Publicatieblad
van de Europese Unie

NL
C-serie

C/2024/6868

28.11.2024

Advies van het Europees Economisch en Sociaal Comité

Gemeenschapsdiensten op het gebied van geestelijke gezondheid

(initiatiefadvies)

(C/2024/6868)

Rapporteur: **Pietro Vittorio BARBIERI**

Adviseur	Gisella TRINCAS (voor de rapporteur)
Besluit van de voltallige vergadering	18.1.2024
Procedurele grondslag	Artikel 52, lid 2, van het reglement van orde
Bevoegde afdeling	Werkgelegenheid, Sociale Zaken en Burgerschap
Goedkeuring door de afdeling	4.9.2024
Stemuitslag (voor/tegen/onthoudingen)	76/1/0
Goedkeuring door de voltallige vergadering	18.9.2024
Zitting nr.	590
Stemuitslag (voor/tegen/onthoudingen)	204/1/3

1. Conclusies en aanbevelingen

1.1. Het EESC onderschrijft de doelstellingen van de alomvattende aanpak van geestelijke gezondheid die de Europese Commissie heeft uitgewerkt, in het bijzonder het hoofdstuk over acties: geestelijke gezondheid in alle beleidsterreinen integreren; diensten voor preventie en vroegtijdige diagnose bij geestelijke gezondheidsproblemen bevorderen; de geestelijke gezondheid van kinderen, jongeren en ouderen verbeteren; de meest behoeftigen helpen; psychosociale risico's op het werk aanpakken en voorkomen; stelsels voor geestelijke gezondheidszorg versterken en de toegang tot behandeling en zorg verbeteren; stigma's en vooroordelen doorbreken; en geestelijke gezondheid wereldwijd bevorderen.

1.2. Het EESC is van mening dat iedereen in de samenleving meer moet afweten van geestelijke gezondheid; het volledige potentieel van preventiestrategieën moet worden ingezet om het bewustzijn bij de bevolking te vergroten, zodat stigmatisering wordt bestreden in open gemeenschappen en zodat het eenvoudiger wordt om geestelijke gezondheidsproblemen in een vroeg stadium te herkennen en een diagnose te stellen met het oog op een vroegtijdige interventie.

1.3. Het EESC acht intersectorale samenwerking van cruciaal belang om ervoor te zorgen dat de sectoren onderwijs, werkgelegenheid, sociale zorg en geestelijke gezondheidszorg samenwerken om mensen te helpen alles uit het leven te halen. Het beleid moet een geïntegreerd stelsel voor geestelijke gezondheidszorg als doel vooropstellen. Iemands leven behoort niet toe aan de deskundigheid van een specifieke sector. Het doel is om het volledige potentieel van de persoon te benutten teneinde hem of haar te ondersteunen om net als iedereen gelukkig te worden.

1.4. Het EESC ondersteunt *empowerment* en zelfvertegenwoordiging als essentiële factoren om ervoor te zorgen dat mensen ten volle kunnen deelnemen aan wat hen aanbelangt, en om gezamenlijk strategieën en programma's te ontwikkelen ter ondersteuning van mensen met geestelijke gezondheidsproblemen. Dit omvat het plannen, ontwerpen, aanbieden en evalueren van zorg. Dit betekent onvermijdelijk ook dat een programma inzake technische en financiële ondersteuning wordt ontwikkeld voor vormen van zelfzorg die doorgaans door non-profitorganisaties wordt geboden.

1.5. Het EESC moedigt de lidstaten, lokale gemeenschappen, beroepsbeoefenaren, maatschappelijke organisaties (waaronder de sociale partners) en alle overheids- en niet-overheidsactoren aan om een ecosysteem van gemeenschapsgebaseerde zorg uit te bouwen ter ondersteuning van mensen in heel Europa die geestelijk lijden ervaren. Deze omgeving moet worden opgebouwd op basis van aanwijzingen die al door de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) zijn gegeven: opnames in psychiatrische ziekenhuizen verminderen (zoals reeds gebeurd is in Italië), dwangpraktijken afschaffen, de ongelijke machtsverhouding binnen de voorzieningen verhelpen, stappen zetten op weg naar de transformatie van gesegregeerde diensten tot gepersonaliseerde praktijken, diensten en beroepsbeoefenaren beschikbaar stellen die in staat zijn om de noodzakelijke transformatie te interpreteren op basis van de mensenrechten, uitgaande van de waardigheid van ieder persoon, het lot veranderen van duizenden personen (en hun families) die met deze aandoeningen leven, en stigmatisering bestrijden, ook om een positief mechanisme op gang te brengen dat gericht is op sociale inclusie en deelname aan het gemeenschapsleven.

