Europos Sąjungos
oficialusis leidinys

LT
C serija

C/2024/6868

2024 11 28

Europos ekonomikos ir socialinių reikalų komiteto nuomonė

Psichikos sveikatos bendruomenės paslaugos

(nuomonė savo iniciatyva)

(C/2024/6868)

Pranešėjas: **Pietro Vittorio BARBIERI**

Patarėja	Gisella TRINCAS (pranešėjo)
Plenarinės asamblėjos sprendimas	2024 1 18
Teisinis pagrindas	Darbo tvarkos taisyklių 52 straipsnio 2 dalis
Atsakingas skyrius	Užimtumo, socialinių reikalų ir pilietybės
Priimta skyriuje	2024 9 4
Balsavimo rezultatai (už / prieš / susilaikė)	76/1/0
Priimta plenarinėje sesijoje	2024 9 18
Plenarinė sesija Nr.	590
Balsavimo rezultatai (už / prieš / susilaikė)	204/1/3

1. Išvados ir rekomendacijos

1.1. EESRK pritaria Europos Komisijos visapusiško požiūrio į psichikos sveikatą tikslams ir uždaviniams, visų pirma veiksmų skyriui: psichikos sveikatos aspekto integravimui į visas politikos sritis; psichikos sveikatos problemų prevencijos ir ankstyvosios diagnostikos paslaugų skatinimui; vaikų, jaunimo ir vyresnio amžiaus asmenų psichikos sveikatos gerinimui; pagalbai tiems, kuriems to labiausiai reikia; psichosocialinės rizikos darbe šalinimui ir prevencijai; psichikos sveikatos sistemų stiprinimui ir galimybių gauti gydymą ir priežiūrą gerinimui, stigmatizavimo ir išankstinių nuostatų panaikinimui bei psichikos sveikatos gerinimui visame pasaulyje.

1.2. EESRK mano, kad raštingumas psichikos sveikatos srityje reikalingas visai visuomenei. Iš tiesų, taikant prevencijos strategijas turi būti įmanoma išnaudoti visą jų potencialą didinti gyventojų informuotumą, kad atvirose bendruomenėse būtų kovojama su stigmatizavimu ir būtų sudaryta daugiau galimybių ankstyvame etape atpažinti, diagnozuoti psichikos sveikatos sutrikimus ir anksti imtis intervencinių priemonių.

1.3. EESRK mano, kad labai svarbus sektorių bendradarbiavimas siekiant užtikrinti, kad švietimo, užimtumo, socialinės rūpybos ir psichikos sveikatos priežiūros sektoriai veiktų kartu ir padėtų žmonėms gyventi visapusiškiausią gyvenimą. Politika turėtų būti siekiama integruotos psichikos sveikatos sistemos, nes asmens gyvenimas nepriklauso kuriam nors konkrečiam sektoriui. Tikslas – pasiekti visą asmens potencialą, kad jis, kaip ir visi kiti, galėtų būti laimingas.

1.4. EESRK pritaria tam, kad psichikos sveikatos sutrikimų turintiems asmenims būtų suteikta daugiau galių ir padedama atstovauti savo interesams, nes tai labai svarbu siekiant užtikrinti visapusišką žmonių dalyvavimą jiems rūpimuose reikaluose, taip pat svarbu rengti jiems skirtas strategijas bei programas. Tai apima priežiūros planavimą, projektavimą, teikimą ir vertinimą. Tam neišvengiamai reikalinga techninės ir finansinės paramos savivaldos formoms programa, paprastai pasitelkiant ne pelno organizacijas.

