

Yttrande från Europeiska ekonomiska och sociala kommittén om "Grönbok: Förbättring av befolkningens psykiska hälsa Mot en strategi för psykisk hälsa i Europeiska unionen"

KOM(2005) 484 slutlig

(2006/C 195/11)

Den 14 oktober 2005 beslutade kommissionen att i enlighet med artikel 262 i EG-fördraget rådfråga Europeiska ekonomiska och sociala kommittén om "Grönbok – Förbättring av befolkningens psykiska hälsa. Mot en strategi för psykisk hälsa i Europeiska unionen"

Facksektionen för sysselsättning, sociala frågor och medborgarna, som svarat för det förberedande arbetet i ärendet, antog sitt yttrande den 3 maj 2006. Föredragande var Adrien Bedossa.

Vid sin 427:e plenarsession den 17–18 maj 2006 (sammanträdet den 17 maj 2006) antog Europeiska ekonomiska och sociala kommittén följande yttrande med 142 röster för, 1 röst emot och 1 nedlagd röst:

1. Sammanfattning

Det är oerhört viktigt att uppnå psykisk hälsa i Europa. Därför måste det utformas en strategi

— med följande inslag:

- Att förbättra hälsoinformationen.
- Att stärka reaktionsförmågan mot hälsorisker.
- Att minska ojämlikheten på hälsoområdet.
- Att garantera en hög nivå när det gäller social trygghet och god hälsa genom en sektorsöverskridande strategi.

— som har följande mål:

- Främjande av allas psykiska hälsa.
- Förebyggande åtgärder skall ges stor plats.
- Bättre levnadsvillkor för de sjuka.
- Utveckling av ett system för information och ett forskningsprogram i EU.

— som innefattar bland annat följande rekommendationer:

- Ett pilotprojekt med skapandet av ett regionalt informationsnätverk mellan alla aktörer.
- Avinstitutionaliseringen bör främjas, så att de tillgängliga resurserna kan användas bättre.
- Man bör fastställa bästa praxis för att främja social integration och skydda psykiskt sjukas rättigheter, som bör ingå bland uppgifterna för Europeiska unionens byrå för grundläggande rättigheter.

Den psykiska hälsans betydelse ökar, och detta av flera olika skäl:

- Den explosiva ökningen av masseterfrågan, från psykiatri till psykisk hälsa.

— Det oåterkalleliga inträdet på scenen av patienter och deras företrädare, som påverkar all politik.

— Obalansen mellan sjukhus och uppsökande verksamhet, samt flexibilitetsproblemen i hela vårdapparaten, från akutvård till kuratorsverksamhet.

2. Problembeskrivning

2.1 De psykiska besvären utgör en av de tio viktigaste orsakerna till invaliditet i världen, och får därför förödande socioekonomiska konsekvenser för enskilda, familjer och regeringar.

2.2 Personer som är drabbade av psykiska besvär blir ofta diskriminerade eller utestängda, och de utsätts för omfattande kränkningar av sina grundläggande rättigheter.

2.3 Det föreligger ett samband mellan psykiska hälsoproblem och fattigdom: Den senare ökar risken för psykisk ohälsa och minskar möjligheterna att få tillgång till grundläggande psykvård. Länderna måste därför ge de psykiska hälsoproblemen en viktig plats inom hälsovården.

2.4 Den psykiska hälsan är ofta inte prioriterad inom hälsovården, bland annat för att den kapacitet som krävs för att bygga upp en komplett och effektiv psykvård inte finns i alla länder.

2.5 Gemenskapens instrument för psykisk hälsa är en del av det program som inrättades av Europeiska unionen för att främja den psykiska hälsan under perioden 2003–2008. Den rättsliga grunden är artikel 152 i fördraget. Det bör dock påpekas att insatserna härvidlag måste beakta medlemsstaternas ansvar för organisationen av hälsovårdstjänster och utbudet av sjukvård.

