zaļās grāmatas priekšlikumiem var tikai piekrist. Priekšlikumu par garīgo veselību fokusā ir bērni un pusaudži, darba tirgū aktīvie iedzīvotāji un gados veci cilvēki.

4.4 Virzība uz tādu pieeju garīgās veselības jautājumam, kas vērsta uz iedzīvotājiem.

4.4.1 Garīgā veselība ir jautājums, kas attiecas uz personām, kuras nejutas labi savā ģimenes lokā, savā vidē un konkrētajā sabiedrībā. Tā ietver kompleksu pieeju:

- pasākumus cīņai pret garīgajam slimībām, apvienojot profilaksi, aprūpi un readaptāciju,
- uz konkrētām iedzīvotāju grupām vērstus profilakses pasākumus,
- aprūpes pasākumus atsevišķu iedzīvotāju grupu garīgo ciešanu sakarā,
- pozitīvi virzītus garīgās veselības pasākumus, kas spētu mainīt uz aizspriedumiem pamatotu personu, grupu vai pašas sabiedrības attieksmi.

4.4.2 No šī viedokļa ir jāuzsver triju veidu — primārās, sekundārās un terciārās profilakses piemērošana atbilstoši attiecīgajai jomai. Jāattīsta garīgās veselības veicināšanas un sabiedrības informācijas pasākumi, veselīga dzīvesveida apgūšanas un piekropšanas, kā arī personas izaugsmi veicinošas vides izveides pasākumi. Tas attiecas arī uz profilaksi, kuras mērķis ir mazināt garīgās veselības traucējumu sekas, pievēršot uzmanību riska faktoriem un patogēnām situācijām, kā, piemēram:

- agrīna iejaukšanās gadījumos, kad mātēm vai zīdaiņiem parādās depresijas vai nepilnvērtības kompleksa simptomi,
- mērķtiecīgi pasākumi bērniem, kuri atpaliek mācībās,
- informācija un atbalsts ģimenēm, kas saskaras ar garīgās veselības traucējumu izraisītām problēmām,

— etniskās izcelsmes un kultūras noteiktu riska faktoru un ar garīgas veselības traucējumu izpausmēm saistītu faktoru izpēte,

— ieviest attiecību psihiatriju, kas ļauj izmantot plašāku pieeju somatiskiem un psiholoģiskiem traucējumiem, kā arī ģimenes aktīva un pasīva iesaistīšana (dzīves un slimnieku atbalsta metožu apmācība un, ja vajadzīgs, finansiāla palīdzība). Psiholoģiskais atbalsts ir svarīgāks par psihotropiem bez atbalsta.

4.4.3 Viennozīmīga prioritāte ir apmierināt bērnu un pusaudžu vajadzības. Pieprasījums nāk ne tikai un vienīgi no ģimenēm bet arī no mācību, tiesas, sociālajām iestādēm, policijas vai sabiedrības un attiecas uz arvien smagākiem gadījumiem gados arvien jaunākiem bērniem, kā arī uz problemātiskām ģimenēm. Sabiedrības attīstība vistiešāk skar ģimenes un bērnus.

4.4.4 Konsekventa un saskaņota organizācija varētu piedāvāt saskaņotu un strukturētu pakalpojumu kopumu, kuru veido trīs pamatmodeļi vai programmas:

— pirmsskolas vecuma bērniem, viņu ģimenēm un minētajam vecumam atbilstošajiem sociālās medicīnas, izglītības un tiesu sistēmas partneriem;

— skolas vecuma bērniem, viņu ģimenēm un attiecīgajiem partneriem;

— pusaudžiem, viņu ģimenēm un attiecīgajiem partneriem.

4.4.5 Katram modelim būtu jāpiedāvā ne tikai ambulatoriska aprūpe konsultāciju vietās, bet arī intensīvāka ārstēšana iestādēs, krīžu un ilglaicīga ārstēšana pēc katram vecumam piemērotas programmas. Saskaņā ar psihiatriju, nodrošinot modeļu reaktivitāti un mobilitāti, palīdzētu atklāt krīzes un novērst tās agrīnā stadijā, kā arī ambulatoriski atbalstīt ģimenes un partnerus.

4.4.6 Šie pamatmodeļi tiktu papildināti ar specializētām programmām riskam pakļautiem iedzīvotājiem vai sakarā ar riska faktoriem, nodrošinot primāros un sekundāros profilakses pasākumus: nopietnu attīstības traucējumu, dažu pirmsskolas vecuma patoloģiju, vecāku nesaskaņas, jauno vientuļo māšu, problemātisku ģimeņu, atkarības veidošanas pusaudžu vecumā u.c. savlaicīgu noteikšanu. Īpaša uzmanība jāpievērš sociālajām, izglītības un tiesu (profilakses iestādēm, cietumiem) struktūrām, kas uzņem personas kritiskā sociālā stāvoklī un kurām ir garīgās veselības traucējumi, ko izraisījuši vai, iespējams, var izraisīt šie ekstrēmie un kumulatīvie apstākļi.