1.5. EESRK ragina valstybes nares, vietos bendruomenes, specialistus, pilietinės visuomenės organizacijas (įskaitant socialinius partnerius) ir visus valstybinius ir nevalstybinius subjektus sukurti bendruomeninių paslaugų ekosistemą, kad psichikos sveikatos sutrikimų turintys žmonės būtų remiami visoje Europoje. Visų pirma EESRK atkreipia dėmesį į esminius aplinkos elementus, kurie turėtų būti kuriami remiantis Pasaulio sveikatos organizacijos (PSO) jau pateiktomis rekomendacijomis: trumpinti hospitalizaciją psichiatrijos ligoninėse (jau vykdoma Italijoje), atsisakyti priverstinės praktikos, keisti galių disbalansą priežiūros paslaugų sistemoje, siekti atskyrimu grindžiamas paslaugas pakeisti individualiems poreikiams pritaikyta praktika, sukurti tarnybas ir parengti specialistus, kurie galėtų vykdyti būtinas permainas, grindžiamas žmogaus teisėmis, visų pirma pagarba asmens orumui, keisti tūkstančių asmenų (bei jų šeimų), gyvenančių tokiomis sąlygomis, likimą ir kovoti su stigmatizavimu, be kita ko, siekiant sukurti teigiamą mechanizmą, orientuotą į socialinę įtrauktį ir dalyvavimą bendruomenės gyvenime.

1.6. EESRK mano, jog labai svarbu, kad ši ekosistema būtų grindžiama tam tikromis tiksliomis gairėmis: „asmeninis biudžetas“ turėtų tapti valstybių ir bendruomenių išlaidų varikliu; diagnostikos ir gydymo paslaugos turėtų būtų kuo arčiau asmens gyvenamosios vietos ir tuo pat metu teikiamos vietose, kuriose malonu lankytis; asmens teisė pasirinkti gyventi neatskyrimo sąlygomis, niekada neviršijant 3–5 lovų; užimtumo, švietimo ir mokymosi visą gyvenimą paslaugos, kurias teikiant priimamos tinkamos ir individualiems poreikiams pritaikytos strategijos ir priemonės; tinkamai apmokytais specialistais, įskaitant pažangiausių mokslinių tyrimų indėlį, ir tarpusavio konsultavimo paslaugos, nes žmonės daugiau išmoksta iš panašią patirtį turinčių asmenų. EESRK mano, kad labai svarbu nustatyti aiškias gaires, kad būtų galima apibrėžti pamatinius etalonus.

1.7. EESRK yra įsitikinęs, kad būtina gauti suskirstytus duomenis ir ekonominę statistiką, kad valstybės narės ir bendruomenės galėtų vykdyti nacionalinį ir bendruomenės lygmens planavimą.

1.8. Daugiausia iššūkių kelia išteklių skyrius. Būtina atsižvelgti į ekonominį efektyvumą. Šiuo metu yra sukaupta specializuotos ir konsoliduotos tarptautinės literatūros, kurioje teigiama, kad nesiimant jokių veiksmų arba teikiant atskyrimu grindžiamas paslaugas patiriamos daug didesnės išlaidos nei teikiant įtraukumu grindžiamas paslaugas. Šis procesas yra ilgas ir sudėtingas, todėl EESRK mano, kad jo privaloma imtis, jei manome, kad ES pamatą sudaro Pagrindinių teisių chartija. Todėl būtina investuoti visais lygmenimis, kad būtų remiamas bendruomeninis požiūris ir paspartintas deinstitucionalizavimas.

1.9. EESRK ragina Europos ir tarptautines institucijas, valstybes nares, vietos bendruomenes ir organizuotą pilietinę visuomenę (įskaitant socialinius partnerius) imtis skubių veiksmų pertvarkai organizuoti. EESRK ketina remti visas iniciatyvas, kuriomis siekiama plataus sutarimo, galinčio panaikinti nuolatinį psichikos sveikatos problemų stigmatizavimą sprendimų priėmimo procese. Pagrindiniai veikėjai turi būti žmonės, kenčiantys dėl psichikos sveikatos sutrikimų, ir jiems atstovaujančios organizacijos. Būtina sukurti struktūrinį būdą, pavyzdžiui, surengti konsensuso konferenciją, kurioje dalyvautų institucijos.