2.6 Den grönbok som kommissionen har antagit syftar till att av följande orsaker och inom ramen för den europeiska handlingsplanen inleda en omfattande debatt om förbättrad hantering av psykisk sjukdom och främjande av psykiskt välbefinnande på EU-nivå:

- Ingen hälsa utan psykisk hälsa, och därför är den viktig såväl för den enskilde som för samhället. Den gör det möjligt för den enskilde att utvecklas och finna sin plats i det sociala livet, skolan och yrkeslivet. Den är en källa till den sociala sammanhållning som är så viktig för Europeiska unionen om EU skall kunna bli ett kunskapsamhälle.
- De psykiska besvären utgör en mycket tung börda – alla har i sin omgivning en nära bekant som lider av psykisk sjukdom. Dessa besvär försämrar de sjukas och deras familjers livskvalitet. Det är en viktig orsak till invaliditet.
- De psykiska sjukdomarnas sociala och ekonomiska kostnader är mycket stora: Detta utgör en allvarlig belastning på samhällets resurser och på dess ekonomiska och sociala system, utbildningssystem och rättsväsende. Uppgifter från vissa länder visar att psykiska besvär är en av de viktigaste orsakerna till frånvaro från arbetet, förtidspension och sjukpension.
- Det sociala utanförskapet, stigmatiseringen och diskrimineringen av de psykiskt sjuka är fortfarande en realitet. Behandlingen kan innebära en kränkning av de sjukas grundläggande rättigheter och värdighet, vilket medför en känsla av misstroende mot samhället och därigenom en minskning av "unionens sociala kapital".

2.7 Som uppföljning av Världshälsoorganisationens (WHO) europeiska ministerkonferens om psykisk hälsa som hölls i januari 2005 publicerade Europeiska kommissionen, som i samarbete med WHO var medorganisatör av konferensen, i oktober 2005 en grönbok med titeln "Förbättring av befolkningens psykiska hälsa. Mot en strategi för psykisk hälsa i Europeiska unionen". Den bygger på bestämmelserna i fördragets artikel 152 om folkhälsa. Kommissionen lanserade också ett samråd på europeisk nivå om den psykiska hälsan.

2.8 Det klart angivna målet är att förbättra den europeiska befolkningens psykiska hälsa med hjälp av en strategi som går utöver hälsoområdet och mer generellt syftar till att "återgå" till ett långsiktigt välbefinnande samt ökad solidaritet, social rättvisa och livskvalitet.

2.9 Grönboken bör väcka debatt, och den utgör underlag för ett samråd under 2006 med de offentliga myndigheterna, yrkesutövare och patientorganisationer. Samrådet syftar till att inom gemenskapens ansvarsområde i slutet av 2006 komma fram till olika förslag till en strategi för psykisk hälsa i Europeiska unionen.

3. Analysen och förslagen i grönboken

3.1 *Det är oerhört viktigt att uppnå psykisk hälsa i Europa...*

3.1.1 Det finns skäl att anta att 27 % av vuxna européer under ett givet år har någon form av psykiska besvär. Av dessa är 6,3 % somatoforma, 6,1 % depressioner och 6,1 % fobier.

3.1.2 Antalet självmord i EU-länderna är större än antalet döda i trafikolyckor eller i hiv/aids.

3.1.3 Detta får en mängd konsekvenser för samhället, och i rapporten föreslås en ekonomisk utvärdering av produktivitetsförlusten samt av kostnaderna för det sociala systemet, utbildningssystemet och rättsväsendet.

3.1.4 Det finns betydande skillnader mellan (och även inom) medlemsstaterna.

3.2 ... vilket motiverar en EU-strategi för psykisk hälsa

3.2.1 Europeiska unionens nuvarande folkhälsoprogram har flera mål:

- Att förbättra hälsoinformationen.
- Att stärka reaktionsförmågan mot hälsorisker.
- Att garantera en hög nivå när det gäller social trygghet och god hälsa genom en sektorsöverskridande strategi.
- Att minska ojämlikheten på hälsoområdet.

