C/2024/6868

28.11.2024

Yttrande från Europeiska ekonomiska och sociala kommittén

Samhällsbaserade tjänster för psykisk hälsa

(yttrande på eget initiativ)

(C/2024/6868)

Föredragande: **Pietro Vittorio BARBIERI**

Rådgivare	Gisella TRINCAS (för föredraganden)
Beslut av plenarförsamlingen	18.1.2024
Rättslig grund	Artikel 52.2 i arbetsordningen
Ansvarig sektion	Sysselsättning, sociala frågor och medborgarna
Antagande av sektionen	4.9.2024
Resultat av omröstningen (för/emot/nedlagda röster)	76/1/0
Antagande vid plenarsessionen	18.9.2024
Plenarsession nr	590
Resultat av omröstningen (för/emot/nedlagda röster)	204/1/3

1. Slutsatser och rekommendationer

1.1 Europeiska ekonomiska och sociala kommittén (EESK) ställer sig bakom målen i och syftena med kommissionens övergripande strategi för psykisk hälsa, i synnerhet kapitlen med åtgärder såsom att integrera psykisk hälsa i alla politikområden, främja förebyggande av och tidigt ingripande vid psykisk ohälsa, främja barns, ungas och äldres psykiska hälsa, hjälpa de mest behövande, hantera och förebygga psykosociala risker på arbetsplatsen, stärka systemen för psykisk hälsa och förbättra tillgången till behandling och vård, undanröja stigmatisering och fördomar samt främja psykisk hälsa globalt.

1.2 EESK anser att kunskapen om psykisk hälsa måste öka i hela samhället. Förebyggande strategier måste utnyttjas till sin fulla potential att öka medvetenheten hos befolkningen i syfte att bekämpa stigmatisering i öppna samhällen och för att det ska vara möjligt att i ett tidigt skede upptäcka och diagnostisera psykisk ohälsa och ingripa snabbt.

1.3 Sektorsövergripande samarbete är avgörande för att säkerställa att man inom sektorerna för utbildning, sysselsättning, social omsorg och psykisk hälso- och sjukvård arbetar tillsammans för att hjälpa människor att förverkliga sin fulla potential. Målsättningen för de politiska åtgärderna bör vara ett integrerat system för psykisk hälsa, eftersom en enskild persons liv inte är avhängigt en viss sektors sakkunskap. Målet är att var och en ska kunna förverkliga sin fulla potential och få stöd i sin strävan efter lycka, som alla andra.

1.4 EESK slår ett slag för egenmakt och stöd till den enskilde att föra sin egen talan, vilket är avgörande för att säkerställa människors fulla delaktighet i sådant som rör dem och för att gemensamt ta fram strategier och program till stöd för personer med psykisk ohälsa. Detta omfattar planering, utformning, tillhandahållande och utvärdering av vård, vilket nödvändiggör ett program för tekniskt och ekonomiskt stöd till självförvaltningsformer som vanligtvis är ideella organisationer.

1.5 Kommittén uppmuntrar medlemsstaterna, lokalsamhällena, de yrkesverksamma, organisationerna i det civila samhället (inklusive arbetsmarknadens parter) och alla statliga och icke-statliga aktörer att bygga upp ett ekosystem av samhällsbaserade tjänster till stöd för människor som lider av psykisk ohälsa i hela Europa. EESK betonar särskilt grundvalarna för den miljö som bör byggas upp i enlighet med Världshälsoorganisationens (WHO) riktlinjer: minska antalet inläggningar på mentalsjukhus (vilket redan har skett i Italien), avskaffa tvångsåtgärder, avhjälpa maktobalansen inom tjänsterna, fortsätta att omvandla segregerande tjänster till personbaserade metoder, tillhandahålla tjänster och personal som med utgångspunkt i varje individs värdighet kan lägga grunden för de människorättsbaserade förändringar som krävs, förändra ödet för tusentals människor (och deras familjer) som lever med psykisk ohälsa samt bryta stigmat och därmed få till stånd en positiv dynamik för social delaktighet och deltagande i samhällslivet.