2. **Bendrosios pastabos**

2.1. Naujausi „Eurobarometro“ apklausos duomenys ([1]) rodo didėjančią psichikos sveikatos klausimų įtaka Europos piliečiams ir augantį jų susirūpinimą šia problema: 46 proc. apklaustųjų nurodė, kad per pastaruosius 12 mėnesių susidūrė su emocine arba psichosocialine problema, 89 proc. sutiko, kad svarbu skatinti psichikos sveikatą, o 25 proc. nurodė, kad vienas iš jų šeimos narių patyrė problemų, susijusių su galimybe pasinaudoti psichikos sveikatos paslaugomis.

2.2. Europos Komisijos dokumente „Visapusiškas požiūris į psichikos sveikatą“ ([2]) teigiama, kad:

— psichikos sveikata yra neatsiejama sveikatos dalis;

— jai įtaką daro įvairūs veiksniai (asmeniniai, aplinkos, socialiniai, ekonominiai ir kritiniai įvykiai, pavyzdžiui, COVID-19 pandemija, karas Ukrainoje, infliacija ir energetikos krizė);

([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_lt.

— prieš COVID-19 pandemiją ES psichikos sveikatos problemų patyrė vienas iš šešių asmenų ir jų sprendimas kainavo daugiau kaip 4 proc. BVP;

— psichikos sveikatos išlaidas lemia tiek minėtos krizės, tiek vyriausybių politiniai ir organizaciniai sprendimai;

— psichikos sveikatos problemos paliečia pažeidžiamiausių gyventojų grupes, visų pirma jaunus žmones: savižudybė yra antra pagal dažnumą jaunuolių mirties priežastis ([3]).

2.3. Teisė į priežiūrą, įskaitant profilaktinę priežiūrą, įtvirtinta Europos Sąjungos pagrindinių teisių chartijoje ir Europos socialinių teisių ramstyje, kuriame teigiama, kad šią teisę būtina užtikrinti kokybiškomis paslaugomis, kurias teikiant būtų gerbiamos žmogaus teisės ir dalyvautų tiesiogiai susiję asmenys.

2.4. Europos Komisijos komunikatas grindžiamas trimis principais: tinkamos ir veiksmingos prevencijos prieinamumas, aukštos kokybės ir įperkamų psichikos sveikatos priežiūros ir gydymo paslaugų prieinamumas ir galimybė pasveikus reintegruotis į visuomenę.

2.5. Nuomonėje „Psichikos sveikatos gerinimo priemonės“ ([4]) EESRK:

— ragina reformuoti ES sveikatos sistemas siekiant užtikrinti psichikos ligų prevenciją, ankstyvą aptikimą ir atrankinę patikrą, taip pat į asmenį orientuoto požiūrio taikymą jų bendruomenėje;

— rekomenduoja kartu su ES visapusišku požiūriu į psichikos sveikatą nustatyti tvarkaraštį ir skirti pakankamą finansavimą, apibrėžti atsakomybę ir nustatyti rodiklius, kuriais remiantis būtų stebima pažanga, be kita ko, pasitelkiant Europos semestro procesą. Nacionaliniuose ekonomikos gaivinimo ir atsparumo didinimo planuose ([5]) turėtų būti numatyta daugiau tiesiogiai investuoti į sveikatos ir socialinį sektorių;

— remia žmogaus teisėmis grindžiamų, į asmenį ir pasveikimą orientuotų, bendruomeninių psichikos sveikatos sistemų, kuriose pirmenybė teikiama asmens įgalėjimui ir aktyviam dalyvavimui savo sveikimo procese, kūrimą, siekiant galutinio tikslo – pagerinti psichikos sveikatos sutrikimų turinčių asmenų gyvenimo kokybę, laikantis JT neįgaliųjų teisių konvencijos (NTK) principų, daugiausia dėmesio skiriant konkrečių ir pažeidžiamų grupių poreikiams, ir

— ragina socialinius partnerius remti ir skatinti iniciatyvas, kuriomis siekiama gerinti darbo sąlygas, kad būtų galima įvertinti ir pašalinti psichosocialinę riziką darbo vietoje.

