



C/2024/6868

28.11.2024

Opinia Europejskiego Komitetu Ekonomiczno-Społecznego

Usługi środowiskowe w zakresie zdrowia psychicznego

(opinia z inicjatywy własnej)

(C/2024/6868)

Sprawozdawca: **Pietro Vittorio BARBIERI**

Doradczynie i doradcy	Gisella TRINCAS (z ramienia sprawozdawcy)
Decyzja Zgromadzenia Plenarnego	18.1.2024
Podstawa prawna	Art. 52 ust. 2 regulaminu wewnętrznego
Sekcja odpowiedzialna	Sekcja Zatrudnienia, Spraw Społecznych i Obywatelstwa
Data przyjęcia przez sekcję	4.9.2024
Wynik głosowania (za/przeciw/wstrzymało się)	76/1/0
Data przyjęcia na sesji plenarnej	18.9.2024
Sesja plenarna nr	590
Wynik głosowania (za/przeciw/wstrzymało się)	204/1/3

1. Wnioski i zalecenia

1.1. EKES podziela cele i założenia kompleksowego podejścia Komisji Europejskiej do zdrowia psychicznego, w szczególności część opisującą planowane działania: uwzględnianie zdrowia psychicznego we wszystkich obszarach polityki; promowanie profilaktyki i wczesnej diagnostyki w przypadku problemów związanych ze zdrowiem psychicznym; poprawa zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży oraz osób starszych; pomoc najbardziej potrzebującym; przeciwdziałanie zagrożeniom psychospołecznym w miejscu pracy i radzenie sobie z nimi; wzmocnienie systemów ochrony zdrowia psychicznego oraz poprawa dostępu do leczenia i opieki; przełamywanie stygmatyzacji i uprzedzeń oraz wspieranie ochrony zdrowia psychicznego na świecie.

1.2. EKES uważa, że w całym społeczeństwie potrzebna jest wiedza na temat zdrowia psychicznego. Trzeba wykorzystać pełen potencjał strategii profilaktycznych, aby zwiększyć świadomość w społeczeństwie i zwalczać stygmatyzację w ramach otwartych społeczności, a także by umożliwić rozpoznawanie i diagnozowanie zaburzeń psychicznych na wczesnym etapie, a co za tym idzie, wczesną interwencję.

1.3. EKES uważa, że współpraca między sektorami jest niezbędna do tego, by sektory edukacji, zatrudnienia, opieki społecznej i zdrowia psychicznego wspólnie podejmowały wysiłki pomagające ludziom w pełni korzystać z życia. Celem polityki powinno być stworzenie zintegrowanego systemu zdrowia psychicznego, ponieważ życie danej osoby nie jest zależne od kompetencji określonego sektora. Celem jest rozwinięcie pełnego potencjału danej osoby, by mogła dążyć do szczęścia, jak inni ludzie.

1.4. EKES popiera upodmiotowienie i pomoc umożliwiającą samoreprezentację jako klucz do zapewnienia pełnego udziału ludzi w działaniach, które ich dotyczą, oraz współtworzenia strategii i programów wspierających osoby zmagające się z problemami zdrowia psychicznego. Obejmuje to planowanie, projektowanie, świadczenie i ocenę opieki, co wymaga bezwzględnie programu wsparcia technicznego i finansowego dla takich rodzajów samozarządzania, które przyjmują zazwyczaj formę organizacji nienastawionych na zysk.

1.5. EKES zachęca państwa członkowskie, społeczności lokalne, specjalistki i specjalistów, organizacje społeczeństwa obywatelskiego (w tym partnerów społecznych) oraz wszystkie podmioty państwowe i niepaństwowe do stworzenia ekosystemu opieki środowiskowej w celu wspierania osób w całej Europie doświadczających cierpienia psychicznego. EKES zwraca w szczególności uwagę na zasadnicze elementy środowiska, które należy budować zgodnie ze wskazówkami przedstawionymi już przez Światową Organizację Zdrowia (WHO): zmniejszenie hospitalizacji w szpitalach psychiatrycznych (co ma już miejsce we Włoszech), zniesienie przymusowych praktyk, przeciwdziałanie nierównowadze sił w usługach opieki, dążenie do przekształcenia segregacji w spersonalizowane praktyki, udostępnienie usług oraz specjalistek i specjalistów zdolnych do zapewnienia niezbędnej transformacji w oparciu o prawa człowieka, począwszy od godności każdej osoby, zmiana losu tysięcy osób (i ich rodzin) żyjących z takimi problemami, a także zwalczanie stygmatyzacji w celu uruchomienia pozytywnego mechanizmu ukierunkowanego na włączenie społeczne i uczestnictwo w życiu społeczności.