1.6. Volgens het EESC is het van cruciaal belang dat het ecosysteem gebaseerd is op een aantal precieze richtsnoeren: het persoonlijk budget als drijvende kracht voor de uitgaven van overheden en gemeenschappen; voorzieningen voor diagnose en behandeling die zich zo dicht mogelijk bij de woonplaats van de persoon bevinden en tegelijkertijd aangenaam zijn om te bezoeken; het recht van de persoon om te kiezen voor een verblijf in niet op segregatie gebaseerde omgevingen, die nooit meer dan drie tot vijf bedden tellen; voorzieningen voor werkgelegenheid, onderwijs en een leven lang leren die passende en gepersonaliseerde strategieën en instrumenten toepassen; beroepsbeoefenaren met een passende opleiding, met inbegrip van de meest geavanceerde onderzoeksbijdrage; en voorzieningen voor collegiale advisering, aangezien mensen meer leren van wie een soortgelijke ervaring heeft meegemaakt. Het EESC acht het van fundamenteel belang dat er duidelijke richtsnoeren worden opgesteld, zodat er referentiestandaarden kunnen worden vastgesteld.

1.7. Het EESC is ervan overtuigd dat het noodzakelijk is om uitgesplitste gegevens en economische statistieken te verzamelen, zodat lidstaten en gemeenschappen planningen op nationaal en gemeenschapsniveau kunnen uitvoeren.

1.8. Het hoofdstuk over middelen houdt de grootste uitdaging in. Er moet worden gekeken naar de kosteneffectiviteit. Er is nu geconsolideerde internationale literatuur voorhanden waarin wordt gesteld dat het veel duurder is om geen actie te ondernemen of te kiezen voor gesegregeerde voorzieningen dan om toe te werken naar inclusieve voorzieningen. Het gaat hier om een lang en ingewikkeld transitieproces, dat volgens het EESC absoluut noodzakelijk is als we het Handvest van de grondrechten als fundament van de EU beschouwen. Het is dan ook noodzakelijk dat op elk niveau wordt geïnvesteerd in de ondersteuning gemeenschapsgebaseerde in plaats van institutionele zorg.

1.9. Het EESC roept op tot actie: de Europese en internationale instellingen, de lidstaten, lokale gemeenschappen en het maatschappelijk middenveld (onder meer de sociale partners) moeten dringend stappen zetten om de transitie in gang te zetten. Het EESC is voornemens alle initiatieven te steunen die leiden tot een brede consensus waarmee de hardnekkige stigmatisering in het besluitvormingsproces kan worden overwonnen. De mensen die geestelijk lijden ervaren en de organisaties die hen vertegenwoordigen moeten hierin de hoofdrol spelen. Er moet een gestructureerd traject worden uitgestippeld in de zin van een consensusconferentie waarbij ook de instellingen worden betrokken.

2. **Algemene opmerkingen**

2.1. Uit een Eurobarometer-enquête ([1]) blijkt dat een toenemend aantal Europeanen getroffen worden door en bezorgd zijn over geestelijke gezondheidsproblemen. 46 % van de respondenten geeft aan in de afgelopen twaalf maanden een emotioneel of psychosociaal probleem te hebben gehad, 89 % acht het bevorderen van de geestelijke gezondheid belangrijk, 25 % geeft aan dat een gezinslid problemen heeft ondervonden bij het krijgen van toegang tot geestelijke gezondheidszorg.

2.2. In de alomvattende aanpak van de geestelijke gezondheid ([2]) van de Europese Commissie wordt gesteld dat:

— de geestelijke gezondheid een wezenlijk onderdeel is van de gezondheid in het algemeen;

— ze wordt beïnvloed door verschillende factoren (persoonlijke, milieu-, sociale en economische factoren maar ook kritieke gebeurtenissen zoals de COVID-19-pandemie, de oorlog in Oekraïne, inflatie en de energiecrisis);

([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_nl.