4.5 Nodarbinātības, bezdarba un veselības savstarpējā saikne.

4.5.1 Ņemot vērā ietekmi uz garīgo veselību, kas ir gan strādājošo, gan bezdarbnieku apstākļiem, jāveicina šo apstākļu uzlabošana. Ar garīgo veselību saistītā nodarbinātības tematika

attiecas uz darba vērtību un tā nozīmi personas dzīvē, bezdarba sekām un invaliditāti.

4.5.2 Tikpat būtiski garīgās veselības jomā ir nepieciešamie sociālās atstumtības problēmas risinājumi.

4.5.3 Visbeidzot, ir jānodrošina ar iedzīvotāju novecošanu saistītās vajadzības. Saskaņā ar PVO datiem 20 % veco ļaužu ir "izdevušās vecumdienas", tātad 80 % tās nav apmierinošas (slimības, atkarība). Ar vecumu garīgās slimības neizzūd, tieši pretēji, ja 60 gadu vecumā plānprātība gandrīz nepastāv (1 %), tad pēc 85 gadu vecuma tā sasniedz 30 %. Uzvedības traucējumi minētajām personām novēroti 70 % gadījumu.

4.6 Patvēruma prasītāji.

4.6.1 Patvēruma prasītājus garīgās veselības problemātika skar, atbalstot viņus uzņemšanas procedūras laikā jautājumos par dzīvesvietu, dzīves apstākļiem, personisko dzīvi, kas ietver kā personīgo pieredzi, tā arī psihiska stāvokļa pagaidu raksturu. Pārdzīvotās smagās traumas, ko bieži vien izraisījuši ārkārtēji, tīša un kolektīva nežēlība, liecina par organizētu vardarbību. Nereti šai kategorijai traumas izraisītos traucējumus pastiprina vēl tas, ka viņi zaudējuši vairākus tuvus cilvēkus un ļoti sāpīgi pārdzīvo atrašanos svešumā.

4.7 Garīgas veselības problēma.

4.7.1 Minētais garīgas veselības jautājums ir aktuāls arī sakarā ar ievērojamo skaitu apcietināto, kuri saņem tikai ļoti ierobežotu aprūpi.

4.7.2 Depresijas, pašnāvības un ar to saistīto uzvedības formu profilakses programmu ieviešana ir jāatbalsta.

4.7.3 Runājot par piedāvātajām deinstitucionalizācijas modeļa izmaiņām, jāuzsver, ka šis jautājums ir palicis atklāts kopš astoņdesmito gadu beigām un to raksturo hospitalizācijas gadījumu samazināšanās, ilūzijas par deinstitucionalizāciju zaudēšana un tādas organizācijas nepieciešamība, kas apvienotu stabilu sabiedrisku aprūpi un pilnīgu hospitalizāciju. Pārāk bieža hospitalizācija nenodrošina pacientiem un viņu ģimenēm nepieciešamo līdzekļu piešķiršanu un sabiedrības pakalpojumu klāsta un apjoma attīstību. Savukārt ambulatorās ārstēšanas prioritāti nevar nodrošināt, ja tās pastāvīgi neatbalsta stacionārās iestādes, kas ir tūlītēji pieejamas īslaicīgai stacionārai ārstēšanai pacientiem krīzes gadījumā, kad citas ārstēšanas formas ir neefektīvas. Visbeidzot hospitalizācijas ierobežošana nav īstenojama, ja ambulatorās iestādes nevar nenodrošināt aprūpi, kas hospitalizāciju var novērst, piemēram, uzņemt un sekot pacientiem, kas ievietoti stacionārā uz ilgu laiku un kurus iespējams izrakstīt pēc attiecīgas sagatavošanas; sekot pacientiem, kuri nav ievietoti stacionārā, lai nodrošinātu viņu iesaistīšanos sabiedrībā, radot tam pieņemamus apstākļus un ievērojot viņu vajadzības; nodrošināt pacientiem, kuriem tas nepieciešams, kā ambulatoro, tā arī stacionāro ārstēšanu.