1.6. Zdaniem EKES-u kluczowe znaczenie ma to, by ekosystem opierał się na konkretnych wytycznych: budżet osobisty decydujący o wydatkach państw i społeczności; usługi diagnostyczne i lecznicze, które znajdują się jak najbliżej miejsca zamieszkania danej osoby, a jednocześnie są przyjazne ludziom; prawo danej osoby do decydowania o możliwości zamieszkania w ośrodkach niestosujących segregacji i w których liczba łóżek nie przekracza nigdy 3–5; usługi w zakresie zatrudnienia, edukacji i uczenia się przez całe życie obejmujące odpowiednie i zindywidualizowane strategie i narzędzia; specjalistki i specjaliści posiadający odpowiednie szkolenia, włącznie z najbardziej zaawansowanymi badaniami naukowymi; wzajemne doradztwo, ponieważ łatwiej jest uczyć się od osób mających podobne doświadczenia. EKES uważa, że cel, którym jest ustanowienie jasnych wytycznych, ma zasadnicze znaczenie dla określenia norm referencyjnych.

1.7. EKES jest przekonany o konieczności pozyskania zdezagregowanych danych i statystyk gospodarczych, aby państwa członkowskie i społeczności mogły realizować planowanie na poziomie krajowym i lokalnym.

1.8. Rozdział dotyczący finansowania stanowi najpoważniejsze wyzwanie, gdyż trzeba wziąć pod uwagę opłacalność. Zgodnie z fachową literaturą międzynarodową brak działań lub segregacja usług wyraźnie wiążą się ze znacznie wyższymi kosztami niż dążenie do usług sprzyjających włączeniu społecznemu. Proces ten jest długi i złożony, lecz zdaniem Komitetu konieczny, jeżeli uznajemy Kartę praw podstawowych za fundament UE. W związku z tym niezbędne są inwestycje na każdym poziomie, by zapewnić opiekę środowiskową, a nie instytucjonalną.

1.9. EKES wzywa instytucje europejskie i międzynarodowe, państwa członkowskie, społeczności lokalne i zorganizowane społeczeństwo obywatelskie (w tym partnerów społecznych) do podjęcia pilnych kroków w celu przeprowadzenia transformacji. Zamierza wspierać wszelkie inicjatywy prowadzące do szerokiego konsensusu, który pomoże przezwyciężyć utrzymującą się stygmatyzację w procesie decyzyjnym. W centrum muszą znajdować się osoby doświadczające cierpienia psychicznego oraz organizacje je reprezentujące. Proces musi być ustrukturyzowany i ukierunkowany na konferencję konsensusową instytucji.

2. Uwagi ogólne

2.1. Badanie Eurobarometr⁽¹⁾ wskazuje, że problemy ze zdrowiem psychicznym dotyczą obywatelki i obywateli europejskich w coraz większym stopniu i że są oni nimi coraz bardziej zaniepokojeni: 46 % respondentek i respondentów zgłosiło, że w ciągu ostatnich 12 miesięcy doświadczyło problemów emocjonalnych lub psychospołecznych, 89 % zgodziło się, że promocja zdrowia psychicznego jest ważna, a 25 % wspomniało o utrudnionym dostępie członka rodziny do usług w zakresie zdrowia psychicznego.

2.2. W „Kompleksowym podejściu do zdrowia psychicznego” Komisja Europejska⁽²⁾ stwierdza, że:

- zdrowie psychiczne jest integralną częścią zdrowia ogólnego,
- na zdrowie psychiczne wpływają rozmaite czynniki (osobowościowe, środowiskowe, społeczne i gospodarcze, a także przełomowe wydarzenia, takie jak pandemia COVID-19, wojna w Ukrainie, inflacja i kryzys energetyczny),

⁽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_pl.

- przed pandemią COVID-19 co szósta osoba w UE miała problemy ze zdrowiem psychicznym, co pochłaniało ponad 4 % PKB,
- te koszty wynikają zarówno z wyżej wspomnianych kryzysów, jak i z wyborów politycznych i organizacyjnych dokonywanych przez rządy,
- ta kwestia dotyczy najsłabszych grup społecznych, począwszy od młodzieży, której drugą główną przyczyną śmierci jest samobójstwo ⁽³⁾.