— vóór de COVID-19 pandemie één op zes mensen in de EU werd getroffen door geestelijke gezondheidsproblemen en dit de maatschappij meer dan 4 % van het bbp kostte;

— deze kosten zowel toe te schrijven zijn aan de bovengenoemde crises als aan de politieke en organisatorische keuzes van regeringen;

— deze problematiek met name betrekking heeft op de zwaksten in de samenleving, te beginnen met jongeren, bij wie zelfmoord de op één na meest voorkomende doodsoorzaak is ([3]).

2.3. Het recht op toegang tot gezondheidszorg, met inbegrip van preventieve gezondheidszorg, is verankerd in het Handvest van de grondrechten van de Europese Unie en ook in de Europese pijler van sociale rechten, waarin wordt gesteld dat dit recht moet worden gehandhaafd door middel van kwaliteitsvolle diensten waarbij de mensenrechten worden geëerbiedigd en waarbij de direct betrokkenen voldoende inspraak hebben.

2.4. De mededeling van de Europese Commissie is gebaseerd op drie beginselen: adequate, doeltreffende preventie; toegang tot hoogwaardige en betaalbare geestelijke gezondheidszorg en behandeling; herintegratie in de samenleving na herstel.

2.5. In zijn advies over maatregelen ten behoeve van de geestelijke gezondheid ([4]):

— dringt het EESC aan op een hervorming van de gezondheidsstelsels van de EU om te zorgen voor preventie, vroegtijdige opsporing en screening van psychische aandoeningen, en voor een persoonsgerichte aanpak binnen de gemeenschap;

— beveelt het EESC aan dat een tijdschema wordt opgenomen in de alomvattende aanpak van de geestelijke gezondheid van de EU, dat daar voldoende middelen aan worden gekoppeld, dat verantwoordelijkheden worden vastgesteld en dat er indicatoren worden vastgelegd voor het meten van de vooruitgang, ook in het kader van het Europees Semester. In de nationale herstel- en veerkrachtplannen ([5]) moeten meer directe investeringen in de gezondheidszorg en sociale sector worden opgenomen;

— steunt het EESC de ontwikkeling van op mensenrechten gebaseerde, persoonsgerichte, herstelgerichte en gemeenschapsgebaseerde stelsels voor geestelijke gezondheidszorg die prioriteit geven aan de empowerment van personen en hun actieve deelname aan hun eigen herstel, met als uiteindelijk doel de levenskwaliteit van mensen met psychische aandoeningen te verbeteren, in overeenstemming met de beginselen van het VN-Verdrag inzake de rechten van personen met een handicap (CRPD), en met bijzondere aandacht voor de behoeften van specifieke en kwetsbare groepen;

— moedigt het EESC de sociale partners aan initiatieven ter verbetering van de arbeidsomstandigheden te ondersteunen en te bevorderen teneinde psychosociale risico's op de werkplek te evalueren en weg te nemen.

3. **Specifieke opmerkingen**

3.1. Met dit tweede advies over dit onderwerp beoogt het EESC een debat op gang te brengen en voorstellen te doen om de reeds lang bestaande kloof tussen woorden en daden op het gebied van geestelijke gezondheidszorg en sociale dienstverlening te dichten.

3.2. Vlaggenschipinitiatief nr. 1 van de alomvattende aanpak is het "Europees initiatief voor capaciteitsopbouw op het gebied van geestelijke gezondheid". Via een project van 11 miljoen EUR dat momenteel samen met de WHO wordt uitgevoerd, zal de Europese Commissie de lidstaten ondersteunen bij de capaciteitsopbouw voor het versterken en hervormen van hun stelsels voor geestelijke gezondheidszorg.

3.3. In het kader van vlaggenschipinitiatief nr. 9 "Youth First" werkt de Commissie, in samenwerking met Unicef, momenteel samen met Cyprus, Slovenië, Italië en Spanje (met name Andalusië) om hun administratieve capaciteit te versterken en de onderlinge samenwerking tussen nationale overheidsdiensten te bevorderen. Het doel van dit initiatief is om de algehele kwaliteit van diensten voor geestelijke gezondheidszorg te verbeteren, en het wordt ondersteund via het instrument voor technische ondersteuning.