3.2.2 En gemenskapsstrategi för psykisk hälsa skulle kunna ha följande mål:

- Främjande av allas psykiska hälsa.
- Förebyggande åtgärder mot psykisk ohälsa.
- Bättre livskvalitet för psykiskt sjuka genom social integrering och skydd av deras rättigheter och värdighet.
- Utveckling av system för information, forskning och kunskap om psykisk hälsa i EU.

3.2.3 Möjliga gemenskapsinitiativ är bland annat rådsrekommendationer om minskning av depression och självmordsbeteende, på basis av ett pilotprojekt med skapandet av ett regionalt informationsnätverk mellan hälso- och sjukvårdssektorn, patienterna, deras anhöriga och deras personliga ombud, vilket har lett till en minskning av självmordsförsöken med 25 % bland ungdomar.

3.2.4 I samband med sitt arbete för ökad social integrering av psykiskt sjuka uppmanar Europeiska kommissionen medlemsstaterna att påskynda avinstitutionaliseringen. Under senare år har kommissionen finansierat en studie som har bekräftat att om psykiatriska institutioner ersätts med samhällsbaserade vårdalternativ, skulle patienternas livskvalitet öka. I juni 2005 publicerades en anbudsinfordran för en studie i syfte att analysera och presentera hur de nuvarande ekonomiska resurserna bäst kan användas. Studien skall också tillhandahålla statistik om avinstitutionaliseringen.

3.2.5 Följande gemenskapsinitiativ är också möjliga i detta sammanhang:

- Europeiska unionen skulle kunna kartlägga bästa praxis för att främja social integrering och skydda psykiskt sjukas rättigheter.
- De psykiskt sjukas och de psykiatriska inrättningarnas situation borde garanteras i de grundläggande rättigheter och de mänskliga rättigheter som anges i den stadga som återfinns i förslaget till europeisk konstitution.

3.2.6 Europeiska unionen vill förbättra kunskaperna om den psykiska hälsan genom stöd till olika forskningsprogram och genom att främja kontakterna mellan politikerna och forskningsvärlden.

4. Kommentarer till förslagen

4.1 *Den psykiska hälsans ökande betydelse sammanhänger med flera olika utvecklingstendenser*

4.1.1 De senaste åren har karakteriserats av ett antal företeelser: en explosiv ökning av massefterfrågan, ett paradigmskifte från psykiatri till psykisk hälsa och ett oåterkalleligt inträde på scenen av patienter och deras familjers företrädare. Var och en av dessa aspekter har lett till ändrade lagar och regler, i olika takt i skilda länder, beroende på i vilken utsträckning de har beaktats på politiska och administrativa nivåer.

4.1.2 Massefterfrågan, som har medfört att alla tillgängliga tjänster har nått sin mättnadspunkt, är kopplad till den komplicerade samverkan mellan samhällets förändrade syn på psykisk sjukdom och psykiatri, vilka har blivit mer allmänt accepterade, eller åtminstone mindre stigmatiserade, vilket också gäller utbudet. Denna förändring har kunnat iakttas i alla utvecklade länder över samma period och framträder inom epidemiologin enligt följande: Under ett år har 15–20 % av befolkningen diagnostiserbara psykiska besvär, 12–15 % – lika mycket som hjärt- och kärlsjukdomar och två gånger så mycket som cancer – leder till invaliditet, och 30 % av alla levnadsår som går förloerade till följd av förtidig död eller invaliditet (källa: WHO, 2004). Denna belastning kommer också till synes i den expanderande hälsoplaneringen, där psykiatrin under åren har fått allt fler uppdrag.