3. **Konkrečios pastabos**

3.1. Šia antrąja nuomone šia tema EESRK siekia paskatinti diskusijas ir pasiūlymus, kad būtų sumažintas atotrūkis tarp to, kas sakoma, ir to, kas iš tikrųjų daroma teikiant psichikos sveikatos priežiūros ir socialines paslaugas.

3.2. Visapusiško požiūrio pavyzdinė iniciatyva Nr. 1 yra „Europos psichikos sveikatos srities pajėgumų stiprinimo iniciatyva“. Šiuo metu kartu su PSO įgyvendindama 11 mln. EUR vertės projektą, Europos Komisija padės valstybėms narėms didinti gebėjimus stiprinti ir reformuoti savo psichikos sveikatos sistemas.

3.3. Pagal pavyzdinę iniciatyvą Nr. 9 „Pirmiausia – jaunimas“ Komisija, bendradarbiaudama su UNICEF, šiuo metu dirba su Kipru, Slovėnija, Italija ir Ispanija (konkrečiai Andalūzija), kad sustiprintų jų administracinius gebėjimus ir skatintų nacionalinių viešojo administravimo institucijų tarpusavio bendradarbiavimą. Šios iniciatyvos tikslas – pagerinti bendrą psichikos sveikatos paslaugų kokybę; jis remiamas pagal techninės paramos priemonę.

([3]) *The consequences of the COVID-19 pandemic on mental health and implications for clinical practice* (COVID-19 pandemijos padariniai psichikos sveikatai ir poveikis klinikinei praktikai).

([4]) Europos ekonomikos ir socialinių reikalų komiteto nuomonė „Psichikos sveikatos gerinimo priemonės“ (OL C 349, 2023 9 29, p. 100).

([5]) Nacionaliniai ekonomikos gaivinimo ir atsparumo didinimo planai: https://commission.europa.eu/business-economy-euro/economic-recovery/recovery-and-resilience-facility_lt.

3.4. Pagal pavyzdinę iniciatyvą Nr. 16 Europos Komisija siekia teikti techninę paramą valstybėms narėms, kad jos galėtų įgyvendinti psichikos sveikatos reformas keliuose sektoriuose, kad būtų pagerintas tarpsektorinių psichikos sveikatos paslaugų prieinamumas visoje ES. Pagal 2024 m. kvietimą teikti paraiškas pagal techninės paramos priemonę atrinkti penki valstybių narių projektai, skirti psichikos sveikatos reformoms įgyvendinti. EESRK siūlo požiūrį į paslaugas ir tam tikrus sprendimus grįsti Neįgaliųjų teisių konvencija, siekiant apibrėžti gerąją patirtį, kurią reikia kaupti ir pritaikyti remiantis žmogaus teisėmis grindžiamu požiūriu į psichikos sveikatą.

3.5. Pasaulio sveikatos organizacija (PSO) pabrėžia, kad reikia reformuoti šių principų neatitinkančius teisės aktus. Ji ragina peržiūrėti politiką ir esamų psichikos sveikatos ir socialinių paslaugų organizavimą, siekiant užtikrinti aukštos kokybės paslaugas ir patenkinti įvairius psichikos sveikatos sutrikimų turinčių asmenų poreikius.

3.6. Bendruomeninių paslaugų prieinamumas ir kokybė yra labai svarbūs ir juos reikia skubiai užtikrinti. Atrodo, kad tam pernelyg dažnai būdingas dviprasmiškas atotrūkis tarp teorinių teiginių ir realios praktikos, tarp principų ir organizacinių modelių, taip pat tarp turimų išteklių ir to, kas iš tikrųjų įmanoma gydymo ir atsigavimo požiūriu, pavyzdžiui, apčiuopiamų asmens gyvenimo sąlygų ir gerovės bei kasdienio gyvenimo pokyčių. Bendruomeninės paslaugos turėtų būti planuojamos remiantis statistiniais duomenimis, kurie turi būti prieinami.