1.6 För EESK är det av största vikt att detta ekosystem vilar på tydliga riktlinjer: den ”personliga budgeten” bör bli drivkraften för statens och lokalsamhällenas offentliga utgifter; tjänster för diagnos och behandling bör finnas så nära individens hemvist som möjligt och vara trivsamma platser att vistas på; personen bör ha rätt att välja att leva i miljöer som inte är segregerande och som inte omfattar fler än 3–5 bäddar; tjänster för sysselsättning, utbildning och livslångt lärande bör utgå från lämpliga och skräddarsydda strategier och verktyg; yrkesverksamma bör ha lämplig utbildning, med stöd av de senaste forskningsrönen; det bör finnas tjänster såsom ”peer support” eftersom man lär sig mer av någon som har varit med om samma sak som en själv. Kommittén anser att målet om att slå fast tydliga riktlinjer är avgörande för fastställandet av referensnormer.

1.7 Kommittén är övertygad om att det är nödvändigt att inhämta uppdelade data och ekonomisk statistik så att man inom medlemsstater och lokalsamhällen kan genomföra nationell och lokal planering.

1.8 Kapitlet om finansiering utgör den största utmaningen, eftersom man måste ta hänsyn till kostnadseffektivitet. Det finns nu specialiserad och konsoliderad internationell litteratur som visar att avsaknaden av åtgärder eller förekomsten av segregerande tjänster helt klart kostar mycket mer än vad det kostar att verka för inkluderande tjänster. Det är en lång och komplex process, men EESK menar att den måste fullbordas om vi anser att stadgan om de grundläggande rättigheterna är en av EU:s grundvalar. Det är därför nödvändigt att göra investeringar på alla nivåer för att stödja en samhällsbaserad strategi och röra oss i riktning mot avinstitutionalisering.

1.9 EESK uppmanar EU-institutionerna och de internationella institutionerna, medlemsstaterna, lokalsamhällena och det organiserade civila samhället (inklusive arbetsmarknadens parter) att vidta brådskande åtgärder för att organisera omställningen. Kommittén har för avsikt att stödja alla initiativ som leder till ett brett samförstånd som kan bryta det ihållande stigmat i beslutsprocessen. De personer som lider av psykisk ohälsa och de organisationer som företräder dem måste stå i förgrunden i denna process. Det behövs en strukturerad process som tar formen av en samförståndskonferens som även omfattar institutionerna.

2. **Allmänna kommentarer**

2.1 Av en Eurobarometerundersökning ([1]) framgår den ökande inverkan på EU-medborgarna och deras oro vad gäller psykisk hälsa: 46 % uppger att de haft emotionella eller psykosociala svårigheter under de senaste 12 månaderna, 89 % håller med om att det är viktigt att främja psykisk hälsa, och 25 % uppger att en familjemedlem haft svårt att få tillgång till tjänster för psykisk hälsa.

2.2 I kommissionens övergripande strategi för psykisk hälsa ([2]) anges följande:

— Psykisk hälsa är en integrerad del av hälsan.

— Den påverkas av olika faktorer (personliga, miljömässiga, sociala och ekonomiska) samt av allvarliga händelser såsom covid-19-pandemin, kriget i Ukraina, inflationen och energikrisen.

([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_sv.

— Före pandemin påverkades en av sex personer i EU av psykisk ohälsa, till en kostnad av mer än 4 % av BNP.

— Denna kostnad beror både på de ovannämnda kriserna och på regeringarnas politiska och organisatoriska val.

— Den berör de svagaste befolkningsgrupperna, till att börja med ungdomar, där den näst vanligaste dödsorsaken är självmord ([3]).

2.3 Rätten till tillgång till vård, inbegripet förebyggande vård, fastställs i Europeiska unionens stadga om de grundläggande rättigheterna och i den europeiska pelaren för sociala rättigheter, där det anges att denna rätt måste förverkligas genom tjänster av god kvalitet där de mänskliga rättigheterna respekteras och de direkt berörda deltar.

2.4 Kommissionens meddelande bygger på tre principer: tillgång till lämpliga och effektiva förebyggande åtgärder, tillgång till högkvalitativ behandling och vård till rimligt pris samt återintegrering i samhället efter tillfrisknande.

2.5 I sitt yttrande ”Åtgärder för att förbättra den psykiska hälsan” ([4]) intar EESK följande ståndpunkter:

— EESK efterlyser en reform av hälso- och sjukvårdssystemen i EU i syfte att säkerställa förebyggande, tidig upptäckt och screening av psykisk ohälsa och sörja för en individbaserad strategi i närsamhället.

— Kommittén rekommenderar att man ger EU:s övergripande plan för psykisk hälsa en tidsram och tillräckliga resurser, fastställer ansvarsområden och inför indikatorer för att övervaka framstegen, även inom ramen för den europeiska planeringsterminen. De nationella återhämtnings- och resiliensplanerna ([5]) bör omfatta mer direkta investeringar i hälso- och sjukvårdssektorn och den sociala sektorn.