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

([4]) Advies van het Europees Economisch en Sociaal Comité over maatregelen ten behoeve van de geestelijke gezondheid (PB C 349 van 29.9.2023, blz. 100).

([5]) Nationale herstel- en veerkrachtplannen: https://commission.europa.eu/business-economy-euro/economic-recovery/recovery-and-resilience-facility_nl.

3.4. In vlaggenschipinitiatief nr. 16 verklaart de Europese Commissie dat zij van plan is de lidstaten technische ondersteuning te bieden om hen te helpen hervormingen op het gebied van geestelijke gezondheid door te voeren in verschillende sectoren, teneinde de beschikbaarheid van sectoroverschrijdende geestelijke gezondheidsdiensten in de hele EU te verbeteren. In het kader van de oproep voor 2024 met betrekking tot het instrument voor technische ondersteuning zijn vijf projecten van lidstaten geselecteerd voor steun om hervormingen op het gebied van geestelijke gezondheid door te voeren. Het EESC stelt een benadering van diensten en een aantal oplossingen op basis van het CRPD voor met als doel goede praktijken te verzamelen die navolging verdienen dankzij hun op mensenrechten gebaseerde benadering van geestelijke gezondheid.

3.5. De Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) wijst erop dat wetgeving die niet in overeenstemming is met deze beginselen, moet worden hervormd. Ze pleit voor een herziening van het beleid en de organisatie van de bestaande geestelijke gezondheidsdiensten en sociale diensten, om te zorgen voor hoogwaardige diensten en tegemoet te komen aan de verschillende behoeften van mensen met geestelijke gezondheidsproblemen.

3.6. De beschikbaarheid en kwaliteit van gemeenschapsgebaseerde zorg is van groot belang en moet dringend worden aangepakt. Al te vaak lijkt daarbij sprake te zijn van een ambigue kloof tussen theoretische uitspraken en de reële praktijk, tussen beginselen en organisatiemodellen, en tussen beschikbare middelen en wat daadwerkelijk mogelijk is op het gebied van behandeling en herstel, zoals tastbare veranderingen in de levensomstandigheden en het welzijn van het individu en zijn of haar dagelijks leven. Gemeenschapsgebaseerde zorg moet gepland worden op basis van statistische gegevens die beschikbaar moeten zijn.

3.7. Als antwoord hierop moet het doel zijn om de gebruikers van de diensten te empoweren, hen te helpen een actieve rol op te nemen bij het mede-ontwerpen van de diensten en bij hun eigen behandeling, het bewustzijn en de verantwoordelijkheid te vergroten, en tegelijkertijd ook de kwaliteitsnormen en de eerbiediging van de mensenrechten bij het verlenen van de diensten voortdurend te monitoren (WHO QualityRights tool kit ([6]), EQUAS enz.).

3.8. Met het concept van een persoonsgerichte aanpak gebaseerd op de werkelijke behoeften van het individu, moeten beroepsbeoefenaren en diensten mensen ondersteunen en hen helpen de controle over hun leven weer in handen te nemen, voor zover mogelijk en rekening houdend met hun persoonlijke omstandigheden, maar zonder hen weg te rukken uit hun woonplaats en van hun dierbaren, en hen opnieuw in contact brengen met de echte wereld van relaties, kansen en keuzes, om een zinvol herstel te bevorderen. Materiële objecten zoals een huis, een inkomen, gebruiksvoorwerpen en het lichaam zelf krijgen niet opnieuw vorm door de behandeling an sich. Integendeel, ze zorgen er juist voor dat de behandeling betekenis, richting en schoonheid krijgt. Dit wordt een “persoonlijk budget” genoemd ([7]). Het zou de drijvende kracht moeten worden achter de overheidsuitgaven voor geestelijke gezondheid.