2.3. Prawo do dostępu do opieki, w tym do profilaktyki zdrowotnej, jest zapisane w Karcie praw podstawowych Unii Europejskiej oraz w Europejskim filarze praw socjalnych, w którym stwierdza się również, że konieczne jest przestrzeganie tego prawa poprzez wysokiej jakości usługi zgodne z prawami człowieka, przy udziale osób bezpośrednio zainteresowanych.

2.4. Komunikat Komisji Europejskiej opiera się na trzech zasadach: na dostępności odpowiedniej i skutecznej profilaktyki, na dostępie do wysokiej jakości leczenia i opieki po przystępnych cenach oraz na reintegracji danej osoby w społeczeństwie po powrocie do zdrowia.

2.5. W opinii „Środki na rzecz poprawy zdrowia psychicznego” ⁽⁴⁾ EKES:

- apeluje o reformę systemów opieki zdrowotnej w UE, aby zapewnić profilaktykę, wczesne wykrywanie i kontrolę chorób psychicznych oraz podejście ukierunkowane na człowieka w danej społeczności,
- zaleca, by kompleksowy plan UE na rzecz zdrowia psychicznego obejmował ramy czasowe i odpowiednie środki finansowe, określał zakres odpowiedzialności i zawierał wskaźniki monitorowania postępów, w tym w odniesieniu do europejskiego semestru; krajowe plany odbudowy i zwiększania odporności ⁽⁵⁾ powinny przewidywać więcej inwestycji bezpośrednich w sektorze zdrowia oraz sektorze społecznym,
- popiera rozwój systemów zdrowia psychicznego opartych na prawach człowieka, skoncentrowanych na człowieku, zorientowanych na powrót do zdrowia, istniejących na szczeblu społeczności lokalnej, w ramach których priorytetowo traktuje się upodmiotowienie danej osoby i jej aktywny udział w powrocie do zdrowia, przy czym ostatecznym celem jest poprawa jakości życia osób cierpiących na choroby psychiczne, zgodnie z Konwencją ONZ o prawach osób niepełnosprawnych i ze szczególnym uwzględnieniem potrzeb szczególnych słabszych grup,
- zachęca partnerów społecznych do wspierania i promowania inicjatyw mających poprawić warunki pracy w celu oceny i wyeliminowania zagrożeń psychosocjalnych w miejscu pracy.

3. Uwagi szczegółowe

3.1. Jest to druga opinia Komitetu na ten temat i ma ona posłużyć zainicjowaniu debaty i przedstawieniu propozycji z myślą o zmniejszeniu luki między teorią a praktyką w odniesieniu do świadczenia opieki zdrowotnej w zakresie zdrowia psychicznego oraz usług socjalnych.

3.2. Inicjatywą przewodnią nr 1 w ramach kompleksowego podejścia jest europejska inicjatywa na rzecz budowania zdolności w zakresie zdrowia psychicznego. Dzięki projektowi o wartości 11 mln EUR, który jest obecnie realizowany we współpracy z WHO, Komisja Europejska będzie wspierać państwa członkowskie w budowaniu zdolności w celu wzmocnienia i zreformowania ich systemów zdrowia psychicznego.

3.3. W ramach inicjatywy przewodniej nr 9 „Młodzież na pierwszym miejscu” Komisja, we współpracy z UNICEF-em, współpracuje obecnie z Cyprzem, Słowenią, Włochami i Hiszpanią (w szczególności Andaluzją) w celu wzmocnienia ich zdolności administracyjnych i propagowania wzajemnej współpracy między krajowymi administracjami publicznymi. Celem tej inicjatywy, prowadzonej w ramach Instrumentu Wspierania Technicznego, jest poprawa ogólnej jakości usług w zakresie zdrowia psychicznego.

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

⁽⁴⁾ Opinia Europejskiego Komitetu Ekonomiczno-Społecznego „Środki na rzecz poprawy zdrowia psychicznego”(Dz.U. C 349 z 29.9.2023, s. 100).

⁽⁵⁾ Krajowe plany odbudowy i zwiększania odporności: https://commission.europa.eu/business-economy-euro/economic-recovery/recovery-and-resilience-facility_pl.