— EESK förespråkar att man utvecklar människorättsbaserade, personcentrerade, tillfriskningsinriktade och samhällsbaserade system för psykisk hälsa, där individens egenmakt och aktiva deltagande i det egna tillfrisknandet prioriteras, med det slutliga målet att förbättra livskvaliteten för personer med psykisk ohälsa, i enlighet med principerna i FN:s konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning och med fokus på specifika och utsatta gruppers behov.

— Kommittén uppmuntrar arbetsmarknadens parter att stödja och främja initiativ som syftar till att förbättra arbetsvillkoren för att bedöma och undanröja psykosociala risker på arbetsplatsen.

3. **Särskilda kommentarer**

3.1 EESK eftersträvar med detta sitt andra yttrande i frågan att väcka debatt och lägga fram förslag i syfte att minska gapet mellan ord och handling när det gäller tillhandahållandet av psykisk hälso- och sjukvård och sociala tjänster.

3.2 Flaggskeppsinitiativ nr 1 i den övergripande strategin är ”Europeiskt initiativ för kapacitetsuppbyggnad avseende psykisk hälsa”. I ett projekt som för närvarande genomförs tillsammans med WHO, med en budget på 11 miljoner euro, ska kommissionen stödja medlemsstaterna när det gäller att bygga upp kapacitet för att stärka och reformera sina system för psykisk hälsa.

3.3 Inom ramen för flaggskeppsinitiativ nr 9, ”Ungdomens första flaggskeppsinitiativ”, samarbetar kommissionen och Unicef med Cypern, Slovenien, Italien och Spanien (särskilt Andalusien) om att stärka den administrativa kapaciteten och främja samarbete mellan nationella offentliga förvaltningar. Detta initiativ syftar till att förbättra den övergripande kvaliteten på tjänster för psykisk hälsa och understöds av instrumentet för tekniskt stöd.

([3]) *”The consequences of the COVID-19 pandemic on mental health and implications for clinical practice*”.

([4]) Yttrande från Europeiska ekonomiska och sociala kommittén om Åtgärder för att förbättra den psykiska hälsan (EUT C 349, 29.9.2023, s. 100).

([5]) De nationella återhämtnings- och resiliensplanerna: https://commission.europa.eu/business-economy-euro/economic-recovery/recovery-and-resilience-facility_sv.

3.4 I flaggskeppsinitiativ nr 16 tillkännager kommissionen sin avsikt att erbjuda medlemsstaterna tekniskt stöd till genomförandet av reformer på området psykisk hälsa inom flera sektorer i syfte att förbättra tillgången till sektorsövergripande tjänster för psykisk hälsa överallt. Inom ramen för 2024 års ansökningsomgång för instrumentet för tekniskt stöd valdes fem medlemsstatsprojekt ut att få stöd till genomförandet av reformer på området för psykisk hälsa. EESK föreslår en strategi för tjänsterna och ett antal lösningar som grundar sig på FN:s konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning med målet att kartlägga bästa praxis som ska sammanställas och upprepas på grundval av en människorättsbaserad syn på psykisk hälsa.

3.5 WHO betonar att lagstiftning som inte är förenlig med dessa principer måste reformeras. Man förespråkar en översyn av politiken för och organisationen av befintliga tjänster för psykisk hälsa samt sociala tjänster i syfte att säkerställa högkvalitativa tjänster och tillgodose de olika behoven hos personer med psykisk ohälsa.

3.6 Frågan om tillgången till och kvaliteten på samhällsbaserade tjänster är av stor betydelse och måste hanteras snarast. Detta förefaller alltför ofta vara präglat av tvetydighet såtillvida att det finns ett gap mellan teori och praktik, mellan principer och organisationsmodeller och mellan de resurser som står till buds och vad som faktiskt är möjligt när det gäller behandling och tillfrisknande, såsom påtagliga förändringar av individens levnadsvillkor, välbefinnande och vardag. Samhällsbaserade tjänster bör planeras utifrån statistiska data, och sådana måste finnas tillgängliga.

3.7 I detta syfte bör man eftersträva att ge användarna av dessa tjänster egenmakt, hjälpa dem att spela en aktiv roll i den gemensamma utformningen av tjänsterna och i sin egen behandling, öka medvetenheten och ansvaret, samtidigt som man ständigt övervakar kvalitetsnormerna och respekten för de mänskliga rättigheterna vid tillhandahållandet av tjänsterna (”WHO QualityRights Tool Kit” ([6]), EQUAS osv.).

