C/2024/6868

28.11.2024

Euroopa Majandus- ja Sotsiaalkomitee arvamus

Vaimse tervisega seotud kogukonnateenused

(omaalgatuslik arvamus)

(C/2024/6868)

Raportöör: **Pietro Vittorio BARBIERI**

Nõustaja	Gisella TRINCAS (raportööri nõustaja)
Täiskogu otsus	18.1.2024
Menetlusviis	kodukorra artikli 52 lõige 2
Vastutav sektsioon	tööhõive, sotsiaalküsimuste ja kodakondsuse sektsioon
Vastuvõtmine sektsioonis	4.9.2024
Hääletuse tulemus (poolt/vastu/erapooletuid)	76/1/0
Vastuvõtmine täiskogus	18.9.2024
Täiskogu istungjärk nr	590
Hääletuse tulemus (poolt/vastu/erapooletuid)	204/1/3

1. Järeldused ja soovitused

1.1. Euroopa Majandus- ja Sotsiaalkomitee jagab Euroopa Komisjoni vaimse tervise alase tervikliku lähenemisviisi eesmärke, eelkõige järgmiste meetmete osas: vaimse tervise hõlmamine kõikidesse poliitikavaldkondadesse; vaimse tervise probleemide ennetamise ja varajase diagnoosimise teenuste edendamine; laste, noorte ja eakate vaimse tervise parandamine; kõige enam abi vajavate inimeste abistamine; töökohal esinevate psühhosotsiaalsete riskide käsitlemine ja ennetamine; vaimse tervise teenuste süsteemide tugevdamine ning ravi- ja hooldusteenuste kättesaadavuse parandamine; häbimärgistamise ja eelarvamuste lõpetamine ning vaimse tervise edendamine kogu maailmas.

1.2. Komitee arvates on vaja vaimse tervise alast teadlikkust kogu ühiskonnas. Ennetusstrateegiad peavad suutma kasutada kogu oma potentsiaali elanikkonna teadlikkuse suurendamiseks, et võidelda häbimärgistamise vastu avatud kogukondades ning et võimaldada vaimse tervise probleeme paremini varases etapis ära tunda ja diagnoosida varajase sekkumise eesmärgil.

1.3. Komitee peab sektorite koostööd väga oluliseks, et haridus-, tööhõive-, sotsiaalhoolekande- ja vaimse tervise teenuste sektorid toimiksid üheskoos, et aidata inimestel elada võimalikult hästi. Poliitikameetmete eesmärk peaks olema integreeritud vaimse tervise teenuste süsteemi loomine, sest inimese elu ei saa käsitleda vaid ühe eriala teadmiste piires. Eesmärk on rakendada inimese täielikku potentsiaali, et toetada teda õnnetunde poole püüdlemisel, nagu kõik teisedki.

1.4. Komitee toetab mõjuvõimu suurendamist ja eneseesindatuse toetamist, mis on keskse tähtsusega, et tagada inimeste täielik osalemine neid puudutavates küsimustes ning töötada ühiselt välja strateegiaid ja programme vaimse tervise probleemidega inimeste toetamiseks. See hõlmab hoolduse kavandamist, kujundamist, pakkumist ja hindamist. See eeldaks vältimatult tehnilise ja rahalise toetuse programmi loomist iseseisvat toimetulekut tagavatele struktuuridele, mis on tavaliselt mittetulundusühendused.

1.5. julgustab liikmesriike, kohalikke kogukondi, spetsialiste, kodanikuühiskonna organisatsioone (sealhulgas sotsiaalpartnereid) ning kõiki riiklikke ja valitsusväliseid osalejaid looma kogukonnapõhiste teenuste ökosüsteemi, et toetada vaimseid kannatusi kogevaid inimesi kogu Euroopas. Eelkõige rõhutab komitee, et sellise keskkonna alused tuleb rajada vastavalt Maailma Terviseorganisatsiooni (WHO) juba esitatud suunistele: vähendada haiglaravi psühhiaatriahaiglates (nagu Itaalias juba on tehtud); kaotada sundi hõlmavad tavad; muuta võimu tasakaalustamatust teenustes; muuta eraldamisel põhinevad teenused järk-järgult inimkeskseteks lahendusteks; teha kättesaadavaks teenused ja spetsialistid, kes suudavad tõlgendada vajalikke muutusi inimõiguste alusel, lähtudes iga inimese väärikusest; muuta nende tuhandete inimeste (ja nende perekondade) saatust, kes elavad selliste terviseprobleemidega; võidelda häbimärgistamise vastu, et käivitada positiivne mehhanism, mis on suunatud sotsiaalsele kaasamisele ja osalemisele ühiskonnaelus.

