

Advies van het Europees Economisch en Sociaal Comité over het Groenboek „De geestelijke gezondheid van de bevolking verbeteren — Naar een strategie inzake geestelijke gezondheid voor de Europese Unie”

(COM(2005) 484 final)

(2006/C 195/11)

De Europese Commissie heeft op 14 oktober 2005 overeenkomstig artikel 262 van het EG-Verdrag besloten het Europees Economisch en Sociaal Comité te raadplegen over het Groenboek „De geestelijke gezondheid van de bevolking verbeteren — Naar een strategie inzake geestelijke gezondheid voor de Europese Unie”

De gespecialiseerde afdeling Werkgelegenheid, sociale zaken, burgerschap, die met de voorbereiding van de desbetreffende werkzaamheden was belast, heeft haar advies op 3 mei 2006 goedgekeurd. Rapporteur was de heer BEDOSSA.

Het Europees Economisch en Sociaal Comité heeft tijdens zijn op 17 en 18 mei 2006 gehouden 427e zitting (vergadering van 17 mei) onderstaand advies met 142 stemmen vóór en 1 stem tegen, bij 1 onthouding, goedgekeurd.

1. Samenvatting

Het behoeft geen betoog dat geestelijke gezondheid van groot belang is voor Europa. Het is dan ook zaak op dit gebied een strategie uit te stippelen.

- Deze strategie moet de volgende onderdelen bestrijken:
 - de informatie over gezondheid verbeteren;
 - beter reageren op bedreigingen van de gezondheid;
 - ongelijkheid op gezondheidsgebied verminderen;
 - een hoog niveau van sociale bescherming en goede gezondheid via een sectoroverschrijdende strategie verzekeren.
- Hiermee worden de volgende doelstellingen nagestreefd:
 - bevordering van de geestelijke gezondheid van iedereen;
 - bijzondere aandacht voor preventie;
 - verbetering van de levensomstandigheden van zieken;
 - het opzetten van een voorlichtingssysteem en een onderzoeksprogramma voor de Europese Unie
- In dit verband kunnen met name de volgende acties worden aanbevolen:
 - een proefproject m.b.t. de totstandbrenging van regionale netwerken voor informatieuitwisseling tussen alle actoren;
 - bevordering van het streven naar deïstitutionalisering, teneinde de beschikbare middelen beter te gebruiken.
- In de strategie moeten de beste praktijken worden aangegeven waarmee sociale integratie kan worden bevorderd en de rechten van geesteszieken kunnen worden beschermd; het Bureau van de Europese Unie voor de grondrechten zou overigens ook op de eerbiediging van deze rechten moeten toezien.

Het belang van geestelijke gezondheid wordt duidelijk in samenhang met de volgende factoren:

- de enorme stijging van de vraag, die de afmetingen van een massafenomeen heeft aangenomen en waarbij het zwaarte-

punt is verschoven van psychiatrie naar geestelijke gezondheidszorg;

- de actieve betrokkenheid van de patiënten en/of hun vertegenwoordigers, hetgeen een weerslag heeft op alle beleids-terreinen;
- het onevenwicht tussen ziekenhuis- en ambulante verzorging, en de flexibiliteitsproblemen in de gehele zorgketen, gaande van spoeddiensten tot medisch-sociale zorg

2. Probleemstelling

2.1 Psychische aandoeningen zijn een van de tien belangrijkste oorzaken van invaliditeit in de wereld en hebben dan ook enorme sociaal-economische gevolgen voor zowel individuen, gezinnen als regeringen.

2.2 Personen met psychische aandoeningen worden vaak gediscrimineerd of uitgesloten en hun grondrechten worden met voeten getreden.

2.3 Er kan een link worden gelegd tussen geestelijke gezondheid en armoede: deze laatste doet het risico op psychische aandoeningen toenemen en vermindert de kans op toegang tot basishulpverlening op het gebied van geestelijke gezondheid. De problematiek van de geestelijke gezondheid moet dus een belangrijk aandachtspunt van het volksgezondheidsbeleid van de lidstaten worden.

2.4 Niettemin is geestelijke gezondheid vaak geen prioriteit op gezondheidsgebied, hetgeen deels te wijten is aan het feit dat niet alle landen over de nodige capaciteit beschikken om in volledige en doeltreffende diensten voor geestelijke gezondheidszorg te voorzien.