4.1.3 Kombinationen av ökad efterfrågan och förändrade synsätt har lett till en större efterfrågan på öppenvårdsinsatser, vilket upphäver den klassiska tudelningen mellan sjukdom och hälsa och tydligare framhäver en kontinuitet mellan olika kliniska tillstånd, inklusive psykisk ohälsa. Det är nu omöjligt att avskilja psykisk ohälsa från den samhälleliga kontext i vilken den uppstår, och det blir nödvändigt att inbegripa den psykiska ohälsans sociala effekter i olika behovsbedömningar. En av psykiatrins huvuduppgifter är nu att skilja mellan psykiatriska och icke-psykiatriska fall, och att fastställa vilka som kräver psykiatrisk behandling, dock utan att reducera dem till endast

denna aspekt utan i stället låta andra aktörer dela bördan eller bistå dem så att de kan återta sin roll som de viktigaste aktörerna för stöd eller terapi. Dessa dialektiska och ibland konfliktfyllda spänningar mellan kliniska, etiska och organisationella frågor är ett vittnesbörd om paradigmskiftet från psykiatri till psykisk hälsa, som ger upphov till en ny och ibland motsägelsefull terminologi, även i officiella dokument. I den internationella litteraturen görs dock en klar distinktion mellan psykiatri och psykisk hälsa.

4.1.4 Den sista aspekten, men inte den minsta, är patienternas och deras familjerepresentanters växande makt. Detta är ett vittnesbörd om en omfattande förändring, både i Frankrike och i världen som helhet, som inte begränsas till psykiatri och som har intensifierats på grund av olika sjukdomar (t.ex. hiv/aids), vilka har omvandlat relationen mellan läkare och patienter. Det mest anmärkningsvärda exemplet på denna förändring är framväxten av en lagstiftning om patienters rättigheter, och omnämmandet av patienter och deras familjer i administrativa dokument om organiseringen av den psykiatriska vården och om metoder för att bemöta olika behov, samt hur de skall omsättas i praktiken.

4.1.5 Företrädare för samhället och för potentiella patienter har också intagit en mer aktiv roll. Samspelet mellan politik, kommunalpolitik och psykisk hälsa blir allt tydligare. De folkvalda blir alltmer engagerade i konsekvenserna av psykiatrins utveckling, som i allt mindre utsträckning kan ske utan dem.

4.1.6 Denna utveckling har inneburit att obalansen mellan sjukhus och uppsökande verksamhet, samt flexibilitetsproblemen i hela vårdapparaten, från akutvård till kuratorsinsatser, blivit ytterst allvarlig. Den har också understrukt de frekventa misslyckandena när det gäller avinstitutionaliseringen, och psykiatrins ofullständiga integration i sjukvården generellt. Eftersom gränserna mellan de medicinska och sociala områdena och mellan yrkesutövandet och utbildningen är porösa, är den initiala yrkesutbildningen och fortbildningen när det gäller nya funktioner en av nycklarna till en framtida lösning. Vid sidan av dessa djupgående förändringar har nya problem uppstått, bland annat när det gäller psykiskt sjuka interner, äldre med neurodegenerativa sjukdomar som yttrar sig i psykiska handikapp samt särskilt utsatta befolkningsgrupper.

4.1.7 I de flesta utvecklade länder har en mängd faktorer – andra världskrigets slut, den ökande medvetenheten om koncentrationslägren och de mänskliga rättigheterna, en kritisk inställning till den psykiatriska vården så som den utövades vid denna tid, utvecklingen av psykofarmaka, framväxten av konsumentorganisationer och nya budgetrestriktioner – lett till att psykiatrin kastats in i en omvandlingsprocess som i den internationella litteraturen benämns "avinstitutionalisering". Detta betyder att organisationen av omsorgs- och vårdtjänster i mindre utsträckning innebär sjukhusvistelse och att patienterna i stället i högre grad vårdas i sin normala miljö.