1.6. Komitee peab esmatähtsaks, et ökosüsteem põhineks teatavatel täpsetel suunistel: isiklik eelarve kui riikide ja kogukondade kulutuste lähtealus; diagnostika- ja ravikeskused, mis asuvad võimalikult lähedal inimese elukohale ja kus on meeldiv õhkkond; inimese õigus valida, et ta saaks elada mittesegregeerivas keskkonnas, kus on maksimaalselt 3–5 voodikohta; tööhõive-, haridus- ja elukestva õppe teenused, milles kasutatakse asjakohaseid ja individuaalseid strateegiaid ja vahendeid; asjakohase väljaõppega spetsialistid, kes on kursis viimaste teadusuuringute tulemustega, ning vastastikuse nõustamise teenused, kuna inimesed õpivad rohkem neilt, kes on sarnaseid kogemusi saanud. Komitee leiab, et eesmärk kehtestada selged suunised on võrdlusstandardite kindlaksmääramiseks väga oluline.

1.7. Komitee on veendunud, et on vaja koguda eristatud andmeid ja majandusstatistikat, et liikmesriigid ja kogukonnad saaksid teostada üleriigilist ja kogukondlikku planeerimist.

1.8. Kõige problemaatilisem on ressurssidega seonduv. Arvesse tuleb võtta kulutasuvust. Nüüdseks on rahvusvahelises kirjanduses tõendatud, et meetmete puudumine või eraldamisel põhinevad teenused on selgelt palju kulukamad kui töö tegemine kaasavate teenuste nimel. Protsess on pikk ja keeruline, kuid komitee leiab, et see tuleb ilmtingimata ellu viia, kui me käsitame põhiõiguste hartat ELi alusena. Seepärast tuleb neid investeeringuid teha igal tasandil nii, et need toetaksid kogukonnapõhist, mitte institutsionaalset hooldusmudelit.

1.9. Komitee kutsub üles võtma meetmeid, et ELi ja rahvusvahelised institutsioonid, liikmesriigid, kohalikud kogukonnad ja organiseeritud kodanikuühiskond (sealhulgas sotsiaalpartnerid) astuksid kiiresti samme selle ülemineku korraldamiseks. Komitee kavatseb toetada kõiki algatusi, mis viivad laiapõhjalise konsensuseni, et saada üle püsivast häbimärgistamisest otsuste tegemisel. Tähelepanu keskmes peavad olema vaimseid kannatusi kogevad inimesed ja neid esindavad organisatsioonid. Protsess peab olema struktureeritud ja toimuma ELi institutsioone hõlmava konsensuskonverentsi näol.

2. **Üldised märkused**

2.1. Eurobaromeetri andmed ([1]) näitavad, et vaimse tervise küsimus avaldab Euroopa kodanikele üha suuremat mõju ja kodanikud on vaimse tervise pärast mures: 46 % neist väidab, et neil on viimase 12 kuu jooksul olnud emotsionaalne või psühhosotsiaalne probleem, 89 % nõustub väitega, et vaimse tervise edendamine on oluline, 25 % kodanikest märgib, et mõnel tema pereliikmel on olnud probleeme vaimse tervise teenuste kättesaadavusega.

2.2. Euroopa Komisjoni vaimset tervist käsitlevas terviklikus lähenemisviisis ([2]) rõhutatakse järgmist:

— vaimne tervis on tervise lahutamatu osa;

— seda mõjutavad mitmesugused tegurid (isiklikud, keskkonnaalased, sotsiaalsed ja majanduslikud tegurid ning kriisid, nagu COVID-19 pandeemia, sõda Ukrainas, inflatsioon ja energiakriis);

([1]) https://europa.eu/eurobarometer/surveys/detail/3032.
([2]) https://commission.europa.eu/strategy-and-policy/priorities-2019-2024/promoting-our-european-way-life/european-health-union/comprehensive-approach-mental-health_et.