2.5 Het communautaire instrument voor de geestelijke gezondheid past in het door de Europese Unie opgezette actieprogramma op het gebied van de volksgezondheid voor de periode 2003-2008, dat op artikel 152 van het Verdrag is gebaseerd. Opgemerkt zij evenwel dat er bij de acties die uit hoofde van dit programma worden gelanceerd, rekening moet worden gehouden met de verantwoordelijkheden van de lidstaten wat de organisatie van de gezondheidsdiensten en het verstrekken van medische zorg betreft.

2.6 Doel van dit door de Commissie goedgekeurde groenboek is, in het kader van het Europese actieplan, op communautair niveau een brede discussie op te starten over een betere beheersing van psychische aandoeningen en de bevordering van de geestelijke gezondheid, en wel om de volgende redenen:

- Gezondheid en geestelijke gezondheid gaan hand in hand en zijn van belang voor zowel het individu als de samenleving. Geestelijke gezondheid maakt dat het individu zich kan ontplooiën en zijn plaats kan vinden in het sociale leven, de school en het beroepsleven, en vormt een bron van sociale samenhang die van cruciaal belang is wil de Europese Unie een kennismaatschappij worden.
- Psychische aandoeningen zijn een zware last; iedereen heeft wel iemand in zijn familie- of vriendenkring die er aan lijdt. Psychische aandoeningen verminderen de levenskwaliteit van zieken en hun families. Zij vormen een belangrijke oorzaak van invaliditeit.
- De sociale en economische kosten van psychische aandoeningen lopen hoog op: zij drukken zwaar op de middelen van de samenleving en op het economische, het sociale en het onderwijsstelsel, alsook op het strafrechtelijke en het rechtsstelsel. In sommige landen blijken psychische aandoeningen een van de belangrijkste oorzaken te zijn van werkverzuim, vervroegde uittreding en invaliditeitspensioenen.
- Sociale uitsluiting, stigmatisering en discriminatie van geesteszieken vallen niet te ontkennen. Behandelingen kunnen de grondrechten en waardigheid van de zieken aantasten, waardoor bij hen een gevoel van wantrouwen tegenover de samenleving ontstaat en het „sociaal kapitaal” van de Unie aldus verminderd wordt.

2.7 Na de Europese ministerconferentie van de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) in januari 2005 over geestelijke gezondheid, heeft de Europese Commissie, die samen met de WHO deze conferentie heeft georganiseerd, in oktober 2005 een groenboek uitgebracht met als titel „*De geestelijke gezondheid van de bevolking verbeteren. Naar een strategie inzake geestelijke gezondheid voor de Europese Unie*”, waarin wordt gekeken naar de volksgezondheid overeenkomstig art. 152 van het Verdrag; tevens heeft zij op Europees niveau een raadplegingsproces over geestelijke gezondheid gelanceerd.

2.8 Bedoeling is duidelijk, de geestelijke gezondheid van de Europese bevolking te verbeteren in het kader van een strategie die verder gaat dan het gezondheidsaspect en meer algemeen gericht is op een „terugkeer” naar duurzaam welzijn, alsmede op een verbetering van de solidariteit, de sociale rechtvaardigheid en de levenskwaliteit.

2.9 Dit groenboek moet een discussie op gang brengen en een aanzet vormen tot een overlegproces in 2006 met overheden, gezondheidswerkers en patiëntenverenigingen; op basis daarvan zullen eind 2006 voorstellen worden geformuleerd voor acties op de bevoegdheidssterreinen van de Gemeenschap en zal een communautaire strategie inzake geestelijke gezondheid worden uitgestippeld.

3. Analyse van het groenboek en de daarin opgenomen voorstellen

3.1 Geestelijke gezondheid is zonder meer van groot belang voor Europa

3.1.1 In een tijdsperiode van één jaar heeft volgens gestaafde ramingen 27 % van de volwassen Europeanen te kampen met

een of ander geestelijk gezondheidsprobleem; 6,3 % daarvan heeft betrekking op somatoforme stoornissen, 6,1 % op depressies en 6,1 % op fobieën.

3.1.2 Het aantal in de EU-lidstaten vastgestelde zelfmoorden ligt hoger dan het aantal sterfgevallen door verkeersongevallen of HIV/AIDS.

3.1.3 Een en ander heeft vérstrekkende gevolgen voor de gemeenschap en in het document wordt een financiële evaluatie van die gevolgen gemaakt wat het productiviteitsverlies en de uitgaven voor het sociale en het onderwijsstelsel, alsook voor het justitiële systeem betreft.