4.1.8 Man har emellertid stött på ett antal hinder när avinstitutionaliseringen har inneburit avhospitalisering: en tendens i samhället och inom psykiatrin att sätta en stor mängd psykiskt sjuka i fängelse eller att överföra dem dit, sårbara eller marginaliserade patienter har lämnats åt sitt öde när vården har avbrutits eller avslutats, och utan bostad eller socialhjälp har de blivit bostadslösa, och det så kallade svängdörrssyndromet, som innebär att en del patienter kommer in i en ond cirkel och tas in på sjukhus, skrivs ut och därefter tas in på nytt. Med tiden och till följd av upprepade budgetnedskärningar har en kombination av dessa företeelser och masserfrågan lett till att den psykiatriska akutvården och sjukhusen har nått mättnadspunkten och slutligen medfört att man har satt in tillfälliga sjukhusbäddar på heltid, något som förmodligen hade kunnat undvikas. Allvarliga incidenter med angrepp av eller på psykiskt sjuka människor har bidragit till denna tendens. Den allmänna opinionen har kunnat påverka politikererna, som har förmåtts att antingen införa åtgärder för att öka den allmänna säkerheten eller tvärtom utformat hälsovårdsstrategier för psykiskt sjuka.

4.2 Informationsarbete och massmedier

Oftast tar massmedierna upp psykisk sjukdom i samband med handlingar som begåtts av psykiskt sjuka (fast dessa inte är fler än för befolkningen som helhet). Ett sådant läge bäddar för konsekvenser i form av en negativ image och spänningar omkring säkerhetsfrågor som leder till ökad intolerans och till avståndstagande till de psykiskt sjuka. Kontinuerlig upplysning om psykisk hälsa får inte förbli en punkt som inte hanteras professionellt. Det är en fråga som blir allt känsligare, vilket skall ses i samband med att allvarliga konsekvenser kan förväntas, och frågan torde angå den breda allmänheten via massmedierna och branschens yrkesutövare.

4.3 Förutsättningarna för och inslagen i en gemensam strategi för psykisk hälsa

4.3.1 EESK stöder kommissionens förslag avseende utvecklingsperspektiv för en integrerad europeisk strategi för psykisk hälsa. Vi anser att diskussionen om hur denna strategi skall tas fram, drivas och utvecklas måste föras utifrån kunskapssamhällets villkor. Detta innebär bland annat att det europeiska samhällslivet måste uppnå följande:

- Klar förståelse av de begrepp som berör psykisk hälsa och deras innebörd.
- Starkt medvetande om problemets omfattning och hur det registreras i dag, men också om hur dess dynamik kan förstås.
- Kraftfullt stöd till det europeiska samhällets omfattande medverkan i att skapa villkor för att utveckla alternativa integrerade lösningar.

4.3.2 Följaktligen förutsätter de omfattande behoven ett ambitiöst program, och en gemensam strategi måste formuleras på basis av ett antal principer som delas av alla. Det förtjänar att understrykas att mindre omfattande hälsoproblem blir föremål för en mobilisering i full skala. Läget i fråga om psykisk

hälsa verkar för övrigt skilja sig från land till land i Europa, och det dröjsmål med satsningarna som riskerar att förvärras i de länder som ansluter sig till gemenskapen först på längre sikt innebär en inteckning i framtiden.

Vissa av villkoren torde kunna fastställas redan i dag.

4.3.3 Till att börja med förutsätter en gemensam strategi att det finns en samsyn om termer och begrepp som "psykisk ohälsa" eller "psykisk insufficiens".

4.3.4 Om den psykiska hälsan erkänns som in prioritet i nivå med behoven blir det ett betydande framsteg mot att föreskriva de åtgärdsresurser som krävs.

4.3.5 På ett annat plan behöver denna ståndpunkt underbyggas av en lägesanalys avseende både behovsfrågan och de motåtgärder som genomförs för närvarande.

4.3.6 I fråga om de åtgärder som behöver göras måste grönbokens förslag anses värda att stödja. De som går ut på att främja psykisk hälsa lägger tyngdpunkten på barn och ungdomar, den aktiva befolkningen och de äldre.