— see puudutas enne pandeemiat iga kuuendat Euroopa Liidu elanikku ja see on maksma läinud 4 % SKPst;

— nimetatud kulu tuleneb nii eelnimetatud kriisidest kui ka valitsuste poliitilistest ja korralduslikest valikutest;

— see hõlmab kõige nõrgemat osa elanikkonnast, alustades noortest, kelle seas teine surmapõhjus on enesetapp ([3]).

2.3. Õigus saada ravi, sealhulgas ennetavat ravi, on sätestatud Euroopa Liidu põhiõiguste hartas ja Euroopa sotsiaalõiguste sambas, milles kinnitatakse, et see õigus peab väljenduma kvaliteetsete teenustena, mis järgivad inimõigusi ja millesse on kaasatud asjaomased inimesed.

2.4. Euroopa Komisjoni teatis põhineb kolmel põhimõttel: juurdepääs piisavatele ja tõhusatele ennetusmeetmetele, kvaliteetse ja taskukohase ravi ja hoolduse kättesaadavus ning inimeste taasintegreerimine ühiskonda pärast paranemist.

2.5. Arvamuses „Vaimse tervise parandamise meetmed“ ([4]) teeb komitee järgmist:

— kutsub üles reformima ELi tervishoiusüsteeme, et tagada psüühikahäirete ennetamine, varajane avastamine ja sõeluuringud ning inimkeskse lähenemisviisi pakkumine kogukonnas;

— soovitab, et ELi kõikehõlmav vaimse tervise strateegia oleks ajaliselt selgelt piiritletud, sellele oleksid tagatud piisavad ressursid, selles määrataks vastutusalad ja see sisaldaks näitajaid edusammude jälgimiseks, muu hulgas Euroopa poolaasta raames. Riiklikud taaste- ja vastupidavuskavad ([5]) peaksid hõlmama rohkem otseinvesteeringuid tervishoiu- ja sotsiaalsektorisse;

— toetab inimõigustel põhinevate, inimkesksete, taastumisele keskenduvate ja kogukonnapõhiste vaimse tervise süsteemide arendamist. Need peaksid seadma esikohale isiku võimestamise ja aktiivse osalemise enda taastumises, lõppeesmärgiga parandada vaimse tervise probleemidega inimeste elukvaliteeti. See peaks olema kooskõlas ÜRO puuetega inimeste õiguste konventsiooni põhimõtetega ning keskenduma konkreetsete haavatavate rühmade vajadustele;

— julgustab sotsiaalpartnereid toetama ja edendama algatusi töötingimuste parandamiseks, et hinnata psühhosotsiaalseid riske töökohal ja need kõrvaldada.

3. **Konkreetsed märkused**

3.1. Käesoleva kõnealust teemat käsitleva teise arvamusega kavatseb komitee esitada mõtteid ja ettepanekuid, et vähendada pikka aega valitsenud lahknevust vaimse tervise ja sotsiaalteenuste valdkonnas tervishoiuteenuste osutamisega seotud väidete ja tavade vahel.

3.2. Tervikliku lähenemisviisi juhtalgatus nr 1 on „Vaimse tervise alase suutlikkuse suurendamise Euroopa algatus“. Praegu koos WHOga rakendatava 11 miljoni euro suuruse eelarvega projekti kaudu toetab Euroopa Komisjon liikmesriike nende vaimse tervise teenuste süsteemide tugevdamise ja reformimise suutlikkuse suurendamisel.

3.3. Juhtalgatuse nr 9 „Noored kõigepealt“ raames teeb komisjon ühistöös UNICEFiga koostööd Küprose, Sloveenia, Itaalia ja Hispaaniaga (eelkõige Andaluusia autonoomse piirkonnaga), et tugevdada nende haldussuutlikkust ja edendada riiklike haldusasutuste vahelist koostööd. Kõnealuse algatuse eesmärk on parandada vaimse tervise teenuste üldist kvaliteeti ja seda toetatakse tehnilise toe instrumendi kaudu.

([3]) *The consequences of the COVID-19 pandemic on mental health and implications for clinical practice.*
([4]) Euroopa Majandus- ja Sotsiaalkomitee arvamus teemal „Vaimse tervise parandamise meetmed“ (ELT C 349, 29.9.2023, lk 100).
([5]) Riiklikud taaste- ja vastupidavuskavad: https://commission.europa.eu/business-economy-euro/economic-recovery/recovery-and-resilience-facility_et.

