

**Európai Gazdasági és Szociális Bizottság vélemény – Tárgy: „Zöld könyv – A népesség mentális egészségének javításáról, az Európai Unió mentális egészségügyi stratégiájának céljából”**

COM(2005) 484 *final*

(2006/C 195/11)

2005. október 14-én az Európai Bizottság úgy határozott, hogy az Európai Közösséget létrehozó szerződés 262. cikke alapján kikéri az Európai Gazdasági és Szociális Bizottság véleményét a fenti tárgyban.

A bizottsági munka előkészítésével megbízott „Foglalkoztatás- és szociálpolitika, uniós polgárság” szekció véleményét 2006. május 3-án elfogadta (előadó: Adrien BEDOSSA).

Az Európai Gazdasági és Szociális Bizottság 2006. május 17–18-án tartott 427. plenáris ülésén (a 2006. május 17-i ülésnapon) 142 szavazattal 1 ellenében, 1 tartózkodás mellett elfogadta az alábbi véleményt.

## 1. Összefoglalás

A zöld könyv egyértelműen megállapítja, hogy az európai mentális egészség nagy jelentőséggel bíró kérdés. Ez egy olyan stratégia kialakítását igényli, amely:

- több területet foglal magába:
  - az egészségügyi tájékoztatás javítása,
  - az egészséget fenyegető veszélyekre adott megfelelőbb reakciók,
  - az egyenlőtlenségek csökkentése az egészségügy területén,
  - magas szintű szociális védelem és jó egészségi állapot biztosítása ágazatközi stratégia kialakítása révén;
- meghatározza a célkitűzéseket:
  - valamennyi polgár mentális egészségének megóvása,
  - a megelőzés fontos szerepének elismerése,
  - a betegek létfeltételeinek javítása,
  - információs rendszer és kutatási program kidolgozása az Európai Unió számára;
- ajánlásokat dolgoz ki, nevezetesen:
  - a valamennyi szereplőt magába foglaló regionális információs rendszerek létrehozására vonatkozó kísérleti projektről,
  - az intézményektől való függetlenítés folyamatának támogatásáról, a rendelkezésre álló források jobb felhasználása érdekében;
- meghatározza, hogy a mentális betegséggel élők társadalmi integrációjának és jogainak előmozdítása terén melyek azok a követendő bevált gyakorlatok, amelyek az Emberi Jogok Ügynökségének tevékenységében is helyet kaphatnának.

A mentális egészség jelentőségének felismerését több fejlődési tényező együttes hatása segítette elő:

- a kereslet robbanásszerű növekedése és a probléma tömegjelenséggé válása, a pszichiátria felől a mentális egészség irányába mutató tendenciával,

- a felhasználók és/vagy képviselők visszafordíthatatlan színre lépése, amely valamennyi politikára hatást gyakorol,
- a kórházi és járóbeteg-ellátás közötti egyensúly hiánya, és az egész gondozási ágazat rugalmassági problémái, a sürgősségi ellátástól az orvosi-szociális ellátásig.

## 2. A probléma ismertetése

2.1 A mentális zavarok világszerte a képességek csökkenésének tíz legfőbb oka között szerepelnek, és ennek következtében pusztító szociális és gazdasági következményekkel járnak mind az egyénekre, mind a családokra és a kormányokra nézve.

2.2 A mentális zavarokban szenvedő személyek gyakran szembesülnek diszkriminatív magatartásformákkal, kirekesztő hozzáállással, illetve alapvető jogaikat súlyosan sértő magatartással.

2.3 A mentális egészség problémája és a szegénység között is megfigyelhetők bizonyos kölcsönhatások: a szegénységgel növekszik a mentális zavarok kockázata, és csökken a mentális egészség szempontjából létfontosságú szolgáltatásokhoz való hozzáférés lehetősége. A tagországoknak ezért a mentális egészség kérdését a közegészségügyi politika fontos kérdései közé kell sorolniuk.

2.4 Márpedig a mentális egészség egyelőre nem tartozik az egészségügy prioritásai közé, ami részben azzal magyarázható, hogy nem minden országban áll rendelkezésre a teljes körű és hatékony mentális egészségügyi rendszer kialakításához szükséges kapacitás.

2.5 A mentális egészség előmozdítását szolgáló közösségi eszköz az Európai Unió által a 2003–2008 közötti időszakra a Szerződés 152. cikke alapján kidolgozott közegészségügyi programba illeszkedik, de meg kell jegyezni, hogy az eszköz keretében kezdeményezett intézkedéseknek tekintetbe kell venniük a tagállamok felelősségét, ami az egészségügyi szolgáltatásokat és az orvosi ellátást illeti.