4.4 För en psykisk folkhälsa

4.4.1 Den psykiska hälsovården inriktas på människans ohälsa i hennes sociala krets och livssituation i ett givet samhälle. Den innefattar ett antal angreppssätt:

- Åtgärder i kampen mot psykiska sjukdomar, som oundvikligen kombineras med förebyggande, vårdinsatser och återintegrering.
- Förebyggande satsningar riktade mot specifika målgrupper.
- Vårdsatsningar med anledning av vissa befolkningskategoriers ohälsa.
- Positiva åtgärder inom psykhälsan som kan rätta till skadliga beteenden hos individen, i vissa grupper eller i själva samhället.

4.4.2 Med hänsyn till detta bör tyngdpunkten läggas på förebyggande insatser inom de tre områdena primär-, sekundär- och tertiärvård, anpassade till respektive område. Man behöver utveckla åtgärder för att främja psykisk hälsa och information till allmänheten, för att övergå till och bibehålla sunda levnadsvanor och för att skapa en miljö som gynnar självförverkligande. Samma sak gäller det förebyggande arbete som syftar till att minska förekomsten av psykiska besvär genom att angripa riskfaktorer och sjukdomsframkallande situationer som exempelvis följande:

- Tidigt insatta åtgärder riktade mot mödrar och spädbarn som uppvisar en symptom bild på depression eller en känsla av otillräcklighet.
- Riktade satsningar på barn som misslyckas i skolan.
- Information och stöd till familjer som drabbats av psykisk sjukdom.

— Studier av riskfaktorer eller faktorer som är kopplade till sjukdomsbilder som en funktion av ursprungskulturen.

— Etablering av en "kontaktpsykiatri" som ger möjlighet till ett mer utpräglat helhetsgrepp på psykosomatiska symptom och till aktiv och passiv medverkan från familjens sida (att lära sig leva med och ge stöd till sjuka samt, vid behov, ekonomiskt stöd). Psykologiskt stöd är att föredra framför psykofarmaka utan uppföljning.

4.4.3 Det är självklart att det är en prioritet att tillgodose barns och ungdomars behov. Efterfrågan på vård kommer inte bara eller inte uteslutande från familjernas sida. Den emanerar från utbildningsinrättningar, rättsväsendet, socialtjänsten, polisen eller lokala instanser, med utgångspunkt i alltmer extrema situationer för allt yngre barn och för familjer med mångfasetterade problem. Det är familjerna och barnen som drabbas mer än andra av samhällsutvecklingen.

4.4.4 En konsekvent upplagd och samordnad organisation bör erbjuda en hel korg av samstämda och strukturerade tjänster i anslutning till tre moduler eller basprogram:

— Med fokus på den tidiga barndomen, familjerna och de samarbetsparter som befattar sig med denna period inom socialtjänst, hälsovård, utbildning och rättsväsende.

— Med fokus på barn i skolåldern, familjerna och samarbetsparterna.

— Med fokus på ungdomar, deras familjer och samarbetsparterna.

4.4.5 Varje enskild modul bör utöver öppenvård på mottagningarna kunna erbjuda intensivare institutionsvård under åldersadekvata former för akuta tillstånd och långtidsvård. "Kontaktpsykiatri", som svarar för att modulerna reagerar flexibelt, skall medverka till att upptäcka problem i ett tidigt skede, till att förebygga kriser och till att erbjuda uppsökande stöd till familjerna och de samarbetande instanserna.

4.4.6 Som komplement till dessa basmoduler skulle det finnas specialprogram inriktade på riskgrupper eller risksituationer som gör det rimligt att driva förebyggande åtgärder inom både primär- och sekundärvård: tidigt insatta satsningar på svårare utvecklingsstörningar, vissa sjukdomstillstånd i tidiga åldrar, alltför unga föräldrar som inte klarar sin uppgift, isolerade unga mödrar, familjer med ett spektrum av problem, ungdomars missbruksproblem osv. Speciellt bör man ägna större uppmärksamhet åt de samhälls-, utbildnings- och rättsinstanser (förebyggande vård, fängvårdsanstalter) som tar emot allvarliga sociala fall som uppvisar anslutande psykiska besvär eller riskerar att utveckla sådana på grund av extrema eller alltmer komplexa livssituationer.