3.1.4 Er bestaan grote verschillen tussen maar ook binnen de lidstaten.

3.2 Reden genoeg voor het uitstippelen van een strategie voor de geestelijke gezondheid op communautair niveau

3.2.1 Het programma van de Europese Unie ter bevordering van de volksgezondheid bestaat uit verschillende delen die erop gericht zijn:

- de informatie over gezondheid te verbeteren;
- beter te reageren op bedreigingen van de gezondheid;
- een hoog niveau van sociale bescherming en goede gezondheid via een sectoroverschrijdende strategie te verzekeren.
- ongelijkheid op gezondheidsgebied te verminderen;

3.2.2 Een communautaire strategie inzake geestelijke gezondheid zou de volgende doelstellingen kunnen nastreven:

- de bevordering van de geestelijke gezondheid van iedereen;
- preventieve maatregelen om geestelijke gezondheidsproblemen aan te pakken;
- een verbetering van de levenskwaliteit van mensen met geestelijke gezondheidsproblemen of geesteszieken door sociale integratie en de bescherming van hun rechten en waardigheid; en
- de ontwikkeling van een EU-stelsel voor informatie en kennis over en onderzoek naar de geestelijke gezondheid.

3.2.3 Er kunnen een aantal communautaire initiatieven in overweging worden genomen. Zo zou de Raad aanbevelingen ter vermindering van depressief en zelfmoordgedrag kunnen formuleren; hij kan zich daarvoor baseren op een proefproject dat tot doel had regionale informatienetwerken tussen de gezondheidssector, patiënten, hun families en jongerenwerkers tot stand te brengen, en dat zelfmoordpogingen bij jongeren met 25 % heeft kunnen verminderen.

3.2.4 In het kader van haar actie en ter bevordering van een betere integratie van geesteszieken in de samenleving verzoekt de Europese Commissie de lidstaten vaart te zetten achter het deinstitutionaliseringproces. De laatste jaren heeft zij een studie gefinancierd, waaruit is gebleken dat de vervanging van psychiatrische instellingen door leefgemeenschappen de levenskwaliteit van patiënten ten goede is gekomen. In juni 2005 is een aanbesteding uitgeschreven voor het verrichten van een studie waarin de beschikbare middelen worden geanalyseerd, wordt voorgesteld hoe deze middelen het beste kunnen worden gebruikt, en cijfers over de deinstitutionalisering worden verstrekt.

3.2.5 In deze context kunnen ook de volgende communautaire initiatieven worden overwogen:

- de Europese Unie zou kunnen vaststellen wat de beste methoden zijn om de sociale integratie van geesteszieken te bevorderen en hun rechten te beschermen;
- van de situatie van geesteszieken en de omstandigheden in psychiatrische instellingen zouden de grondrechten en de rechten van de mens, zoals bepaald in het in de Europese grondwet opgenomen handvest garant moeten staan.

3.2.6 De Europese Unie zou de kennis over geestelijke gezondheid willen verbeteren door onderzoeksprogramma's te ondersteunen en uitwisseling tussen beleid en onderzoek te bevorderen.

4. Standpunt ten aanzien van de voorstellen

4.1 *Het belang van geestelijke gezondheid wordt duidelijk in samenhang met verschillende factoren*

4.1.1 De laatste jaren kon een enorme stijging van de vraag, met de afmetingen van een massafenomeen, worden waargenomen samen met een verschuiving van psychiatrie naar geestelijke gezondheidszorg; tevens is de actieve betrokkenheid van de patiënten en de vertegenwoordigers van hun families een nieuw fenomeen. Elk van deze aspecten heeft, in het ene land al sneller dan in het andere, aanleiding gegeven tot wijzigingen in de wet- of regelgeving, afhankelijk van de mate waarin men hiermee op politiek of administratief vlak rekening wilde houden.

4.1.2 De massale vraag, waardoor een beroep wordt gedaan op alle beschikbare middelen, houdt verband met de complexe interactie tussen enerzijds het aanbod en anderzijds de veranderde perceptie, binnen de samenleving, van psychische aandoeningen en psychiatrie, die banalere en minder stigmatiserende fenomenen worden. Deze tendensen die in alle ontwikkelde landen in dezelfde periode worden waargenomen, komen ook tot uiting in de epidemiologie: jaarlijks 15 tot 20 % diagnoseerbare psychische stoornissen prevalent bij de gehele bevolking; 12 tot 15 % (evenveel als cardio-vasculaire aandoeningen en tweemaal zo veel als kanker) met invaliditeit tot gevolg; 30 % van alle levensjaren verloren door vermijdbare sterfte of door invaliditeit (bron: WHO 2004). Deze tendens heeft ook gevolgen voor de planning van de gezondheidszorg en heeft ervoor gezorgd dat de psychiatrie gaandeweg steeds meer taken toebedeeld kreeg.