3.4. Juhtalgatuses nr 16 kavatseb Euroopa Komisjon pakkuda liikmesriikidele tehnilist tuge vaimse tervise alaste reformide vastuvõtmiseks eri sektorites, et parandada kõikjal valdkondadevaheliste vaimse tervise teenuste kättesaadavust. 2024. aasta tehnilise toe instrumendi projektikonkursi raames valiti vaimse tervise alaste reformide elluviimise toetamiseks välja viis liikmesriigi projekti. Komitee pakub välja lähenemisviisi teenustele ja mõned lahendused, mis põhinevad ÜRO puuetega inimeste õiguste konventsioonil. Eesmärk on määrata kindlaks head tavad, mida koguda ja kasutada, järgides inimõigustel põhinevat lähenemisviisi vaimsele tervisele.

3.5. WHO rõhutab vajadust reformida õigusakte, mis ei ole kõnealuste põhimõtetega kooskõlas. Ta soovitab läbi vaadata olemasolevate vaimse tervise ja sotsiaalteenuste poliitika ja korralduse, et tagada kvaliteetsed teenused ja rahuldada vaimse tervise probleemide all kannatavate inimeste eri vajadusi.

3.6. Kogukonnapõhiste teenuste kättesaadavus ja kvaliteet on väga oluline ning sellega tuleb kiiresti tegeleda. Seda iseloomustab liiga sageli mitmetähenduslik lahknevus praktika ja teooria vahel, organisatsiooniliste põhimõtete ja mudelite vahel, valdkonna ressursside ning võimaliku ravi ja taastumise tegelike viiside vahel, nagu konkreetsed muutused üksikisiku elutingimustes ja heaolus ning tema elukeskkonnas. Kogukonnapõhiseid teenuseid tuleks kavandada statistiliste andmete alusel, mis peavad olema kättesaadavad.

3.7. Selleks on vaja seada eesmärgiks teenusekasutajate mõjuvõimu suurendamine, aidates neil aktiivselt osaleda teenuste ühises kavandamises ja iseenda raviprotsessis, suurendades nende teadlikkust ja vastutust. Samuti tuleb teha pidevat järelevalvet teenuste kvaliteedi- ja inimõiguste järgimise standardite üle (WHO QualityRights töövahend ([6]), EQUAS jne).

3.8. Inimesele ja tema tegelikele vajadustele keskenduva lähenemisviisi alusel peavad spetsialistid ja teenused jääma vahendiks, mis suudab inimest toetada ja aidata tal võimaluse korral oma purustatud elu taas üles ehitada, kuid ilma teda oma kodukohast ja lähedastest lahutamata, taastades tema kokkupuute reaalse eluga, mis koosneb suhetest, võimalustest ja valikutest, et saavutada märkimisväärne paranemine. Materiaalsed asjad, nagu kodu, sissetulek, kasulike asjade omamine, keha ise, ei taastu ravi endaga. Need annavad aga ravile tähenduse, suuna ja ilu. Seda nimetatakse „isiklikuks eelarveks“ ([7]). Sellest peaks saama vaimsele tervisele tehtavate avaliku sektori kulutuste liikumapanev jõud.

3.9. Kogu ELi hõlmavad teenused peaksid olema saadaval piisavas koguses, kättesaadavad ja taskukohased ning kõrvaldatud peaks olema oht, et neid pakutakse üksnes ambulatoorsete tegevustena erakliinikutes, kus on pikad ootenimekirjad ning mis on avatud ainult mõne tunni jooksul tööpäevadel ja eraldatud ülejäänud kohalikust kogukonnast. Need peaksid kultuuriliselt lähtuma inimõigustest. Lisaks ei tohi neid välja töötada ega kohandada tulu saamise eesmärgil ega tohi neid iseloomustada aseptilised ruumid ja sisustuselemendid, mis on mõnikord aegunud ning liiga sageli tühjad, külmad ja isikupäratud. Selliseid ruume ei tohi kasutada selleks, et luua illusioon patsientide vastuvõtust, eelistada pealiskaudselt „peaaegu normaalsust“ ning hoida eemale „tõsistest ja raskesti ravitavatest patsientidest“, kellel on raskusi ravile juurdepääsuga ja kes saadetakse kiiresti eraasutustesse.