3.9. Gemeenschapsgebaseerde geestelijke gezondheidszorgdiensten moeten in toereikende mate beschikbaar zijn, en moeten toegankelijk en betaalbaar zijn. Het risico moet worden voorkomen dat ze worden georganiseerd als louter gespecialiseerde klinieken met uitsluitend ambulante activiteiten, met lange wachtlijsten, die slechts op weekdagen enkele uren geopend zijn en die afgescheiden zijn van de rest van de lokale gemeenschap. Ze moeten cultureel afgestemd zijn op de mensenrechten. Bovendien mogen ze niet worden opgebouwd en vormgegeven rond winstbejag, of worden gekenmerkt door steriele ruimten en inrichting, soms vervallen, en al te vaak leeg, koud en onpersoonlijk. Ze mogen niet de indruk wekken dat zij een illusie van zorg in stand houden, dat ze gericht zijn op een oppervlakkige focus op het “bijna normale” of dat ze afstand nemen van “patiënten met ernstige aandoeningen die moeilijk te behandelen zijn” en die moeite hebben om toegang te krijgen tot behandelingen en snel worden weggestuurd naar particuliere erkende voorzieningen.

3.10. Ze moeten daarentegen elke dag geopend zijn en toegankelijke, gastvrije en mooie plaatsen zijn (plaatsen waar relaties kunnen worden opgebouwd en plaatsen van bemiddeling) die de behandelingstrajecten en de trajecten voor sociale inclusie in de lokale gemeenschap sturen en richting geven via unieke, individuele en complexe trajecten om betekenis te geven, banden te smeden en onderhandelingsmacht op te bouwen, en dus om welzijn te creëren. Ze moeten ontworpen zijn om respectvolle en waardige zorg te bieden, om een “thuis” te zijn, plaatsen die 24 uur per dag, 7 dagen per week geopend zijn, een uitgangspunt voor werk in een bepaald gebied, met een afgebakend verzorgingsgebied (dat niet meer dan 80 000 mensen telt), die openstaan voor de stad en haar formele en informele groepen, hen ontmoeten, hen veranderen en een plek bieden waar mensen in crisis antwoorden kunnen vinden en, indien nodig, enige tijd kunnen verblijven, ook ’s nachts.

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

3.11. Gezien de crisis bestaat het risico dat residentiële structuren zich uitbreiden, hetgeen een enorme hoeveelheid financiële middelen vereist. Bovendien lijken de bestaande modellen te groot wat aantallen betreft, met meer dan veertig gebruikers, en staan ze ver af van het dagelijkse leven in steden en wijken, zijn ze anoniem, verstoken van voorwerpen, en worden ze nog steeds bestuurd als inrichtingen, met gesloten deuren en autoritaire regels. Ze zijn vaak operationeel afgescheiden van de lokale diensten in de gebieden waar ze gevestigd zijn, soms met volledig afzonderlijke teams en ongeschikte functieprofielen. Ze lijken volledig op zichzelf te zijn gericht. Het zijn in de meeste gevallen plaatsen van waaruit het niet mogelijk is te ontsnappen naar meer zelfstandige vormen van wonen of samenwonen, waar mensen ondersteuning kunnen vinden wanneer en voor zo lang dat nodig is, en kunnen integreren in de gemeenschap, terwijl veel positieve ervaringen laten zien dat dit tegen zeer redelijke kosten mogelijk is.

3.12. De buitensporige nadruk die de laatste tijd wordt gelegd op residentiële voorzieningen is zorgwekkend. Het lijkt alsof psychiaters, bestuurders en politici een voortdurende behoefte hebben aan plaatsen en afgebakende ruimten waar zij (meer dan zorg te verlenen) controle en macht uitoefenen om mensen voor onbepaalde tijd op te sluiten. De wereldwijde gemeenschap van psychiatrische artsen (World Psychiatric Association) heeft hierover een duidelijk standpunt ingenomen in een specifiek document ([8]).

3.13. Volgens onderzoek van het Europees sociaal netwerk ([9]) geeft 65 % van de aangesloten lokale gemeenschappen aan dat de middelen voor de-institutionalisering en de opbouw van gemeenschapsdiensten ontoereikend zijn. Er wordt aangevoerd dat het proces lang en duur is, en dat er verschillen bestaan tussen de manieren waarop verschillende lokale gemeenschappen beslissen om middelen te investeren. Er moet ook worden benadrukt dat er vaak een verschil bestaat tussen steden en plattelandsgebieden.