3.7. Todėl turėtų būti siekiama įgalėti sveikatos priežiūros paslaugų naudotojus, padedant jiems atlikti aktyvų vaidmenį bendrai planuojant paslaugas ir dalyvauti jų pačių gydymo procese, didinant informuotumą ir atsakomybę, kartu nuolat stebint kokybės standartus ir pagarbą žmogaus teisėms teikiant paslaugas (PSO kokybės teisių priemonių rinkinys ([6]), EQUAS ir kt.).

3.8. Taikant į asmenį orientuoto požiūrio koncepciją, grindžiamą tikrais asmens poreikiais, specialistai ir tarnybos turi remti žmones ir padėti jiems, kiek įmanoma ir atsižvelgiant į jų asmenines aplinkybes, vėl pradėti kontroliuoti savo gyvenimą, tačiau jų neiškraustyti iš gimtojo miesto toliau nuo jų artimųjų ir iš naujo susieti juos su realiu santykių, galimybių ir pasirinkimų pasauliu, kad būtų lengviau sėkmingai atsigauti. Materialūs daiktai, kaip antai namas, pajamos, naudingi daiktai ir pats kūnas, vien dėl gydymo nėra atgaunami savaime. Priešingai, būtent šie elementai suteikia gydymui prasmę, kryptį ir grožį. Tai vadinama „asmeniniu biudžetu“ ([7]). Jis turėtų tapti viešųjų išlaidų psichikos sveikatai varikliu.

3.9. Bendruomeninių psichikos sveikatos priežiūros paslaugų kiekis turėtų būti pakankamas, jos turėtų būti prieinamos ir įperkamos. Reikėtų vengti pavojaus, kad jos bus organizuojamos kaip vien tik specializuotos klinikos, vykdančios tik ambulatorinę veiklą, turinčios ilgus laukiančiųjų sąrašus, veikiančios tik po kelias valandas darbo dienomis ir atskirtos nuo likusios vietos bendruomenės. Jos turėtų būti kultūriškai orientuotos į žmogaus teises. Be to, jos neturi būti kuriamos ir organizuojamos siekiant pelno, teikiamos steriliose erdvėse su pasenusiais baldais, dažnai tuščiose, šaltose ir nuasmenintose. Jomis neturėtų būti sukuriama priežiūros iliuzija, skiriant paviršutinišką dėmesį tam, kas yra „beveik normalu“, ar atsiribojant nuo „sunkiai gydomų pacientų, turinčių sunkių sveikatos sutrikimų“, kuriems sudėtinga gauti gydymą ir kurie greitai išsiunčiami į patvirtintas privačiąsias įstaigas.

3.10. Priešingai, tai turėtų būti kasdien prieinamos ir pasiekiamos, malonios ir gražios erdvės – vietos ryšiams užmegzti ir tarpininkauti – kuriose žmonių gydymas ir kelias link socialinės įtraukties vietos bendruomenėje būtų skatinamas ir nukreipiamas pasitelkiant unikalius, individualius ir kompleksiškus būdus atkurti prasmę, ryšius ir derybinę galią, taigi ir gerovę. Jos turėtų būti projektuojamos taip, kad užtikrintų pagarbią ir orią priežiūrą, kad centrai, kuriuose jos teikiamos, taptų „namais“, būtų atviri 24 valandas per parą, septynias dienas per savaitę, iš ten būtų išvykstama dirbti į tam tikrą vietovę, kurioje būtų tam tikras gyventojų skaičius (ne daugiau kaip 80 000 žmonių); šie centrai turi tapti miesto dalimi, būti atviri oficialių ir neoficialių grupių atstovams, tapti susitikimų ir pokyčių vieta, kuriuose žmonės, patekę į krizinę situaciją, galėtų rasti sprendimus ir, jei reikia, pasilikti tam tikram laikui ar gauti vietą nakvynei.