4.1.3 De massale vraag en het veranderde imago hebben gezorgd voor een verschuiving naar ambulante zorg, hetgeen de traditionele tegenstelling tussen ziekte en gezondheid heeft doen vervagen en geleid heeft tot de gewaarwording van een continuüm van verschillende klinische toestanden, gaande tot geestelijk lijden. Een en ander heeft ertoe geleid dat de waargenomen stoornissen niet langer los konden worden gezien van de sociale context waarbinnen ze ontstaan; aldus werd het ook zaak rekening te houden met de sociale gevolgen van deze stoornissen bij het inschatten van de behoeften. Een van de belangrijkste taken van de psychiatrische diagnose is nu onderscheid te maken tussen psychiatrische en niet-psychiatrische gevallen, vast te stellen in welke gevallen psychiatrische interventie geboden is, zonder evenwel de interventie tot dat aspect

alléén te beperken, teneinde ook andere partners de gemeenschappelijke last mee te laten dragen of hen te helpen opnieuw een hoofdrol in het hulp- of therapeutisch proces op zich te nemen. Deze dialectische, soms botsende spanningen tussen klinische, ethische en organisatorische aspecten getuigen van de verschuiving in het paradigma van psychiatrie naar geestelijke gezondheid, samen met een soms tegenstrijdige terminologie, ook in officiële documenten. In de internationale literatuur zorgt de differentiatie tussen psychiatrie en geestelijke gezondheid evenwel nauwelijks voor problemen.

4.1.4 Het laatste maar zeker niet het minst belangrijke aspect is ten slotte de groeiende invloed van de zorggebruikers en de vertegenwoordigers van hun families. Dit aspect weerspiegelt een algemenere tendens, in Frankrijk en elders in de wereld, die niet beperkt blijft tot de psychiatrie en vooral zichtbaar werd in de context van bepaalde ziekten (AIDS) die de verhouding tussen arts en patiënt grondig hebben gewijzigd. Deze verandering blijkt het duidelijkst uit de wetgeving betreffende de rechten van zieken, de verwijzing naar zorggebruikers en vertegenwoordigers van hun families in administratieve documenten betreffende de organisatie van psychiatrische diensten, het beantwoorden aan de behoeften en de concrete tenuitvoerlegging van de maatregelen.

4.1.5 Vertegenwoordigers van de bevolking en van alle potentiële zorggebruikers laten ook steeds meer hun stem horen. Er is steeds meer interactie tussen politiek, lokaal beleid en gezondheidszorg. Verkozenen worden steeds meer betrokken bij de gevolgen van de ontwikkeling van de psychiatrie, die hen steeds meer nodig heeft.

4.1.6 Deze ontwikkeling heeft het gebrek aan evenwicht tussen ziekenhuis en ambulante zorgverstrekking, alsmede de problemen inzake flexibiliteit van de hele zorgketen, gaande van spoeddiensten tot medisch-sociale zorgverstrekking, zeer acut gemaakt. Een en ander heeft ook het frequent mislukken van deinstitutionalisering en de ontoereikende integratie van psychiatrie in het algemene ziekenhuis aangetoond. Daar de grenzen tussen medische en sociale verzorging, tussen beroepsactiviteit en opleiding onduidelijk zijn, lijken basis- en voortgezette beroepsopleiding voor nieuwe functies een sleutel voor toekomstige oplossingen te zijn. Naast deze grondige veranderingen, zijn er ook nieuwe problemen opgedoken, zoals met betrekking tot gevangenen met geestelijke aandoeningen, ouderen met neurodegeneratieve pathologieën die leiden tot geestelijke handicaps, en bijzonder kansarme bevolkingsgroepen.

4.1.7 Het einde van de Tweede Wereldoorlog, de gevoeligheid voor het fenomeen concentratiekampsyndroom en voor de mensenrechten, de kritische kijk op de intramurale psychiatrische zorg van indertijd, de ontwikkeling van psychofarmaca, de opkomst van zorggebruikersverenigingen en de budgettaire beperkingen hebben gemaakt dat de psychiatrie in de meeste ontwikkelde landen terecht kwam in hetgeen in de internationale en met name angelsaksische literatuur een deinstitutionaliseringproces genoemd wordt, d.w.z. een organisatie van zorgverstrekking en diensten waarbij de patiënt minder vaak in een ziekenhuis wordt opgenomen maar bij voorkeur in zijn vertrouwde omgeving blijft.