4.5 Sambanden mellan arbete, arbetslöshet och hälsa

4.5.1 Att förbättra villkoren i arbetslivet och under arbetslöshet bör prioriteras högre på grund av deras inflytande på den psykiska hälsan. På temat arbete i relation till psykisk hälsa kommer man in på det värde som läggs på arbetet och dess kostnad på personplanet, arbetslöshetens och arbetsförmågens effekter.

4.5.2 De satsningar som måste göras i samband med socialt utanförskap är lika betydelsefulla på området för psykisk hälsa.

4.5.3 Slutligen kräver befolkningens höjda åldersstruktur välvägd satsningar. 20 % av de äldre upplever det som WHO kallar för ett åldrande med kvalitet, vilket innebär att 80 % inte har det (sjukdomar, förlorad självständighet). Psykiska sjukdomar avtar inte med stigande ålder, det är snarare så att motsatsen gäller. De demenssjukdomar som inte förekommer (1 %) vid 60 års ålder blir frekventa efter 85 (30 %). Dessa har beteendestörningar i 70 % av fallen.

4.6 Asylsökande

4.6.1 De psykiska hälsofrågorna kommer in i bilden i behandlingen av asylsökande, dels vid själva mottagandet, dels med avseende på boendet och levnadsvillkoren och slutligen i samband med den personliga dimensionen, som innefattar individens bakgrund och psykiska tillstånd. Gravt traumatiska upplevelser, ofta präglade av extrem grymhet, som är avsiktligt framkallade och kollektivt understödda, vittnar om att det förekommit organiserade övergrepp. Inom denna population förvärras ofta de posttraumatiska problemen av sorg över en lång rad förluster och mycket smärtsamma upplevelser i exilen.

4.7 Psykiska hälsofrågor

4.7.1 Samma problematik på psykiaterns område följer av att många av dem är frihetsberövade och inte har tillgång till några nämnvärda vårdinsatser.

4.7.2 Det gäller att sätta in kontinuerliga program för att förebygga depressioner, självmord och missbruksbeteenden.

4.7.3 Beträffande den förändrade regim som fördes fram i anslutning till avinstitutionaliseringen kan man konstatera att en ny period inleddes i slutet av 1990-talet som präglas av en avslutad nedgång inom slutenvården, av upplösta illusioner om att avskaffa institutionsvården samt av insikten att det krävs en organisation som kombinerar solitt stöd i närskapet med heltidsintagningar på anstalt. En alltför stor proportion slutenvård är ett hinder för att anslå resurser till och utveckla det utbud och sortiment av tjänster i närskapet som patienterna och deras anhöriga behöver. Omvänt gäller att öppenvården inte nödvändigtvis är att föredra om den inte kontinuerligt stöds av en slutenvård som är tillgänglig utan väntetider för korta intagningar av patienter med akuta problem som inte kan behandlas under några andra former. Slutligen skall det sägas att minskad intagning inom slutenvården inte kan åstadkommas om öppenvården saknar resurser för att förebygga slutenvård om den kan undvikas; för att ta emot och stödja patienter som varit intagna under lång tid och skall skrivas ut efter adekvata förberedelser; för att följa upp patienter som inte är intagna på en institution och bibehålla deras position i närskapet på rimliga villkor och med respekt för deras behov; samt för att variera mellan öppen- och slutenvård för de patienter som behöver denna modell.