2.6 Az Európai Bizottság által elfogadott zöld könyv célja, hogy az európai cselekvési terv keretében széles körű vitát kezdeményezzen a mentális betegségek kezeléséről és a mentális egészség előmozdításáról az Unió szintjén, a következő okokból:

- Az egészség és a mentális egészség elválaszthatatlan egymástól, és egyformán fontosak az egyén és a társadalom számára. A mentális egészség az egyén számára alapfeltétel, hogy megtalálja helyét a társadalmi, iskolai és szakmai életben, míg az Európai Unió számára a társadalmi kohézió létfontosságú forrása és a tudáslapú társadalommá válás feltétele.
- A mentális zavarok rendkívül súlyos terhet jelentenek: mindannyiunk környezetében, szerettei között előfordul olyan személy, aki valamilyen mentális betegségben szenved. Ez rontja a betegek és családjuk életminőségét, és a munkakép-telenség egyik fő oka.
- A mentális zavarok társadalmi és gazdasági terhei is igen súlyosak: jelentős béklyót jelentenek a társadalom, illetve a gazdasági, oktatási, szociális, büntetés-végrehajtási és igazság-szolgáltatási mechanizmusok működésére nézve. Bizonyos országok tapasztalatai azt mutatják, hogy a mentális zavarok a munkából való távolmaradás, az előnyügdíjazás és a rokkantnyugdíjazás fő okai között szerepelnek.
- A mentális betegséggel élők társadalmi kirekesztése és megbélyegzése, illetve az őket sújtó megkülönböztetés továbbra is valós probléma. A kezelési módok sérthetik a betegek alapvető jogait és emberi méltóságát, ami a társada-lommal szemben bizalmatlanságot szül, és ezáltal csökkenti az Unió „társadalmi tőkét”.

2.7 Az Egészségügyi Világszervezet (WHO) 2005 január-jában megrendezett európai mentális egészségügyi miniszteri konferenciáját követően az Európai Bizottság – amely a konfe-rencia társszervezője volt – 2005 októberében kiadott egy, a Szerződés 152. cikkének értelmében vett közegészségügyre alapuló zöld könyvet, „A népesség mentális egészségének javításáról, az Európai Unió mentális egészségügyi stratégiájának céljából” címmel, és európai szintű konzultációt indított el a mentális egészségéről.

2.8 A világosan kinyilvánított cél az európai népesség mentális egészségének javítása az új stratégia keretében, amely meghaladja az egészségügy kereteit, és általánosabb szinten a fenntartható jóléthez való „visszatérést”, valamint a szolidaritás, a társadalmi igazságosság és az életminőség javítását célozza.

2.9 A zöld könyv célja, hogy elindítsa a vitát, és megalapozza a 2006-ban a hatóságokkal, az egészségügyi szakmával és a betegek érdekvédelmi szervezeteivel folytatandó konzul-táció folyamatát, amelynek célja 2006 végéig olyan közösségi szintű javaslatok kidolgozása, amelyek az uniós mentális egé-szégügyi stratégia alapját képezhetik.

### 3. A zöld könyvben megfogalmazott elemzés és javaslatok

#### 3.1 Az európai mentális egészség jelentőségének egyértelmű megállapítása

3.1.1 Érvekkel alátámasztott becslések szerint egy adott év folyamán az európai felnőttek 27 %-a ment keresztül a mentális betegségek valamilyen formáján, amelyek 6,3 %-uknál jelent-

keztek testi zavarok, 6,1 %-nál depresszió, 6,1 %-nál pedig különböző fóbiák formájában.

3.1.2 Az Unió tagországaiban az öngyilkosságok száma meghaladja a közúti balesetek, illetve a HIV/AIDS vírus követ-keztében bekövetkező halálesetek számát.

3.1.3 Mindez számos következménnyel jár a közösségre nézve. A jelentés javasolja a pénzügyi következmények felmé-rését a termelékenység kiesése, illetve a szociális, oktatási, büntetés-végrehajtási és igazságszolgáltatási rendszer költsé-geinek vonatkozásában.

3.1.4 Jelentős egyenlőtlenségek mutatkoznak az egyes tagál-lamok között, illetve az utóbbiakon belül is.

#### 3.2 A közösségi szintű mentális egészségügyi stratégia szükségessé-gének igazolása

3.2.1 Az Európai Unió közegészségügyi programja jelenleg is tartalmaz olyan fejezeteket, amelyek célja:

- az egészségügyi tájékoztatás javítása,
- az egészséget fenyegető veszélyekre adott megfelelőbb reakció,
- magas szintű szociális védelem és jó egészségi állapot biztosí-tása az egészségügy ágazatközi stratégiájának kialakítása révén,
- az egyenlőtlenségek csökkentése az egészségügy területén.