4.1.8 Er waren echter voortdurend struikelblokken toen deinstitutionalisering vooral gericht was op minder ziekenhuisopnames; zo ontstond bij de samenleving en de psychiatrie de neiging om een groot aantal geesteszieken naar gevangenissen over te brengen of hen daar te houden; marginale en kwetsbare patiënten, bij wie de zorgverstrekking was onderbroken of afgebroken, werden aan hun lot overgelaten, zonder huisvesting of sociale hulpverlening, zodat zij dakloos werden; voorst was er nog het „syndroom van de draaideur (revolving door)”, waarbij patiënten geregeld in het ziekenhuis opgenomen worden, ontslagen worden om kort daarop weer opgenomen te worden, en in een nooit eindigende vicieuze cirkel ronddraaien. Na verloop van tijd en budgettaire besnoeiingen hebben deze tendensen en de massale vraag ertoe geleid dat spoeddiensten en ziekenhuizen hun verzadigingspunt bereikten, dat voltijdse nieuwe ziekenhuisbedden werden gecreëerd, soms naar aanleiding van ernstige ongevallen (met geesteszieken als daders of slachtoffers), wat waarschuwend te vermijden was geweest. Onder invloed van de publieke opinie heeft de politieke besluitvormer vervolgens beveiligende maatregelen moeten nemen en een plan inzake geestelijke gezondheid moeten uitstippelen.

4.2 Informatie en media

De media berichten over geestelijke aandoeningen wanneer door geesteszieken een of andere misdaad is gepleegd (hoewel de desbetreffende cijfers niet hoger zijn dan voor de algemene bevolking). Dit heeft tot gevolg dat het negatieve imago en de vraag naar beveiliging worden versterkt, hetgeen de onverdraagzaamheid en de afwijzende houding jegens geesteszieken doet toenemen. Informatie over geestelijke gezondheid mag geen onbeheerst en steeds gevoeliger item blijven, maar moet ervoor zorgen dat drama's worden vermeden en dat het brede publiek via de media en hun deskundigen worden voorgelicht.

4.3 Voorwaarden en onderdelen van een gemeenschappelijke strategie inzake geestelijke gezondheid

4.3.1 Het EESC is ingenomen met het initiatief van de Commissie om een geïntegreerde Europese strategie inzake geestelijke gezondheid uit te stippelen. De discussie over het onderzoek, de vaststelling en de ontwikkeling van deze strategie moet in de context van de informatiemaatschappij worden gevoerd. Dit betekent o.m. dat de Europese samenleving moet komen tot:

- een duidelijk inzicht in de begrippen die verband houden met geestelijke gezondheid en hun inhoud;
- een precies beeld van de omvang van het probleem zoals het zich vandaag de dag voordoet maar ook zoals het zich mogelijk zal ontwikkelen;
- harde garanties voor substantiële deelname door de Europese samenleving aan de totstandbrenging van de voorwaarden voor ontwikkeling van geïntegreerde oplossingen.

4.3.2 De omvang van de behoeften maakt bijgevolg dat een ambitieus programma nodig is en dat een gemeenschappelijke strategie moet worden vastgesteld op basis van een aantal volledig aanvaarde beginselen. Opgemerkt zij dat andere minder zware gezondheidsproblemen op prioritaire aandacht kunnen rekenen. Voorts is de situatie inzake geestelijke gezondheid erg verschillend in de Europese lidstaten; in de landen die

slechts op langere termijn tot de Gemeenschap zullen kunnen toetreden is er een achterstand, die alleen nog maar groter dreigt te worden.

Er kunnen nu al een aantal eisen worden gesteld.

4.3.3 Vooraleer een gemeenschappelijke strategie kan worden uitgestippeld, moet er eerst en vooral een consensus bestaan over een aantal termen en concepten als bv. „slechte geestelijke gezondheid” of „persoon met een geestelijke handicap”.

4.3.4 Een belangrijke stap vooruit en een voorwaarde om de nodige actie te kunnen ondernemen is de erkenning van geestelijke gezondheid als een prioriteit, met alle daarmee samenhangende behoeften.

4.3.5 Op een ander niveau moet een en ander worden onderbouwd met een beschrijving van de stand van zaken, waarbij zowel de behoeften als de thans aangereikte oplossingen worden aangegeven.

4.3.6 De in het groenboek voorgestelde acties kunnen alleen maar worden toegejuicht. Bij de acties m.b.t. geestelijke gezondheid wordt bijzondere aandacht geschonken aan kinderen, jongeren, de actieve bevolking en ouderen.