3.8 I en personcentrerad strategi som bygger på individens faktiska behov måste yrkesverksamma och tjänster stödja människor och hjälpa dem att ta tillbaka kontrollen över sina krossade liv, i den mån det är möjligt med hänsyn till personliga omständigheter, utan att de tvingas att lämna sin hemort och sina nära och kära, samtidigt som de återknyter kontakten till verkligheten med relationer, möjligheter och val, vilket bidrar till ett meningsfullt tillfrisknande. En behandling kan inte i sig återställa materiella ting såsom ett hem, inkomster, användbara föremål eller till och med kroppen. Däremot kan sådana materiella ting skänka behandlingen en viss innebörd, riktning och skönhet. Det kallas ”personlig budget” ([7]). Den bör fungera som drivkraft för de offentliga utgifterna för psykisk hälsa.

3.9 Samhällsbaserade tjänster bör finnas i tillräcklig mängd och vara lättillgängliga och ekonomiskt överkomliga. Man bör inte falla i fällan att organisera dem som renodlade specialiserade kliniker med enbart öppenvårdsverksamhet, med långa väntelistor, som bara är öppna på vardagar i några timmar och avskilda från resten av lokalsamhället. De bör genomsyras av en människorättskultur. De får inte heller byggas upp kring eller drivas av vinstintressen, eller kännetecknas av sterila utrymmen och inredningar, ibland slitna och alltför ofta tomma, kalla och opersonliga. De bör inte framstå som inriktade på att skapa ett slags illusorisk vård, med ett ytligt fokus på det ”nästan normala” och avståndstagande från ”patienter med allvarliga och svårbehandlade sjukdomar”, som har svårt att få tillgång till behandling och snabbt hänvisas till godkända inrättningar i privat regi.

3.10 Tvärtom bör de vara öppna varje dag och vara lättillgängliga, välkomnande och estetiskt tilltalande platser för relationer och medling som driver på och styr människors behandling och vägar tillbaka till lokalsamhället, vägar som är unika, individuella och komplexa, för att återskapa innebörd, band och förhandlingsstyrka, och därmed välbefinnande. De bör syfta till att tillhandahålla respektfull och värdig vård och fungera som ”hem” – platser som är öppna dygnet runt, sju dagar i veckan – och utgångspunkt för arbetet i ett visst område med en avgränsad målbefolkning (högst 80 000 personer), där staden och dess formella och informella grupper kan komma och gå och förändra dem och där framför allt människor i kris kan hitta svar och vid behov stanna en längre tid, även nattetid.

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

3.11 Med tanke på krisens omfattning finns det en risk för att antalet boendeinrättningar kan komma att öka betydligt, vilket kan ta enorma ekonomiska resurser i anspråk. Därtill verkar de befintliga inrättningarna av detta slag vara alltför stora när det gäller antalet brukare, ofta fler än 40. De ligger ofta fjärran det dagliga livet i städer och kvarter, är anonyma och tomma på föremål och styrs fortfarande som mentalsjukhus, med låsta dörrar och strikta förhållningsregler. Driften av dem är ofta skild från de lokala tjänsterna i de områden där de är belägna, ibland med helt separata team och inadekvata yrkesprofiler, och de framstår som helt inåtvända. De är till största delen platser som man inte kan lämna för mer självständiga former av boende eller delat boende där man vid behov kan få stöd så länge som det behövs och som är integrerade i samhället. Det finns många positiva erfarenheter som pekar på att det är möjligt, och dessutom till mycket rimliga kostnader.

3.12 Den överdrivna tonvikt som på senare tid har fästs vid boendeinrättningar är oroväckande. Det är nästan som om psykiatrer, handläggare och politiker har ett ständigt behov av platser och avgränsade utrymmen där de i stället för att ge vård och omsorg kan utöva kontroll och makten att låsa in människor på obestämd tid. Det internationella samfundet av psykiatrer har intagit en tydlig ståndpunkt i denna fråga med ett särskilt dokument ([8]).

3.13 Enligt forskning av ESN (det europeiska sociala nätverket) ([9]) hävdar 65 % av de lokalsamhällen som är medlemmar i nätverket att de tilldelade resurserna till avinstitutionalisering och uppbyggnad av samhällbaserade tjänster är otillräckliga. Det betonas att processen är lång och kostsam och att det finns en skillnad mellan hur olika lokalsamhällen beslutar att satsa sina resurser. Det bör också understrykas att ofta finns en skillnad mellan städer och landsbygdsområden.