4.7.4 Beslutet att behandla en psykiskt sjuk människa med intagning på en institution eller med öppenvårdsinsatser är starkt påverkat av vårdkulturen och personalens utbildningsmodell, personens grad av isolering, allmänna sociokulturella faktorer som toleransnivån i samhället och riskfaktorerna i det specifika geografiska området. Dessa ökar utnyttjandet av sådana tjänster och tillgången till alternativa lösningar. Det går alltså inte att kategoriskt rekommendera vissa indikationer på behovet av vårdplatser på heltid för patienter med akuta symptom utan att ta hänsyn till lokala förhållanden.

4.7.5 Den faktor som är viktigast för behandlingen är för övrigt själva uppläggningsen, det vill säga vilka tjänster som kan erbjudas, för vilka behov, med vilka kända resultat, och inte bara var de levereras.

4.7.6 De fördelar som slutenvården brukar tillskrivas är tillgång till utbildad personal, patientmottagning i en innesluten och anpassad miljö samt arbete under tillräckligt säkra förhållanden. Dessa fördelar reduceras eller uteblir om en brist på vårdplatser medför att det uppstår en koncentration av intagna patienter med mycket allvarliga symptom som inte är samarbetsvilliga, vilket kan leda till oacceptabla, oroliga eller farliga arbetsförhållanden.

4.7.7 En lång rad internationella och franska studier visar att uppemot 40 % av de psykiskt sjuka med akuta symptom som uppsöker eller skickas till slutenvård kan tas om hand under alternativa vårdformer förutsatt att de är villiga att samarbeta eller att de kan övertalas till detta med stöd av anhöriga eller det sociala stödnätverket (akut- och krisinsatser). Allteftersom de olika modellerna blir effektivare finns det en tendens att koncentrera de mest "oundvikliga" fallen till sjukhusvården: de som kräver akuta åtgärder inom både psykiatri och allmänsjukvård; de som företer en blandning av allvarliga, akuta symptom; de som återfallit i kända psykiatriska sjukdomar; de som är våldsamma och självmordskandidater som inte är mottagliga

för argument osv.; ofta i form av tvångsintagning. Det är givet att detta får konsekvenser på organisations- och arbetsledningsnivå.

4.7.8 Med hänsyn till dessa konstateranden rekommenderar studierna att man inte skall underskrida ett tröskelvärde på 0,5 vårdplatser per 1 000 vuxna invånare för patienter i akutfasen. Det är en siffra att ta fasta på om man som vi rekommenderar 80–85 % beläggning som målsättning. Denna miniminivå förutsätter förstås att de alternativ som kommer före och efter i vårdkedjan är tillräckligt utrustade och effektiva, och siffran inkluderar inte vårdplatser för akutsjuka inom rättspsykiatri eller slutenvårdspsykiatri eller vårdplatser för ungdomar och äldre. Att alltför snabbt gå mot denna miniminivå utan att alla villkor är uppfyllda för den öppenvård som skall träda in i stället kommer bara att leda till att man skapar fler, extremt kostsamma psykiatriska eller medicinska vårdplatser.

4.8 Omsorgsmiljö

4.8.1 Tröskelvärdet för antalet platser inom slutenvården kan variera från land till land, men minimistandarden på miljö kan fastställas med större säkerhet. Allt boende skall vara ändamålsenligt. Om vården bedrivs i äldre lokaler måste den ändå eftersträva moderna värden med avseende på värdighet och respekt för de intagna. För att patienten skall tillfriskna är det direkt avgörande att miljön är adekvat. Miljöriskerna måste fastställas och åtgärdas med hänsyn till de boendes särskilda behov.

4.8.2 De boende skall ha tillgång till ett brett spektrum av terapier som kompletterar och bidrar till deras vård och behandling. All personal inom den psykiatriska vården bidrar till denna miljö genom att ha tillräcklig utbildning, genom att vara kunniga och genom att ha en mänsklig attityd.

Bryssel den 17 maj 2006

Europeiska ekonomiska och sociala kommitténs
ordförande
Anne-Marie SIGMUND