3.10. Patsientide vastuvõtmise ruumid peaksid olema hoopis iga päev avatud ja atraktiivsed, külalislahked ning ilusad kohad, suhtlemise ja vahendamise kohad, ravivõrgustike ja sotsiaalse kohalikku kogukonda kaasamise liikumapanev jõud ja suund, kohad, milles luuakse ainulaadsed, individuaalsed, komplekssed viisid tähenduse, sidemete ja läbirääkimisjõu ning seega ka heaolu taastamiseks. Nende eesmärk peaks olema pakkuda lugupidavat ja väärikat abi, olla 24 tundi ööpäevas ja 7 päeva nädalas avatud nn kodu, kus tehakse tööd konkreetse piirkonnaga, kus elab kindlaksmääratud arv inimesi (kuni 80 000 inimest), ning kuhu linn ning selle ametlikud ja mitteametlikud rühmad sisenevad, sealt läbi käivad, seda muudavad ning kus eelkõige kriisis olevad inimesed peavad leidma vastuseid ja kus vajaduse korral tuleb neile pakkuda ka pikaajalist vastuvõttu, seda isegi öösel.

([6]) WHO QualityRights Tool Kit.
([7]) https://arts.units.it/handle/11368/3029760.

3.11. Hädaolukorra tõttu võivad hoolekandeasutused märkimisväärselt kasvada, mille käigus kulub tohutult palju rahalisi ressursse. Lisaks tunduvad olemasolevad mudelid olevat liiga suured – 40 ja rohkem kasutajat – kaugel linnade ja linnaosade igapäevaelust, anonüümsed, esemeteta, endiselt vaimuhaigla loogikat järgivad, suletud uste ja autoritaarsete reeglitega. Olles sageli piirkondlikest teenustest operatiivselt eraldatud, mõnikord täiesti omaette meeskondade ja nõuetele mittevastavate ametialaste profiilidega, on nad täiesti eraldiseisvad. Need on enamasti kohad, kust ei saa suunduda autonoomsemate elupaikade / ühiselu vormide poole, mida toetatakse vajaduse korral ja vajaliku aja jooksul kogukonda integreerituna, nagu näitavad paljud positiivsed kogemused, mille kulud on täiesti jätkusuutlikud.

3.12. Viimased ajal hoolekandeasutustele pandud liigne rõhk tekitab muret, peaaegu nagu vajaksid psühhiaatrid, juhid ja poliitikud pidevalt kohti, piiritletud ruume, kus end teostada (mitte aga ravida), kontrolli, võimu, millega end lõpuks ümbritseda. Ülemaailmne psühhiaatriaarstide kogukond on võtnud selles küsimuses konkreetse dokumendiga selge seisukoha ([8]).

3.13. Euroopa sotsiaalvõrgustiku uuringu ([9]) kohaselt väidab 65 % võrgustikuga ühinenud kohalikest kogukondadest, et napib vahendeid deinstitutsionaliseerimiseks ja kogukonnateenuste loomiseks. Väidetakse, et protsess on pikk ja kulukas, ning esineb erinevusi selles, kuidas eri kohalikud kogukonnad otsustavad vahendeid investeerida. Samuti tuleks rõhutada, et linnade ja maapiirkondade vahel on sageli erinevusi.

3.14. Inimese valikust lähtuvalt tuleks ühiselu vormid, sh üldteenused, nagu ühe kuni viie elanikuga sotsiaalkorterid ja kolme kuni viie elanikuga rühmakodud – mida on juba katsetatud –, üha enam koondada elamutesse linnades või linnaosades. Sel viisil saavad kasutajad elada väga olulist igapäevaelu, nad saavad vabalt välja minna ja osaleda kogukonnaelus. Nii saavad nad tavapärases igapäevategevuses luua oma loo, saavutada usalduse, võime valida, omada asju, võtta endale aega ja ruumi, mitmekordistada võimalusi. Seal saavad nad elada normaalset elu nagu kõik teised kodanikud. Samuti tuleb edendada vastastikust toetust, et tagada mitte ainult ühiselu viis, vaid ka kogemuste jagamine, soodustades ja julgustades sisukat ja kvaliteetset osalemist kogukonnas ja ühiskonnas tervikuna ning osaledes nii palju kui võimalik oma rahaliste vahenditega.