3.2.2 A mentális egészségügyi EU-stratégia középpontjában a következő célkitűzések állhatnak:

- az általános mentális egészség előmozdítása,
- a mentális betegségek megelőző intézkedéseken keresztül történő megközelítése,
- a mentális betegséggel élők életminőségének javítása társa-dalmi integrációjukon és jogaik és méltóságuk védelmén keresztül,
- az EU mentális egészségügyi információs, kutatói és ismereti rendszerének fejlesztése.

3.2.3 A lehetséges közösségi szintű kezdeményezések egyi-keként a Tanács ajánlásokat dolgozhatna ki a depresszív és öngyilkos viselkedésformák visszaszorítására; ezek egy kísérleti projektre támaszkodhatnának, amely az egészségügyi ágazat, a betegek és családjaik, valamint szociálpedagógusok részvételével alakított regionális információs hálózatokra épült, és amelynek köszönhetően a fiatalok között 25 %-kal kevesebb öngyilkos-sági kísérlet történt.

3.2.4 A mentális betegséggel élők jobb társadalmi integrá-ciója érdekében kezdeményezett fellépések keretében az Európai Bizottság felhívja a tagállamokat, hogy gyorsítsák fel az intézményektől való függetlenítés folyamatát. Az utóbbi években egy az Európai Bizottság megrendelésére készült tanul-mány megerősítette, hogy az elmeógyógyintézetek közösségi alapú alternatívái általában véve jobb életminőségi lehetősé-geket nyújtanak a betegeknek. 2005 júniusában pályázati felhí-vást tettek közzé egy olyan tanulmány elkészítésére, amelynek témája a meglévő források legmegfelelőbb felhasználásának elemzése és bemutatása, és amely számszerű adatokkal szolgál az intézményektől való függetlenítésről.

3.2.5 E keretek között egyéb közösségi szintű kezdeményezéseket is útra lehetne indítani:

- az Európai Unió meghatározhatná a mentális betegséggel élők társadalmi integrációjának előmozdítása és jogainak védelme terén a követendő bevált gyakorlatokat,
- a mentális betegségben szenvedők és a pszichiátriai létesítmények helyzetét az európai alkotmánytervezetben foglalt charta szerinti alapvető és emberi jogoknak kellene szavatolniuk.

3.2.6 Az Európai Unió javítani kívánja a mentális egészségről való ismereteket a kutatási programok támogatása, valamint a politikai döntéshozás és a kutatás közötti érintkezési pontok kialakítása révén.

#### 4. A javaslatokról kialakított álláspont

##### 4.1 A mentális egészség fontosságának felismerése több fejlődési tényező együttes hatásának következménye

4.1.1 Az utóbbi éveket több különböző tendencia jellemezte: a kereslet robbanásszerű, tömegjelenséggé váló növekedése; a pszichiátria helyett a mentális egészség felé fordulás paradigmaváltása; valamint az érintettek és családjaik képviselőinek visszafordíthatatlan színre lépése. Mindezek az aspektusok országonként eltérő ritmusban a jogszabályok és szabályozás módosításait vonták magukkal, jelezve, hogy a politikai, illetve közigazgatási rendszer – hol markánsan, hol kevésbé markánsan – tudatára ébredt a problémának.

4.1.2 A meglévő intézményrendszer telítettségéhez vezető tömeges kereslet bonyolult összefüggésekre vezethető vissza. Egyrészt megváltozott a pszichés problémákról és a pszichiátriáról a társadalomban kialakult kép: a pszichiátria a korábbinál köznapibb és kevésbé megbélyegző fogalomná vált; másrészt bővült a kínálat. A valamennyi fejlett országban egy időben megfigyelt jelenség a statisztikákban is tükröződik: az össznépszerűség körében egy-egy éven belül 15–20 %-os a diagnosztizálható mentális zavarok aránya, a munkaképtelenséghez vezető betegségek aránya 12–15 % – ami a szív- és érrendszeri betegségekkel azonos szintet jelent, és kétszer akkora, mint a rákos megbetegedéseké –, és az elkerülhető vagy fogyatékoság miatt bekövetkező halálesetek következtében elveszített évek számának 30 %-át teszik ki (forrás: WHO, 2004). E nyomás tükröződik az egészségügyi tervezés fokozott intenzitásban is, amely évről évre több terhet rótt a pszichiátriai struktúrára.