3.14 På grundval av den enskildes val anses det – och detta är redan beprövat och möjligt – att delade boenden, vilket inbegriper allmänna tjänster såsom subventionerade bostäder med ett begränsat antal brukare (1–5) och gruppboenden (3–5), i allt högre grad bör inrättas i bostadshus i byar eller stadsdelar, där ett vardagsliv är möjligt, man fritt kan gå ut och delta i samhällslivet och man med hjälp av en vardag kan bygga upp en historia, tillit och förmågan att fatta beslut och att äga föremål, vänja sig vid att åter fritt förfoga över tid och rum samt öka sina möjligheter. Det handlar om att kunna leva ett vanligt liv, precis som alla andra. Detta kommer också att bidra till att främja ”peer support”, inte bara som ett sätt att möjliggöra delat boende, utan också för att underlätta utbyte av erfarenheter, uppmuntra och främja ett meningsfullt och högkvalitativt deltagande i lokalsamhället och samhället som helhet, och göra det möjligt för människor att i möjligaste mån delta med sina egna ekonomiska resurser.

3.15 Till sådana här egenmaktsfrämjande metoder hör möjligheten för vuxna med psykisk ohälsa att bo i värdfamiljer, såsom den italienska modellen IESA, som finns med på Unescos förteckning över immateriellt kulturarv.

3.16 Barns och ungdomars specifika behov måste beaktas i politiken för psykisk hälsa, i synnerhet de unika utmaningar och påfrestningar som de måste möta. Specialiserade tjänster och stödsystem vid utbildningsinstitutioner skulle kunna övervägas.

3.17 Skräddarsydda strategier för olika kulturella och utsatta grupper, såsom äldre, flyktingar, hbtqi+-personer och personer med funktionsnedsättning, bör främjas för att tillgodose de specifika behoven hos olika samhällsgrupper.

3.18 Pågående forskning om ändamålsenliga insatser för psykisk hälsa bör uppmuntras och nya behandlingsmetoder utvecklas för att säkerställa att tjänsterna bygger på de senaste vetenskapliga rönen. Än viktigare är att fortbildning av yrkesverksamma för denna omställning måste ges på alla nivåer och vara förenlig med de fastställda målen.

3.19 Dessutom är kommittén bekymrad över bristen på personal inom psykisk hälsa. Detta gap skulle kunna överbryggas med ett stegvist system som involverar olika yrkesverksamma vid olika tidpunkter, beroende på brukarens tillstånd, så att befintlig personal används på ett mer effektivt och ändamålsenligt sätt. Personalen själv måste få kontinuerligt psykiskt och fysiskt stöd för att undvika risken för utbrändhet.

([8]) tillgängligt på: 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 Teknikens roll i att förbättra tjänster för psykisk hälsa bör vidareutvecklas, särskilt i avlägsna eller eftersatta områden (digitala tjänster bör inte ersätta tjänster som ges fysiskt, men kan underlätta tillgången till dem under vissa omständigheter).

3.21 Det behövs en övergripande syn på psykisk hälsa som något som ingår i individens normala livserfarenhet, för att säkerställa förebyggande, bevarande, främjande och högsta möjliga nivå av psykisk hälsa och se till att enskilda personer lever det liv de vill leva, till sin fulla potential. Det finns framför allt ett behov av att öka kunskapen om psykisk hälsa i hela samhället. I detta syfte är det mycket viktigt att man antar strategier som är inriktade på stöd till individens förmåga att föra sin egen talan.

3.22 Det är nödvändigt att gemensamt utarbeta riktlinjer som fastställer tydliga normer baserade på mänskliga rättigheter och indikatorer för varje enskilt ämne som nämns ovan. En systematisk översynsprocess för att kontinuerligt se över och anpassa tjänster för psykisk hälsa på grundval av resultat och förändrade samhällsbehov bör tillhandahållas.

3.23 Statistik och uppdelade data, inklusive investerade resurser, är grundläggande för att belysa enhetligheten i utgifterna i de olika territorierna och samstämmigheten när det gäller målet att avinstitutionalisera och bygga upp samhällsbaserade tjänster. Det är därför nödvändigt att utarbeta en användbar ram för medlemsstaterna och lokalsamhällena så att kostnadseffektiviteten och eventuellt även behovet av ytterligare resurser kan bedömas.

Bryssel den 18 september 2024.

Oliver RÖPKE
Europeiska ekonomiska och sociala kommitténs ordförande