3.15. Nende võimestamiskogemuste hulgas tõstame esile ka perehoolduse võimalust, st IESA-teenust (mille raames toetatakse psüühikahäirete all kannatavate täiskasvanute paigutamist vastuvõtvatesse peredesse), mis on nimetatud UNESCO vaimseks kultuuripärandiks.

3.16. Vaimse tervise poliitikas tuleks tegeleda laste ja noorukite erivajadustega, sealhulgas ainulaadsete probleemide ja surveteguritega, millega nad silmitsi seisavad (võiks soovitada eriteenuseid ja tugisüsteeme haridusasutustes).

3.17. Tuleks edendada kohandatud lähenemisviise mitmesugustele kultuurilistele ja haavatavatele rühmadele, nagu eakad, pagulased, LGBTQ+ kogukond ja puuetega inimesed, võttes arvesse eri ühiskonnarühmade erivajadusi.

3.18. Tuleks soodustada käimasolevaid uuringuid tõhusate vaimse tervise alaste meetmete kohta ja töötada välja uusi ravimeetodeid, et tagada teenuste vastavus uusimatele teaduslikele tõenditele. Veelgi enam, spetsialistide koolitamine kõnealuseks üleminekuks peab toimuma igal tasandil ja olema kooskõlas kindlaksmääratud eesmärkidega.

3.19. Lisaks on komitee mures vaimse tervise spetsialistide nappuse pärast. Selle lünga saaks täita etapiviisilise süsteemiga, mis hõlmab eri aegadel eri spetsialiste sõltuvalt kasutaja seisundist. Niiviisi kasutataks olemasolevaid töötajaid tõhusamalt ja tulemuslikumalt. Töötajad ise peavad saama pidevat psühholoogilist ja füüsilist tuge, et vältida läbipõlemise ohtu.

([8]) https://www.wpanet.org/_files/ugd/842ec8_e2e8fbfb2d7a4a168f0df4726c528543.pdf.
([9]) https://socialserviceworkforce.org/wp-content/uploads/2024/03/Enhancing-Community-Care_0.pdf.

3.20. Tehnoloogia rolli vaimse tervise teenuste parandamisel, eriti kaugetes või alateenindatud piirkondades, tuleks edasi arendada (digiteenused ei tohiks asendada kohapeal osutatavaid teenuseid, kuid need võivad hõlbustada teatavatel tingimustel teenuste kättesaadavust).

3.21. Vaja on terviklikku lähenemist vaimsele tervisele, mis on osa inimese tavapärasest elukogemusest, tagades vaimse tervise probleemide ennetamise, vaimse tervise säilitamise, edendamise ja rangeimad võimalikud standardid ning kindlustades, et inimesed elavad oma parimate võimaluste piires seda elu, mida nad soovivad. Eelkõige on vaja vaimse tervise alast teadlikkust kogu ühiskonnas. Selleks on oluline võtta vastu strateegiad, mis on suunatud eneseesindatuse toetamisele.

3.22. Oluline on koostada ühiselt kavandatud suuniseid, millega määratakse kindlaks selged inimõigustel põhinevad standardid ja näitajad iga eespool nimetatud teema jaoks. Tuleks kehtestada süstemaatiline läbivaatamisprotsess vaimse tervise teenuste pidevaks hindamiseks ja kohandamiseks vastavalt tulemustele ja muutuvatele ühiskondlikele vajadustele.

3.23. Statistilised ja disagregeeritud andmed, sealhulgas investeeritud vahendite kohta, on väga olulised, et rõhutada kulutuste ühtsust eri piirkondades ning sidusust seoses deinstitutsionaliseerimise ja kogukonnapõhiste teenuste loomise eesmärgiga. Seepärast on vaja luua kasulik raamistik liikmesriikide ja kohalike kogukondade jaoks, et oleks võimalik hinnata kulutasuvust ja asjakohasel juhul ka vajadust lisavahendite järele.

Brüssel, 18. september 2024

Euroopa Majandus- ja Sotsiaalkomitee
president
Oliver RÖPKE