4.1.3 A tömeges kereslet és a társadalmi felfogás változásának együttes hatása hangsúlyosabbá tette a gondozás járóbeteg-jellegét, megtörve a betegség és egészség klasszikus kettős paradigmáját, és markánsabban mutatta meg a pszichés szenvedéshez vezető különböző betegségfázisok közötti átmeneteket. E tendenciának köszönhetően a mentális zavarok többé nem választhatóak el keletkezésük társadalmi kontextusától, és az igények felmérésének a társadalmi következmények felbecsülésével kell együtt járnia. Ma a pszichiátria egyik fontos feladata az, hogy pontos diagnózist állítson fel arról, mi az, ami a pszichiátria területére tartozik, és mi az, ami nem, illetve mi az, ami eléggé oda tartozik ahhoz, hogy pszichiátriai közbeavatko-

zást tegyen szükségessé, de nem csupán azt: a közös terheket más partnerekkel is meg kell osztani, illetve segíteni kell őket, hogy a segítségnyújtás, illetve a terápia elsősorú szereplőivé válhassanak. A klinikai felfogás, az etika és az intézményszervezés dialektikus, olykor konfliktusos viszonya paradigmaváltást tükröz: a pszichiátria és a mentális egészség koncepciójának szembenállását, amit sokszor ellentmondásos terminológia kísér, beleértve a közintézmények dokumentumait is. A nemzetközi szakirodalomban ugyanakkor a *psychiatry*, illetve *mental health* közötti különbségtétel nem okoz semmiféle zavart.

4.1.4 Végezetül az utolsó, távolról sem mellékes aspektus a betegek és családjaik képviselőinek határozott színre lépése. Ez Franciaországban és világszerte általános tendenciát tükröz, ami nem korlátozódik a pszichiátriára, és hangsúlyosan megjelenik egyes patológiáknál (AIDS), az orvos-beteg kapcsolat gyökeres átalakulását eredményezve. E változást legjobban a betegjogi törvények szemléltetik, illetve az a tény, hogy a pszichiátriai szolgáltatások megszervezésére és az igények ellátására vonatkozó adminisztratív dokumentumokban és konkrét alkalmazásuk során mind jobban tekintetbe veszik a felhasználókat és családjukat.

4.1.5 Az aktív fellépés egyúttal a népesség, illetve valamennyi potenciális érintett színre lépését jelenti. A politika, a várospolitikai és a mentális egészségügy egyre szorosabban összefonódó területek. A választott képviselők egyre határozottabban beleszólnak a pszichiátriai ellátás kérdéseibe, amely egyre kevésbé képzelhető el nélkülük.

4.1.6 Ez a tendencia rendkívül élesen veti fel a kórházi és járóbeteg-ellátás közötti aránytalanság kérdését, illetve az egész gondozási, sürgősségi ellátási és orvosi-szociális ellátási ágazat rugalmassági problémáit. Egyúttal kiemeli az intézményektől való függetlenítés gyakori kudarcait, és azt, hogy nem történt meg a pszichiátriának az általános kórházi rendszerbe való beilleszkedése. Mivel az orvosi és a szociális ellátás, illetve a különböző szakmák és képzések közötti határok átjárhatóak, az új funkciókra felkészítő szakmai alapképzés és továbbképzés a jövőbeni megoldás egyik kulcsa. A fenti átalakuláson túlmenően új problémák is felmerültek, mint például a mentális betegségben szenvedő fogvatartottak, a pszichikai fogyatékosághoz vezető neurodegeneratív megbetegedésben szenvedő idős emberek és a lakosság fokozottan hátrányos helyzetű csoportjainak kérdései.

4.1.7 A második világháború vége, a koncentrációs táborok tapasztalatai az emberi jogok iránti fokozott érzékenység, a korabeli pszichiátriai gondozás módszereinek kritikus ártértékelése, a pszichotróp anyagok megjelenése, az ellátási szolgáltatásokat használók mozgalmainak színre lépése, valamint a költségvetési kényszerek a fejlett országok többségében új fejlődési irányt szabtak a pszichiátriának, amelyet a nemzetközi szakirodalom – angolszász mintára – intézményektől való függetlenítésnek nevez, és amelynek lényege az, hogy a gondozás és a szolgáltatások megszervezése során háttérbe szorul a kórházi ellátás az olyan beavatkozási formák javára, amelyek igyekeznek a beteget saját természetes környezetében tartani.