4.4 Geestelijke gezondheid van de burgers

4.4.1 Geestelijke gezondheid richt zich op de toestand van onbehagen van een persoon in het milieu en de omgeving waarin hij leeft en in een bepaalde samenleving. Hierbij is een meervoudige aanpak nodig:

- maatregelen om geestesaandoeningen tegen te gaan, waarbij preventie, verzorging en reïntegratie moeten samengaan;
- preventieve actie gericht op specifieke doelgroepen;
- zorgverstrekking om het lijden van bepaalde bevolkingsgroepen te lenigen;
- positieve actie m.b.t. geestelijke gezondheid om verandering te brengen in afwijzende houdingen van individuen, groepen of de samenleving zelf.

4.4.2 Vanuit dit oogpunt moet de klemtoon worden gelegd op de drie aspecten van preventie (het primaire, secundaire en tertiaire aspect), afhankelijk van het betrokken gebied. Het is zaak acties ter bevordering van de geestelijke gezondheid en de voorlichting van het grote publiek te ontwikkelen over het aannemen en behouden van gezonde leefgewoonten en het creëren van een omgeving die de ontplooiing van het individu in de hand werkt. Ook bij preventieve acties gaat het erom het aantal psychische stoornissen te verminderen door aandacht te schenken aan risicofactoren en pathogene situaties. Hierbij kan worden gedacht aan:

- vroegtijdige hulpverlening aan moeders die symptomen van depressie vertonen of het gevoel hebben tekort te schieten, en aan hun baby's;
- gerichte acties voor kinderen die falen op school;
- informatie en ondersteuning van families die met geestelijke aandoeningen geconfronteerd worden;

- studies over risicofactoren of uitingen van geestelijk lijden of geestesziekte naar gelang van culturele achtergrond;
- ontwikkeling van een relatiegerichte psychiatrie waarbij een meer algemene aanpak van somato-psychische pathologieën wordt gehanteerd en de familie op actieve en passieve wijze bij de therapie wordt betrokken (aanleren van methoden om met de zieke om te gaan en hem/haar te ondersteunen, eventueel ook op financieel gebied). Psychologische ondersteuning is te verkiezen boven psychofarmaca zonder ondersteuning.

4.4.3 Het is duidelijk dat prioritair toegemoet moet worden gekomen aan de behoeften van kinderen en jongeren. De vraag komt in dit verband niet alleen van de families. Zij komt ook van scholen, gerechtelijke en sociale instellingen, politiediensten en lokale gemeenschappen, gelet op de steeds extremere levensomstandigheden waarin steeds jongere kinderen en gezinnen met meerdere problemen moeten leven. Het zijn vooral gezinnen en kinderen die de gevolgen van de veranderingen in de maatschappij ondervinden.

4.4.4 Dankzij een samenhangende en gecoördineerde organisatie van de zorgverlening zou een waaier van gecoördineerde diensten moeten worden aangeboden, die rond drie basismodules of -programma's moet worden opgebouwd:

- een programma voor jonge kinderen, gezinnen en zorgverstrekkers die met die leeftijdsgroepen werken in de sociale en gezondheidssector, in scholen en op gerechtelijk gebied;
- een programma voor kinderen in de schoolleeftijd, gezinnen en partners;
- een programma voor jongeren, hun gezinnen en de partners.

4.4.5 Ieder programma zou, naast de geplande ambulante zorg op consultatieplekken, moeten voorzien in intensievere, institutionele zorg die op de leeftijd van de betrokkene afgestemd is, alsook in zorg voor kritieke perioden en in langdurige zorg. De verbindingspsychiatrie, die zorgt voor reactievermogen en flexibiliteit van de modules, zou bijdragen tot vroegtijdige opsporing van problemen, preventie van crisissen en ambulante ondersteuning van families en partners.

4.4.6 Naast deze basisprogramma's zouden er ook gespecialiseerde programma's moeten komen die gericht zijn op kwetsbare bevolkingsgroepen of risicovolle situaties, waardoor aan zowel primaire als secundaire preventie kan worden gedacht: vroegtijdig opsporen van ontwikkelingsstoornissen, bepaalde pathologieën bij jonge kinderen, functioneringsstoornissen bij jonge ouders, isolement van jonge moeders, gezinnen met meerdere problemen, verslavingsproblemen bij jongeren, enz. Er moet ook nog meer gerichte aandacht gaan naar sociale, opleidings- en gerechtelijke structuren (preventiediensten, gevangnissen) die voorzien in de opvang van zware sociale gevallen die tegelijkertijd ook geestelijke stoornissen vertonen of dreigen te ontwikkelen gezien de extreme situatie en de gecumuleerde risicofactoren waarmee ze geconfronteerd worden.