([6]) PSO kokybės teisių priemonių rinkinys.
([7]) https://arts.units.it/handle/11368/3029760.

3.11. Padėtis yra kritinė, todėl stacionarinių įstaigų skaičius gali padidėti ir joms išlaikyti prireiks didžiulių finansinių išteklių. Be to, atrodo, kad esamos įstaigos yra per didelės, jose gyvena daugiau kaip 40 asmenų ir jos labai atitrūkusios nuo kasdienio miestų ir jų rajonų gyvenimo, yra beveidės, be asmeninių daiktų ir vis dar administruojamos kaip uždaros prieglaudos ir taikant autoritarines taisykles. Jų veikla neretai atskirta nuo vietos tarnybų tose vietovėse, kuriose jos įsikūrę, kartais turi visiškai atskirtas netinkamų profilių darbuotojų komandas ir atrodo visiškai užsisklendusios nuo aplinkos. Dažniausiai tai yra įstaigos, iš kurių neįmanoma pereiti prie labiau savarankiško gyvenimo ar bendro gyvenimo formų, kur asmenys prireikus ir tiek laiko, kiek reikia, gali gauti paramą ir integruotis į bendruomenę, nors yra daugybė teigiamos patirties pavyzdžių, patvirtinančių, kad tai įmanoma pasiekti labai mažomis sąnaudomis.

3.12. Nerimą kelia tai, kad pastaruoju metu per daug dėmesio skiriama stacionarinėms įstaigoms. Beveik atrodo, kad psichiatrams, administratoriams ir politikams nuolat būtų reikalingos vietos ir uždaros erdvės, kuriose būtų galima ne tiek rūpintis, bet kontroliuoti žmones ir neribotam laikui juos izoliuoti. Pasaulinė psichiatrų bendruomenė užėmė aiškią poziciją šiuo klausimu, pateikdama specialų dokumentą ([8]).

3.13. Remiantis Europos socialinio tinklo atliktais tyrimais ([9]), 65 proc. susijusių vietos bendruomenių teigia, kad išteklių deinstitucionalizavimui ir bendruomeninių paslaugų kūrimui nepakanka. Pabrėžiama, kad procesas ilgas ir brangus, o skirtingos vietos bendruomenės nusprendžia investuoti išteklius skirtingai. Taip pat reikėtų pažymėti, kad neretai esama skirtumų tarp miestų ir kaimo vietovių.

3.14. Atsižvelgiant į asmens pasirinkimą, bendro gyvenimo modeliai, įskaitant bendrąsias paslaugas, pavyzdžiui, socialinį būstą, kuriame gyvena nedidelis skaičius asmenų (1–5) ir šeimų (3–5 žmonės) namai, t. y. išbandyti ir jau egzistuojantys modeliai, turėtų būti vis dažniau taikomi gyvenamuosiuose pastatuose miestuose ar miestų apylinkėse, kur galima gyventi kasdienį gyvenimą, žmonės gali laisvai išeiti ir dalyvauti bendruomenės gyvenime, kur gyvendami įprastą kasdienį gyvenimą žmonės gali susikurti istoriją, įgyti pasitikėjimą, gebėti pasirinkti ir turėti daiktus, kartu atgauti laiko ir erdvės sąvoką bei pasinaudoti didesnėmis galimybėmis. Gyventi normalų gyvenimą, kaip ir bet kuris kitas pilietis. Tai taip pat padės skatinti tarpusavio paramą ne tik siekiant sudaryti sąlygas bendram gyvenimui, bet ir padėti dalytis patirtimi, skatinant ir puoselėjant prasmingą ir kokybišką dalyvavimą bendruomenėje ir visoje visuomenėje ir sudarant sąlygas žmonėms dalyvauti, kiek įmanoma, naudojantis savo finansiniais ištekliais.