4.1.8 Valahányszor az intézményektől való függetlenítés a kórházi kezelés visszaszorítását részesítette előnyben, komoly veszélyek merültek fel: a büntető tendencia, amikor a társadalom és maga a pszichiátria is arra törekedett, hogy minél több mentális beteget börtönbe juttasson és ott tartson; a kezelés megszakítása vagy befejezése után álló, lakóhely és szociális ellátás nélkül maradt, marginális, illetve bizonytalan helyzetű betegek bolyongása, akik idővel hajléktalanná (*homeless*) válnak; a „forgóajtó” (*revolving door*) szindróma, azaz egyes betegek véget nem érő vándorlása a kórházba be, onnan ki, majd ismét be. Idővel, a költségvetési megszorítások mellett a fenti jelenségek és a tömeges kereslet együttes hatása a sürgősségi és kórházi ellátás túlterheltségéhez vezetett, és végül további teljes időben működő kórházi ágyak létrehozásához vezetett, amelyek alighanem elkerülhetők lehettek volna, és amelyeket sokszor súlyos incidensek kényszerítettek ki (agresszorként vagy áldozatként megjelenő mentális betegek). A közvélemény nyomást gyakorolt a politikai döntéshozókra, biztonsági intézkedéseket vagy éppen mentális egészségügyi terv kidolgozását követelve.

#### 4.2 A tájékoztatás és a média

A média a mentális zavarokkal többnyire akkor foglalkozik, amikor a mentális betegséggel élők erőszakos cselekedetekre ragadtatják magukat (miközben a bűnözési arány nem rosszabb közöttük, mint az össznépeség körében). Ez a felfogás a következőkre helyezi a hangsúlyt, negatív kép és közbiztonsági aggodalmak formájában, ami a mentális betegségben szenvedők iránt fokozott intoleranciát és elutasítást szül. A mentális egészséggel kapcsolatos tájékoztatás nem maradhat megoldatlan és mind kényesebb kérdés, hanem hozzá kell járulnia a súlyos következmények megelőzéséhez, és a média és a médiaszakemberek révén a nagyközönséget is el kell érnie.

#### 4.3 A mentális egészségre vonatkozó közös stratégia feltételei és elemei

4.3.1 Az EGSZB támogatja az Európai Bizottság azon kezdeményezését, amely a mentális egészség integrált európai stratégiájának kidolgozására irányul. Az EGSZB szerint az e stratégiával kapcsolatos kutatásról, a stratégia meghatározásáról és kidolgozásáról folytatott vitának a tudásalapú társadalom koncepciójára kell támaszkodnia. Ez többek között azt jelenti, hogy az európai társadalomnak

- világos elképzeléssel kell rendelkeznie a mentális egészséggel kapcsolatos fogalmakról és az ezek mögötti valóságról,
- pontosan fel kell mérnie a probléma mai ismereteink szerinti kiterjedését, de egyben fejlődési irányát is,
- sokkal jobban be kell vonnia az európai társadalmat annak érdekében, hogy az valós részt vállaljon a megoldáshoz vezető integrált döntéseket lehetővé tevő feltételek megteremtésében.

4.3.2 Következésképpen a megnőtt igények ambiciózus programot és közös stratégia megfogalmazását követelik, bizonyos, mindenki által elfogadott általános elvek alapján. Hangsúlyozni kell, hogy egyes kevésbé széles rétegeket érintő egészségügyi problémák a figyelem középpontjában állnak. A mentális egészségügyi helyzete az európai országokban ellentmondásosan és a jövőre háruló adóssággént jelenik meg, ami azokban az or-

szágokban, amelyek csak hosszabb távon csatlakoznak az Unióhoz, a késedelem következtében tovább súlyosbodhat.

Bizonyos feltételeket a jelek szerint már most ki kell hangsúlyozni.

4.3.3 Előzetesen ki kell jelenteni, hogy a közös stratégia részeként közös kifejezéseket és fogalmakat kell alkotni; a francia közvélemény esetében olyan fogalmakat említhetünk meg, mint a „rossz mentális egészség” vagy a „mentális fogyatékosságban szenvedő személy”.

4.3.4 A mentális egészség jelentőségének az igényeknek megfelelő mértékű elismerése jelentős előrelépést jelent a megfelelő intézkedésekhez szükséges eszközök megteremtése felé.

4.3.5 Ugyanakkor e megállapítást ki kell egészíteni a jelenlegi konkrét helyzet felmérésével, mind az igények, mind a jelenleg adott válaszok tekintetében.

4.3.6 Ami a szükséges intézkedéseket illeti, a zöld könyvben foglalt javaslatokat csakis egyöntetű helyesléssel lehet fogadni. A mentális egészséget előmozdító fellépések a gyermekekre és kamaszokra, az aktív népességre és az idős emberekre helyezik a hangsúlyt.