4.5 Verband tussen werk, werkloosheid en gezondheid

4.5.1 Er moet meer werk worden gemaakt van de verbetering van de arbeids- en leefomstandigheden van werkenden en werklozen gezien de invloed daarvan op de gezondheid. Het onderwerp werk in verhouding tot geestelijke gezondheid houdt verband met de waarde die aan werk wordt toegekend, de persoonlijke kosten daarvan, de gevolgen van werkloosheid en invaliditeit.

4.5.2 De oplossingen die moeten worden gegeven en verband houden met sociale uitsluiting, zijn van even groot belang voor de geestelijke gezondheid.

4.5.3 Ten slotte vergt ook de vergrijzing van de bevolking aangepaste oplossingen. 20 % van de ouderen geniet van hetgeen de WHO een „mooie oude dag” noemt; dit betekent dat dit voor 80 % niet het geval is (ziekte, verlies van autonomie). Geestelijke aandoeningen verminderen niet met het verouderen, integendeel. Dementieverschijnselen die slechts bij 1 % van de personen van 60 jaar voorkomen, worden frequent na de leeftijd van 85 jaar (30 %). Getroffen personen vertonen in 70 % van de gevallen gedragsstoornissen.

4.6 Asielzoekers

4.6.1 De problematiek van geestelijke gezondheid heeft ook betrekking op de begeleiding van asielzoekers tijdens de opvangprocedure, waarbij moet worden gekeken naar hun woon- en leefomstandigheden, alsook naar hun persoonlijk leven, hun eigen geschiedenis en tijdelijke psychische toestand. De ernst van de opgelopen trauma's, die vaak veroorzaakt zijn door extreme, bewust bedoelde en collectieve wreedheid, getuigt van situaties van georganiseerd geweld. Bij deze bevolkingsgroep worden post-traumatische stoornissen vaak nog verergerd door verschillende rouwprocessen en pijnlijke ervaringen met het leven in ballingschap.

4.7 De problematiek van geestelijke gezondheid

4.7.1 De problematiek van geestelijke gezondheid houdt ook verband met het aanzienlijke aantal opsluitingen in detentiecentra, waarbij slechts zeer geringe zorgvoorzieningen beschikbaar zijn.

4.7.2 Er moet steun komen voor het opzetten van programma's ter preventie van depressies, zelfmoorden en verslaving.

4.7.3 Wat de deinstitutionalisering en het daarbij veranderde zorgmodel betreft, kan worden vastgesteld dat er eind jaren 90 een nieuwe periode is begonnen waarbij een eind kwam aan de verminderde ziekenhuisopnames en aan de illusie die de deinstitutionalisering opriep; in plaats daarvan werd de noodzaak ingezien van een gecombineerde organisatie van gedegen zorg in leefgemeenschappen en voltijdse hospitalisering. Te veel hospitalisering maakt dat er onvoldoende middelen kunnen worden toegekend en niet de nodige diensten (qua omvang en keuzemogelijkheden) kunnen worden ontwikkeld voor de leefgemeenschap van de patiënten en hun families. Anderzijds houdt het geen steek de voorkeur te geven aan ambulante verzorging als deze niet op ieder moment ook wordt ondersteund door ziekenhuisverzorging die onmiddellijk en steeds beschikbaar is, bv. voor korte verblijven van patiënten in een crisissituatie die met geen andere behandeling geholpen kunnen worden. Ten slotte kan de hospitalisering ook niet worden verminderd als de ambulante zorg niet geschikt over diensten die: vermijdbare ziekenhuisopnames kunnen voorkomen; patiënten die langdurig zijn opgenomen en na een passende voorbereiding uit het ziekenhuis worden ontslagen, kunnen opvangen en begeleiden; niet-gehospitaliseerde patiënten kunnen begeleiden om hen in de gemeenschap te integreren in aanvaardbare omstandigheden waarbij rekening wordt gehouden met hun behoeften; patiënten voor wie dit nodig is, kunnen begeleiden bij het pendelen tussen ambulante en ziekenhuisverzorging.

4.7.4 De beslissing om een geesteszieke via ziekenhuisopname dan wel ambulante zorg te behandelen wordt sterk beïnvloed door de opleidingscultuur en het opleidingsmodel van de zorgverstrekker, de graad van isolement van de patiënt, algemene sociaal-culturele factoren als de verdraagzaamheid van de samenleving, de aanwezigheid van factoren van kwetsbaarheid in een bepaalde regio waardoor een groter beroep wordt gedaan op dergelijke diensten, alsook de beschikbaarheid van alternatieven. Het is bijgevolg onmogelijk om een categorische aanbeveling te formuleren inzake het aantal ziekenhuisbedden dat nodig is voor patiënten in een crisissituatie zonder rekening te houden met de lokale omstandigheden.