3.4. W inicjatywie przewodniej nr 16 Komisja Europejska deklaruje zamiar zaoferowania państwu członkowskim wsparcia technicznego, aby pomóc im we wdrażaniu reform służących poprawie zdrowia psychicznego w szeregu sektorów w celu poprawy dostępności międzysektorowych usług w zakresie zdrowia psychicznego w całej UE. W zaproszeniu do składania wniosków w ramach Instrumentu Wsparcia Technicznego na 2024 r. wybrano pięć projektów państw członkowskich, w ramach których wsparte zostaną reformy w zakresie zdrowia psychicznego. EKES proponuje zastosowanie podejścia do usług oraz szeregu rozwiązań w oparciu o Konwencję ONZ o prawach osób niepełnosprawnych w celu określenia dobrych praktyk, które należy gromadzić i powielać na podstawie podejścia do zdrowia psychicznego opartego na prawach człowieka.

3.5. Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) podkreśla potrzebę zreformowania prawodawstwa, które nie jest zgodne z tymi zasadami. Zaleca przegląd polityki i sposobu organizacji istniejących usług w zakresie zdrowia psychicznego oraz usług socjalnych w celu zapewnienia usług wysokiej jakości oraz zaspokojenia wielorakich potrzeb osób zmagających się z problemami związanymi ze zdrowiem psychicznym.

3.6. Dostępność i jakość opieki środowiskowej ma ogromne znaczenie. Należy pilnie zająć się tym zagadnieniem. Zbyt często widzimy rozdźwięk między teoretycznymi wypowiedziami a praktyką, między zasadami a modelami organizacyjnymi, a także między dostępnymi zasobami a rzeczywistymi możliwościami leczenia i powrotu do zdrowia, takimi jak namacalne zmiany warunków życia i dobrostanu danej osoby i jej codziennego życia. Opieka środowiskowa powinna być planowana na podstawie danych statystycznych, które muszą być dostępne.

3.7. W związku z tym należy dążyć do wzmocnienia pozycji użytkowników usług, do wsparcia ich aktywnego udziału we współprojektowaniu usług i we własnym leczeniu, do zwiększenia świadomości i odpowiedzialności, a jednocześnie do stałego monitorowania norm jakości i poszanowania praw człowieka przy świadczeniu usług (zestaw narzędzi WHO QualityRights⁽⁶⁾, EQUAS itp.).

3.8. Zgodnie z ideą podejścia skoncentrowanego na człowieku, opartego na rzeczywistych potrzebach danej osoby, specjalistki i specjaliści oraz różnorakie służby muszą wspierać ludzi i pomagać im w odzyskaniu w miarę możliwości kontroli nad własnym życiem po doświadczonym kryzysie, z uwzględnieniem ich sytuacji osobistej i bez wymuszania na nich opuszczenia rodzinnej miejscowości czy bliskich osób. Aby zapewnić rzeczywisty powrót do zdrowia, należy też zadbać o przywrócenie kontaktów z innymi ludźmi oraz uzyskanie nowych szans i możliwości dokonywania wyborów. Dobra materialne, takie jak dom, dochody i przedmioty użytkowe, a także ciało, nie powstają w wyniku leczenia. Przeciwnie, nadają mu sens, wyznaczają kierunek i czynią je lżejszym. Nazywa się to „budżetem osobistym”⁽⁷⁾ i powinno decydować o wydatkach publicznych na zdrowie psychiczne.

3.9. Usługi środowiskowe powinny być dostępne w wystarczającej ilości, łatwe do uzyskania oraz przystępne cenowo. Należy unikać tworzenia zwyczajnych specjalistycznych klinik wyłącznie dla pacjentów ambulatoryjnych, z długimi listami oczekujących, otwartych tylko w dni robocze przez kilka godzin i oddzielonych od reszty społeczności lokalnej. Usługi powinny być nastawione na prawa człowieka. Ponadto nie wolno ich kształtować wokół zysku, nie należy tworzyć sterylnych przestrzeni i umeblowania, które czasami jest podniszczone, gdyż takie miejsca często wydają się puste, surowe i bezosobowe. Usługi nie mogą tworzyć złudzenia opieki, powierzchownie dbać jedynie o względną normalność ani odrzucać pacjentów z poważnymi schorzeniami uznanymi za trudne do leczenia, którzy mają trudności z dostępem do leczenia i są szybko odsyłani do placówek prywatnych.