#### 4.4 A polgárok mentális egészségéért

4.4.1 A mentális egészségügy az egyének közérzetével foglalkozik emberi környezetükön, életvilágukon, illetve egy adott társadalmon belül. Ez többféle fellépést foglal magába:

- a mentális betegségek elleni küzdelem eszközeit, amelyek egyszerre törekednek a megelőzésre, a gondozásra és a visszailleszkedésre,
- az egyes célcsoportokra irányuló megelőző intézkedéseket,
- a népesség egyes részeit sújtó szenvedések enyhítését célzó beteggondozási intézkedéseket,
- a pozitív mentális egészségügyi intézkedéseket, amelyek célja a helytelen magatartásformák módosítása, akár az egyének, akár egyes csoportok, illetve maga a társadalom magatartásáról van szó.

4.4.2 Ebből a szempontból a hangsúlyt a megelőzésre, illetve annak három – elsődleges, másodlagos és harmadlagos – fajtájára kell helyezni, az érintett területhez igazodva. Fejleszteni kell a mentális egészség előmozdítását és a közvélemény tájékoztatását szolgáló olyan fellépéseket, amelyek elősegítik az egészséges szokások elsajátítását és megtartását, és az egyén kiteljesedését szolgáló környezet megteremtését. Hasonló a helyzet a megelőzéssel is, amelynek célja a mentális zavarok előfordulásainak csökkentése, a kockázati tényezők és a patogén helyzetek megelőzése révén. Néhány példa a megelőzésre:

- korai közbelépés a depressziós hajlamokat vagy frusztráció tüneteit mutató anyák és csecsemőik esetében,
- célzott közbelépés az iskolai kudarchelyzetben lévő gyermekek esetében,
- tájékoztatás és támogatás a mentális betegséggel szembesülő családoknak,

- tanulmányok a kockázati tényezőkről, illetve arról, hogy milyen megjelenési formákat ölt a szenvedés és a betegség a kulturális gyökerek függvényében,
- az ún. kapcsolati pszichiátria kialakítása, amely lehetővé teszi a pszichoszomatikus megbetegedések átfogóbb megközelítését és a család aktív és passzív bevonását (életvezetési tanácsadás és segítségnyújtás a betegek részére, továbbá – adott esetben – pénzügyi támogatás). A pszichológiai támogatással megvalósuló kezelés előnyben részesítendő a tisztán gyógyszeres kezeléssel szemben.

4.4.3 A gyermekek és a kamaszok igényeire adott válaszok magától értetődő módon prioritást jelentenek. A közbelépés iránti igényt nem csak a családok fogalmazzák meg, illetve képviselik. A bejelentés gyakran oktatási, igazságszolgáltatási, szociális intézmények, a rendőrség, illetve a közösségek részéről érkezik, és egyre szélsőségesebb helyzeteket és egyre fiatalabb gyermekeket érint, akik halmozottan hátrányos helyzetű családokban élnek. A családok és a gyermekek mindenki másnál jobban ki vannak téve a társadalmi átalakulásoknak.

4.4.4 A koherens és összehangolt szervezés révén egységes és strukturált szolgáltatási csomagot kell kínálni, amely három alapmodul, illetve -program köré épül:

- a kisgyermekeknek, a családoknak és a szociális-egészségügyi, oktatási és igazságszolgáltatási partnereknek szóló program,
- az iskoláskorú gyermekeknek, a családoknak és a partnereknek szóló program,
- a kamaszoknak, családjaiknak és a partnereknek szóló program.

4.4.5 Minden egyes modulnak a konzultáció helyszínén nyújtandó járóbeteg-ellátáson túl intézményi jellegű, a korosztályokhoz igazított képletek szerint nyújtott intenzívebb gondozást, illetve a kritikus fázisokra szabott vagy hosszú távon nyújtandó gondozást is kellene nyújtania. A modulok reakcióképességét és mobilitását biztosító általános pszichiátriai struktúra részt venne a korai diagnózisban, a válságok megelőzésében és a családok és partnerek részére a helyszíni segítségnyújtásban.

4.4.6 Ezekhez az alapmodulokhoz a veszélyeztetett népességre, illetve helyzetekre kidolgozott egyedi programok járulnának, amelyek az elsődleges és másodlagos megelőzés munkáját támasztanák alá: céljuk a bizonyos kisgyermekkorban kifejlődő patológiák, a szülői működés korán megmutatkozó zavarai, az elszigetelt fiatal anyák, a halmozottan hátrányos helyzetű családok, a kamaszkori függőségi problémák stb. következtében kialakuló súlyos zavarok korai kiszűrése volna. Még fokozottabb figyelmet kell fordítani azokra a szociális, oktatási és igazságszolgáltatási struktúrákra (megelőző szolgálatok, börtönök), amelyek olyan mentális zavarokkal küzdő egyénekként foglalkoznak, akik súlyos szociális helyzetben vannak, vagy akik a helyzetek szélsőséges és halmozódó jellege miatt ilyen helyzetbe kerülhetnek.