4.7.5 Van doorslaggevend belang voor de behandeling is immers niet alleen de plaats waar de verzorging wordt gegeven maar ook de aard ervan, d.w.z. het soort diensten dat wordt verleend, de behoeften waaraan tegemoet moet worden gekomen en de doeltreffendheid van die dienstverlening.

4.7.6 Naar algemeen wordt erkend, heeft hospitalisering het voordeel dat opgeleid personeel beschikbaar is, dat de opvang gebeurt in een gesloten en aangepaste omgeving en dat de behandeling plaatsvindt in voldoende veilige omstandigheden. Deze voordelen verminderen of verdwijnen evenwel als het tekort aan bedden in het ziekenhuis ertoe leidt dat niet-meewerkende patiënten met ernstige aandoeningen samen moeten worden gelegd met als gevolg ernstige, zometer onverdraaglijke of gevaarlijke verstoringen van de verzorging.

4.7.7 Uit tal van internationale, en Franse, studies blijkt dat voor nagenoeg 40 % van de zieken met acute symptomen die zich bij een ziekenhuis melden of daarnaar worden verwezen, ook alternatieve behandelingswijzen kunnen worden gevonden; voorwaarde is wel dat de patiënt wil meewerken of dat daarvoor kan worden gezorgd met de steun van familieleden of een sociaal netwerk (urgentie- en crisisinterventiediensten). De toenemende doeltreffendheid van dergelijke diensten maakt dat in het ziekenhuis steeds vaker alleen nog maar de „allermoeilijkste” gevallen terechtkomen: patiënten die dringend moeten worden behandeld voor zowel psychische als lichamelijke aandoeningen, patiënten met bijzonder ernstige gemengde pathologieën, hernieuwde aanvallen van gekende psychiatrische aandoeningen, onbedwingbaar gewelddadig en zelfmoordge-

drag, enz.; de hospitalisering gebeurt in deze gevallen dan ook vaak onder dwang. Een en ander heeft gevolgen op organisatorisch en personeelsgebied (zie hieronder).

4.7.8 Gelet op het bovenstaande, wordt in de eerder vermelde studies aanbevolen te voorzien in niet meer dan 0,5 bedden per 1 000 volwassen inwoners voor patiënten met acute symptomen; dit cijfer zal opnieuw moeten worden bekeken in het licht van de door het Comité nagestreefde doelstelling van 80 à 85 % bezetting van de betrokken diensten. Het hanteren van een dergelijke drempel veronderstelt uiteraard dat er zowel vóór als na de ziekenhuisopname voldoende uitgeruste en doeltreffende alternatieve zorgdiensten beschikbaar zijn; bij de berekening van de drempel is evenmin rekening gehouden met het aantal benodigde en beveiligde bedden voor de forensische psychiatrie, en de bedden voor jongeren en voor ouderen. Als deze drempel te dicht wordt benaderd zonder dat de nodige alternatieven voor ambulante zorg verzekerd zijn, zou dit ertoe leiden dat in extra ziekenhuisbedden voor medische of psychiatrische verzorging moet worden voorzien, hetgeen enorme kosten met zich meebrengt.

4.8 Zorgomgeving

4.8.1 Terwijl de drempelwaarde voor het vereiste beddenaantal van land tot land kan verschillen, kunnen er duidelijkere uitspraken worden gedaan over de minimumnormen voor de opvang. De opvang moet doelmatig zijn en zelfs in oudere gebouwen moet ervoor worden gezorgd dat de huidige normen inzake waardigheid en respect van de bewoners in acht worden genomen. Met het oog op het herstel van de patiënten moet de omgeving zo goed mogelijk op hen zijn afgestemd. Risico's moeten worden geëvalueerd en aangepakt, rekening houdend met de specifieke behoeften van de bewoners.

4.8.2 De bewoners moeten toegang hebben tot een ruime waaier aan behandelingen die een aanvulling vormen op en bijdragen tot hun verzorging en behandeling. Het personeel draagt ook bij tot de totstandkoming van een dergelijke omgeving en moet daarom een passende opleiding hebben gekregen, over de nodige vaardigheden beschikken en menselijk zijn in de omgang met de patiënten.

Brussel, 17 mei 2006

De voorzitter
van het Europees Economisch en Sociaal Comité
A.-M. SIGMUND