3.10. Wręcz przeciwnie, placówki powinny być otwarte każdego dnia, dostępne, przyjazne i pięknie zaprojektowane. Powinny to być miejsca nawiązywania kontaktów i mediacji stymulujące leczenie i zaangażowanie w społeczności lokalnej oraz nadające im kierunek dzięki unikalnym, indywidualnym i złożonym sposobom odbudowania poczucia sensowności, więzi i możliwości negocjacji osób, a tym samym ich dobrostanu. Powinny one mieć na celu zapewnienie poczucia szacunku i godziwej opieki, stwarzać wrażenie przebywania w domu, być otwarte 24 godziny na dobę, siedem dni w tygodniu, stanowić punkt wyjścia do pracy na danym obszarze, z określoną liczbą mieszkańców danego rejonu (nie więcej niż 80 000 osób), być nastawione na miasta oraz różne formalne i nieformalne grupy, być miejscami spotkań i zmian, a także stanowić przestrzeń, w której osoby doświadczające sytuacji kryzysowej mogą znaleźć rozwiązania i, w razie potrzeby, pozostać przez pewien czas, w tym także na noc.

⁽⁶⁾ Zestaw narzędzi WHO QualityRights.

⁽⁷⁾ <https://arts.units.it/handle/11368/3029760>.

3.11. Biorąc pod uwagę kryzys, istnieje ryzyko, że leczenie w ośrodkach zamkniętych przeważy nad innymi rozwiązaniami, co pociągnie ze sobą olbrzymie koszty. Ponadto istniejące placówki z liczbą użytkowników powyżej 40 są zbyt duże i znajdują się za daleko od miast i dzielnic oraz toczącego się w nich życia codziennego, są anonimowe, pozbawione dekoracji i nadal zarządzane jak szpitale psychiatryczne, za zamkniętymi drzwiami i w oparciu o autorytarne zasady. Ich działalność jest często oddzielona od usług lokalnych, a zatrudnione w nich zespoły są czasami zupełnie odrębne oraz reprezentują nieodpowiednie i zorientowane jedynie na własne cele profile zawodowe. Takie placówki są w większości miejscami, z których praktycznie nie da się przejść do bardziej niezależnych form życia lub współżycia – form pozwalających ludziom znaleźć w razie potrzeby pomoc na tak długo, jak jest to konieczne, i zintegrować się ze społecznością. Szereg pozytywnych doświadczeń pokazuje, że jest to możliwe do osiągnięcia i to przy wcale niedużych kosztach.

3.12. Niepokojące jest nadmierne skoncentrowanie się w ostatnim czasie na leczeniu w ośrodkach zamkniętych. Wydaje się wręcz, że psychiatrzy, administratorzy i politycy postawili na organizowanie miejsc zamkniętych, w których mogą sprawować nie opiekę, a kontrolę, i które dają im możliwość bezterminowego zamykania ludzi. Światowa społeczność lekarzy psychiatrii zajęła jasne stanowisko w tej dziedzinie w specjalnym dokumencie ⁽⁸⁾.

3.13. Według badań Europejskiej Sieci Społecznej (European Social Network) ⁽⁹⁾ 65 % należących do niej społeczności lokalnych twierdzi, że zasoby na deinstytucjonalizację i zapewnienie opieki środowiskowej są niewystarczające. Argumentuje się, że proces jest długi i kosztowny, oraz wskazuje na różnice w inwestowaniu zasobów przez poszczególne społeczności lokalne. Należy również podkreślić częste różnice między miastami a obszarami wiejskimi.

3.14. W zależności od wyboru danej osoby uważa się, że możliwości wspólnego zamieszkiwania, które są już przetestowanym i możliwym rozwiązaniem, w tym usługi ogólne takie jak mieszkalnictwo subwencjonowane dla niewielkiej liczby użytkowników (1–5) oraz domy grupowe (dla 3–5 osób), powinny być coraz częściej organizowane w lokalach mieszkalnych mieszczących się w miastach lub dzielnicach miast. W takich miejscach umożliwia się normalne życie: ludzie mogą swobodnie wychodzić, włączać się we wspólne działania, w zwykłym codziennym życiu mogą kształtować swoją historię, budować zaufanie, rozwijać zdolność wyboru, mieć na własność przedmioty, odzyskać czas i przestrzeń oraz zdobywać nowe szanse. Mogą prowadzić zwyczajne życie jak każdy inny obywatel. Przyczyni się to również do promowania wzajemnego wsparcia, nie tylko jako sposobu na umożliwienie wspólnego zamieszkiwania, ale również w celu ułatwienia wymiany doświadczeń, zachęcania do wydatnego i jakościowego udziału w społeczności i społeczeństwie jako całości oraz ułatwienia obywatelom zaangażowania się w miarę możliwości z wykorzystaniem własnych środków finansowych.