#### 4.5 A munka, a munkanélküliség és az egészség kapcsolata

4.5.1 A munkaviszonyok, illetve a munka nélküli helyzet (munkanélküliség) körülményeinek javítását kampány tárgyává kell tenni, a mentális egészségre tett befolyásuk miatt. A mentális egészséggel összefüggésben a munkával kapcsolatban

a fő témák a munkának tulajdonított érték, a munka személyes tétje, a munkanélküliség hatása és a fogyatékoság.

4.5.2 A társadalmi kirekesztés elleni küzdelem terén adott válaszok éppolyan fontosak a mentális egészség szempontjából is.

4.5.3 Végezetül a népesség öregedése kapcsán is megfelelő válaszokat kell találni. Az idős személyek 20 %-a él abban a helyzetben, amit a WHO „sikeres öregségnek” nevez, ami azt jelenti, hogy 80 %-uk szenved (betegségek, autonómia elvesztése). A kor előrehaladtával a mentális betegségek nem tűnnek el: a helyzet éppen az ellenkező. A 60 éves korban még nem jelentkező elmezavarok (1 %) 85 éves kor után gyakorivá válnak (30 %). Az esetek 70 %-ában ezek a személyek viselkedési zavarokat mutatnak.

#### 4.6 A menedékért folyomódók

4.6.1 A mentális egészség problematikája a menedékért folyomódók esetében a befogadási procedúra pillanatában szorosabb felügyelettel párosul, amennyiben felméri életük helyszínét és körülményeit, illetve az egyén élettörténetének és pszichikai állapotának dimenzióit is. Az elszorított traumák súlyosságuk, szándékos jellegük és kollektív méreteik miatt szervezett erőszakra tanúskodnak. E népesség körében a poszttraumatikus zavarokat gyakran többszörös gyász és a rendkívül fájdalmasan megélt száműzetés súlyosbítja.

#### 4.7 A mentális egészség problémaköre

4.7.1 Ugyanez a mentális egészséghez kötődő probléma a börtönökben is nagy számban jelentkezik, ahol csak minimális gondozási struktúra épült ki.

4.7.2 Támogatni kell a depresszió, az öngyilkosságok és a függő magatartás megelőzését szolgáló programok kidolgozását.

4.7.3 Ami az intézményektől való függetlenítés keretében javasolt modellváltást illeti, megállapítható, hogy a nyolcvanas évek vége óta tartó folyamatot jelenleg a kórházi ápolás visszaszorítására irányuló tendencia és az intézményektől való függetlenedés illúziójának hanyatlása jellemzi, amelyek helyébe a kombinált gondozás szükségessége lépett, amely egyesíti a szilárd közösségi intézménystruktúrát és a teljes időben történő kórházi kezelést. A kórházi kezelés túlsúlya nem teszi lehetővé a megfelelő források odaítélését, és a közösségen belül a betegek és a családok igényeinek megfelelően kiterjedt és széles körű szolgáltatási skála kialakítását. Ugyanakkor viszont a helyszínen nyújtott szolgáltatások hangsúlyos szerepe nem garantálható, ha ezt nem támogatja állandó jelleggel egy késelem nélkül elérhető kórházi struktúra, ahova a súlyos, más kezelési formával nem enyhíthető zavarokban szenvedő betegek rövid időre beutalhatók. Végezetül a kórházi kezelés korlátozása nem megvalósítható, ha a járóbeteg-kezelési struktúra nem rendelkezik olyan szolgáltatásokkal, amelyek biztosítják az elkerülhető kórházi kezeléseket megelőzését; a hosszú kórházi kezelést követően, megfelelő előkészítés után kikerülő betegek fogadását és segítését; a kórházi kezelésben nem részesülő betegek segítését annak érdekében, hogy elfogadható és az igényeiket tiszteletben tartó körülmények között a közösségen belül maradhassanak; és az ezt igénylő betegek szállítását a járóbeteg-, illetve kórházi kezelés helyszínébe közzt.

4.7.4 A döntést, hogy egy mentális beteget kórházban vagy ambulánsan kezelnek-e, erősen befolyásolja a szakemberek kultúrája és képzési háttere, a beteg elszigeteltségi foka, olyan általános szociokulturális tényezők, mint a társadalmi tolerancia, illetve az érintett területen tapasztalható életszínvonal tényezője, amely növelheti a hasonló szolgáltatáshoz folyamodók számát és a rendelkezésre álló alternatívákat. Éppen ezért a helyi körülmények figyelembevételével nélkül lehetetlen kategorikusan előre megmondani az akut fázisban lévő betegek teljes kórházi ágyak iránti igényére vonatkozó mutatókat.