4.7.4 Lēmumu ārstēt garīgo slimnieku stacionāri vai ambulatori nosaka ārsta kultūras līmenis un profesionālās izglītības modelis, slimnieka izolētības pakāpe, vispārīgie sociālie un kultūras faktori, kā piemēram, sabiedrības tolerance, attiecīgās teritorijas nabadzības līmenis, kas palielina pieprasījumu pēc minētajiem pakalpojumiem un alternatīviem pasākumiem. Tādēļ nav iespējams kategoriskā veidā noteikt vajadzību attiecībā uz diennakts hospitalizācijas gultas vietām pacientiem krīzes gadījumā, neņemot vērā vietējos apstākļus.

4.7.5 Slimības ārstēšanā noteicošā loma ir tās raksturam; galvenais ārstēšanas kritērijs ir tas, kādi pakalpojumi jāsniedz, kādā nolūkā un ar kādiem rezultātiem, nevis tas, kādā ārstēšanas iestādē tie sniegti.

4.7.6 Kā stacionārās ārstēšanas priekšrocība parasti tiek minēts pieredzējis personāls, uzņemšana atbilstošā vidē un darbs pietiekami drošos apstākļos. Minētās priekšrocības izzūd, kad gultas vietu trūkums rada slimnieku, kuri nevēlas sadarboties un kuriem ir smagi traucējumi, koncentrāciju, kuras rezultātā lielā mērā tiek traucēti darba apstākļi, tie kļūst nepanesami vai bīstami.

4.7.7 Vairāki starptautiski un Francijā veikti pētījumi liecina, ka gandrīz 40 % slimnieku ar smagiem traucējumiem, kuri griezušies vai norīkoti stacionārā, būtu varējuši ārstēties ar alternatīvām ārstniecības metodēm ar nosacījumu, ka viņi ir gatavi sadarboties vai ka šī sadarbība iespējama ar viņu ģimenes locekļu vai sociālo iestāžu palīdzību (neatliekamās palīdzības vai krīzes pasākumi). Tādējādi, palielinoties šo mehānismu efektivitātei, slimnieki tiek ievietoti stacionārā vienīgi "neatliekamās" gadījumos, bieži vien piespiedu kārtā, kad vienlaicīgi nepieciešama gan psihiatriskā, gan somatiskā diagnostika, īpaši kritisku jauktu patoloģiju, atzītu psihiatrisku patoloģiju, nopietna recidīva, nevaldāmas vardarbīgas vai pašnāvnieciskas

uzvedības gadījumā. Tam ir organizatoriskas un ar uzraudzību saistītas sekas.

4.7.8 Ņemot vērā iepriekš teikto, minētajos pētījumos ieteikts nesamazināt pacientiem ar slimību akūtā stadijā paredzēto gultas vietu skaitu zemāk par 0,5 gultas vietām uz 1 000 pieaugušiem iedzīvotājiem; šis skaitlis ir jālīdzsvaro, ja stacionāra noslogotības līmenis paredzēts 80 % — 85 % apmērā, kā mēs to iesakām. Šie griesti, protams, paredz, ka visas alternatīvās iestādes ir pienācīgi nodrošinātas un efektīvas, un tajos neietilps gultas vietas, kas nepieciešamas tiesu medicīnas psihiatrijai vai slimnieku drošības nodrošināšanai, pusaudžiem un gados vecākiem cilvēkiem paredzētās gultas vietas. Pārāk pietuvojoties šim līmenim, nenodrošinot alternatīvos ambulatoros apstākļus, radīsies nepieciešamība pēc papildu dārgi izmaksājāmām gultas vietām psihiatrijas nodaļās vai ārstniecības iestādēs.

4.8 Aprūpes vide.

4.8.1 Lai gan gultu skaita limits dažādās valstīs ir atšķirīgs, minimālās prasības telpu sakarā var būt paustas ar lielāku noteiktību. Visām telpām jābūt piemērotām dotajam mērķim un, pat ja to iekārtojums nav mūsdienīgs, ir jāspēj nodrošināt cieņas un goda ievērošanas prasības mūsdienīgā izpratnē. Piemērota vide ir būtiska, lai nodrošinātu pacientu atveseļošanu. Riski, kas saistīti ar vidi, ir jānovērtē un jāapzina, ņemot vērā iemītņieku īpašās vajadzības.

4.8.2 Pacientiem jāspēj izmantot daudzveidīgas terapijas, kas sekmē un papildina viņiem sniedzamo aprūpi un ārstēšanu. Minētās vides izveidošanu veicina atbilstoša garīgās veselības aprūpes personāla apmācība un kvalifikācija un viņu humānā attieksme pret pacientiem.

Briselē, 2006. gada 17. maijā

Eiropas Ekonomikas un sociālo lietu komitejas

priekšsēdētāja

Anne-Marie SIGMUND