3.15. Ši įgalėjimo patirtis apima galimybę pasitelkti globėjų šeimas, priimančias psichikos ligomis sergančius asmenis; tokios šeimos yra įtrauktos į UNESCO nematerialiojo kultūros paveldo sąrašą.

3.16. Reikėtų atsižvelgti į konkrečius vaikų ir paauglių poreikius psichikos sveikatos politikos srityje, įskaitant išskirtinius iššūkius ir spaudimą, kuriuos jie patiria (gali būti siūlomos specializuotos paslaugos ir paramos sistemos švietimo įstaigose).

3.17. Turėtų būti skatinami įvairioms kultūrinėms ir pažeidžiamoms grupėms, pavyzdžiui, vyresnio amžiaus asmenims, pabėgėliams, LGBTQ+ bendruomenei ir asmenims su negalia pritaikyti metodai, atsižvelgiant į konkrečius įvairių visuomenės grupių poreikius.

3.18. Siekiant užtikrinti, kad paslaugos būtų pagrįstos naujausiais moksliniais duomenimis, turėtų būti skatinami nuolatiniai veiksmingų psichikos sveikatos intervencinių priemonių moksliniai tyrimai ir kuriami nauji gydymo metodai. Dar svarbiau yra tai, kad specialistų mokymas pereinamuoju laikotarpiu būtų organizuojamas visais lygmenimis ir atitiktų nustatytus tikslus.

3.19. EESRK, be kita ko, reiškia susirūpinimą dėl psichikos sveikatos specialistų trūkumo. Šį trūkumą būtų galima sumažinti pakopine sistema, kurioje skirtingu metu, priklausomai nuo paciento būklės, dalyvautų įvairūs specialistai ir būtų veiksmingiau ir efektyviau pasinaudojama esamais darbuotojais. Patiems specialistams turi būti nuolat teikiama psichologinė ir fizinė pagalba, kad būtų išvengta perdegimo rizikos.

([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. Svarbesnis vaidmuo tobulinant psichikos sveikatos priežiūros paslaugas turėtų būti teikiamas technologijoms, ypač atokiose ar nepakankamai aptarnaujamose vietovėse (skaitmeninės paslaugos neturėtų pakeisti gyvai teikiamų paslaugų, tačiau turėtų padidinti jų prieinamumą tam tikromis aplinkybėmis).

3.21. Reikia laikytis visapusiško požiūrio į psichikos sveikatą, nes tai yra įprastos asmens gyvenimo patirties dalis, užtikrinant profilaktiką, apsaugą, ugdymą ir kuo aukščiausius psichikos sveikatos standartus, taip pat galimybes gyventi taip, kaip žmonės nori, išnaudojant visą savo potencialą. Svarbiausia, raštingumas psichikos sveikatos srityje reikalingas visai visuomenei. Atsižvelgiant į tai, būtina priimti strategijas, kuriomis būtų remiamas atstovavimas savo interesams.

3.22. Labai svarbu bendrai parengti gaires, kuriose būtų nustatyti aiškūs standartai, grindžiami žmogaus teisėmis, ir rodikliai, susiję su kiekvienu pirmiau minėtu klausimu. Turėtų būti numatytas sistemingas peržiūros procesas siekiant nuolat vertinti ir pritaikyti psichikos sveikatos paslaugas atsižvelgiant į rezultatus ir kintančius visuomenės poreikius.

3.23. Statistika ir suskirstyti duomenys, įskaitant investuotus išteklius, yra labai svarbūs siekiant pabrėžti išlaidų vienodumą įvairiose teritorijose ir suderinamumą su deinstitucionalizavimo ir bendruomeninių paslaugų kūrimo tikslu. Todėl būtina sukurti valstybėms narėms ir vietos bendruomenėms naudingą sistemą, kad būtų galima įvertinti ekonominį efektyvumą ir galbūt papildomų išteklių poreikį.

2024 m. rugsėjo 18 d., Briuselis.

Europos ekonomikos ir socialinių reikalų komiteto
pirmininkas
Oliver RÖPKE