3.15. Te doświadczenia w zakresie upodmiotowienia obejmują możliwość „rodzin zastępczych”, które roztaczają opiekę nad osobami cierpiącymi na choroby psychiczne. Rozwiązanie to znajduje się na liście niematerialnego dziedzictwa kulturowego UNESCO.

3.16. Należy uwzględnić szczególne potrzeby dzieci i nastolatków w polityce w zakresie zdrowia psychicznego, w tym wyjątkowe wyzwania i presję, z którymi się borykają (można zaproponować specjalistyczne usługi i systemy wsparcia w instytucjach edukacyjnych).

3.17. Należy promować podejście dostosowane do potrzeb różnych grup kulturowych i słabszych grup społecznych, takich jak osoby starsze, uchodźcy, społeczność LGBTQ+ i osoby z niepełnosprawnościami, w odpowiedzi na szczególne potrzeby różnych grup społecznych.

3.18. Należy zachęcać do prowadzenia badań nad skutecznymi interwencjami w zakresie zdrowia psychicznego oraz do opracowywania nowych technik terapeutycznych, aby zagwarantować, że usługi będą oparte na aktualnych dowodach naukowych. Szkolenie specjalistek i specjalistów w zakresie transformacji musi być więc prowadzone na każdym poziomie i być spójne z określonymi celami.

3.19. Ponadto EKES jest zaniepokojony niedoborem specjalistów w dziedzinie zdrowia psychicznego. Sposobem wypełnienia tej luki mogłoby być stworzenie systemu krok po kroku, który umożliwiłby zaangażowanie różnych pracowników w różnym czasie, stosownie do stanu pacjenta, oraz skuteczniejsze i wydajniejsze korzystanie z istniejącego personelu. Pracownicy muszą również otrzymywać nieustanne wsparcie psychofizyczne, by uniknąć ryzyka wypalenia zawodowego.

⁽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. Trzeba się bardziej zastanowić nad rolą technologii w poprawie usług w zakresie zdrowia psychicznego, zwłaszcza w regionach oddalonych lub o niedostatecznym dostępie do usług (usługi cyfrowe nie powinny zastępować usług osobistych, lecz w określonych okolicznościach mogą ułatwiać dostęp do nich).

3.21. Należy przyjąć kompleksowe podejście do zdrowia psychicznego w ramach normalnego doświadczenia życiowego danej osoby, zapewniając profilaktykę, ochronę, promocję i najwyższe możliwe do osiągnięcia standardy zdrowia psychicznego, a także gwarantując, że ludzie prowadzą w pełnym zakresie takie życie, jakiego pragną. Przede wszystkim w całym społeczeństwie potrzebna jest wiedza na temat zdrowia psychicznego. W tym kontekście konieczne jest przyjęcie strategii ukierunkowanych na wsparcie samoreprezentacji.

3.22. Zasadnicze znaczenie ma przygotowanie wspólnie opracowanych wytycznych określających jasne standardy oparte na prawach człowieka oraz wskaźniki dotyczące każdego poruszonego w opinii tematu. Należy przewidzieć systematyczny proces przeglądu w celu ciągłej oceny i dostosowywania usług w zakresie zdrowia psychicznego w oparciu o wyniki i zmieniające się potrzeby społeczne.

3.23. Statystyki i dane zdezagregowane, w tym zainwestowane zasoby, mają zasadnicze znaczenie dla podkreślenia jednorodności wydatków na różnych terytoriach oraz spójnego dążenia do deinstytucjonalizacji rozwijania opieki środowiskowej. Konieczne jest zatem wprowadzenie użytecznych ram dla państw członkowskich i społeczności lokalnych, tak aby można było ocenić opłacalność i ewentualnie potrzebę dodatkowych zasobów.

Bruksela, dnia 18 września 2024 r.

Oliver RÖPKE
Przewodniczący
Europejskiego Komitetu Ekonomiczno-Społecznego