4.7.5 A kezelésre vonatkozóan a legfontosabb tényező nem egyszerűen maga a hely, ahol a kezelést nyújtják, hanem a kezelés természete, vagyis az, hogy milyen szolgáltatások nyújtását foglalja magában, milyen igények alapján és milyen elismert hatékonysággal.

4.7.6 A kórházi kezelés általánosan elismert előnyei közé tartozik a jól képzett személyzet rendelkezésre állása, a beteg befogadó és megfelelően adaptált környezetben történő fogadása, és a gyógyító munkához kellően biztonságos körülmények. Ezek az előnyök csökkenhetnek vagy elenyészhetnek, ha a kórházi ágyak hiánya miatt a kórházban a nem együttműködő, súlyos zavarokkal küzdő betegek koncentrációja túlzott, elviselhetetlen vagy veszélyes mértékben zavarja a személyzet munkáját.

4.7.7 Számos nemzetközi és francia tanulmány bizonyítja, hogy a kórházi kezelésre jelentkező vagy beutalt, akut zavarokkal küzdő betegeknek akár 40 %-át lehetne alternatív gyógykezelési eljárásokkal kezelni, feltéve, hogy beelevezésük adott, vagy a hozzátartozók és a szociális támogató hálózat (sürgősségi ellátások, illetve kríziskezelés) segítségével – tárgyalások révén – megszerezhető. A struktúra növekvő hatékonyságának köszönhetően a kórházba egyre inkább csak a „lejelkerülhetlenebb” esetek jutnak és koncentrálnak: a sürgős kettős – pszichiátriai és szomatikus – diagnózist igénylő, illetve különösen súlyos, vegyes akut patológiákat mutató betegek, az ismert pszichiátriai patológiákban szenvedő súlyos visszaesők, a kezelhetetlen erőszakos és önvészélyes magatartásformákat

mutatók stb., akiket gyakran kényszer alkalmazásával kell a kórházba szállítani. Mint látni fogjuk, mindez bizonyos szervezési és munkaerő-politikai következményeket von magával.

4.7.8 A fentiekre való tekintettel ugyanezek a tanulmányok azt javasolják, hogy az akut fázisban lévő betegek számára fenntartott kórházi ágyak aránya ne legyen alacsonyabb az 1000 felnőtt lakosra eső 0,5 kórházi ágy jelentette küszöbnél, amely adat akkor releváns, ha a kórházi szolgáltatások kihasználtsági aránya tekintetében a célkitűzés (az általunk javasoltaknak megfelelően) 80–85 %. Természetesen ez a küszöb feltételezi, hogy a különböző alternatív szolgáltatások megfelelően felszereltek és hatékonyak, és nem foglalja magában a törvényszéki orvostani, illetve őrzött pszichiátriai intézményekben a súlyos betegek számára szükséges helyeket, illetve a kamaszok, illetve idős személyek kórházi ágyait. Amennyiben a kórházakat helyettesítő ambuláns kezelés feltételei nem állnak fenn, a fenti küszöböt megközelítő arány rendkívül költséges további pszichiátriai és kórházi ágyak létrehozását teheti szükségessé.

#### 4.8 A gondozási környezet

4.8.1 Miközben az ágyszámokra megállapított küszöb országonként változhat, határozottabb kijelentéseket tehetünk az elhelyezés minimális színvonalára vonatkozó előírásokról. Az elhelyezés minden esetben meg kell, hogy feleljen a célnak, és bár elképzelhető régi épületekben is, törekedni kell arra, hogy a bentlakók számára a mai értékrendnek megfelelő méltóságot és tiszteletet közvetítsen. A felépülés szempontjából alapvető fontosságú a megfelelő környezet. Fel kell mérni a környezetben rejlő kockázatokat, és a bentlakók sajátos igényeinek megfelelően kell őket kezelni.

4.8.2 A bentlakók a terápiák széles skálájához kell, hogy hozzáférjenek, amelyek hozzájárulnak gondozásukhoz és kezelésükhöz, és kiegészítik azokat. Megfelelő képzettsége, jártassága és humánus magatartása révén a mentális egészségügyi személyzet egészének hozzá kell járulnia ehhez a környezethez.

Brüsszel, 2006. május 17.

Az Európai Gazdasági és Szociális Bizottság

elnöke

Anne-Marie SIGMUND