3.14. Gebaseerd op de keuze van de persoon moeten vaker regelingen inzake co-living, met inbegrip van algemene diensten zoals sociale huisvesting met een beperkt aantal personen (één tot vijf) en woongroepen (van drie tot vijf personen), die al beproefd zijn gebleken, worden opgezet in residentiële woningen in steden of stadswijken, waar dagelijks leven mogelijk is, waar mensen vrij zijn om naar buiten te gaan en deel te nemen aan het gemeenschapsleven, waar mensen in de normaliteit van het dagelijks leven een geschiedenis en vertrouwen kunnen opbouwen, de mogelijkheid hebben om te kiezen en om voorwerpen te bezitten, terwijl ze weer controle krijgen over tijd en ruimte, en kansen krijgen. Een normaal leven leiden zoals iedere andere burger. Dit zal ook helpen bij het bevorderen van collegiale ondersteuning, niet alleen als een manier om samenwonen mogelijk te maken, maar ook om gemakkelijker ervaringen te delen, zinvolle en kwalitatieve deelname aan de gemeenschap en de samenleving als geheel aan te moedigen en te bevorderen, en mensen in staat te stellen hier zoveel mogelijk met hun eigen financiële middelen aan te laten deelnemen.

3.15. Deze empowerment-ervaringen omvatten de mogelijkheid van “pleeggezinnen” (waar mensen met psychische aandoeningen worden opgenomen door gastgezinnen) die op de Unesco-lijst van immaterieel cultureel erfgoed staat.

3.16. Specifieke behoeften van kinderen en adolescenten moeten in het geestelijke gezondheidsbeleid worden aangepakt, met inbegrip van de unieke uitdagingen die ze ervaren en de druk waarmee ze worden geconfronteerd (gespecialiseerde diensten en ondersteuningssystemen in onderwijsinstellingen kunnen worden voorgesteld).

3.17. Een maatwerkaanpak voor verschillende culturele en kwetsbare groepen zoals ouderen, vluchtelingen, de lhbtq +-gemeenschap en personen met een handicap moet worden bevorderd, om tegemoet te komen aan de specifieke behoeften van verschillende maatschappelijke groepen.

3.18. Lopend onderzoek naar doeltreffende interventies op het gebied van geestelijke gezondheid moet worden aangemoedigd en er moeten nieuwe therapeutische technieken worden ontwikkeld om ervoor te zorgen dat de diensten gebaseerd zijn op de meest recente wetenschappelijke gegevens. Meer nog, de opleiding van beroepsbeoefenaren voor de transitie moet op elk niveau worden aangeboden en moet in overeenstemming zijn met de vastgestelde doelstellingen.

3.19. Daarnaast maakt het EESC zich zorgen over het tekort aan professionals in de geestelijke gezondheidszorg. Dit tekort zou kunnen worden opgevangen door middel van een stapsgewijs systeem waarbij verschillende professionals op verschillende tijdstippen hun bijdrage leveren, afhankelijk van de toestand van de betrokkene, waardoor het personeel dat voorhanden is op effectievere en doeltreffendere wijze kan worden ingezet. Dit personeel zelf moet voortdurend psychofysieke ondersteuning krijgen om het risico op burn-out te voorkomen.

([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. De rol van technologie bij het verbeteren van geestelijke gezondheidsdiensten, vooral in afgelegen of onderbediende gebieden, moet verder worden uitgewerkt (digitale diensten mogen diensten in levenden lijve niet vervangen, maar kunnen ze in bepaalde omstandigheden wel toegankelijker maken).

3.21. Er is een allesomvattende aanpak nodig van geestelijke gezondheid, als onderdeel van de normale levenservaring van een individu, waarbij preventie, bescherming, bevordering en de hoogst haalbare normen inzake geestelijke gezondheid worden gewaarborgd, en ervoor wordt gezorgd dat individuen ten volle het leven kunnen leiden dat zij willen leiden. Bovenal is het noodzakelijk dat iedereen in de samenleving meer afweet van geestelijke gezondheid. In dit verband is het essentieel om strategieën te ontwikkelen die gericht zijn op het ondersteunen van zelfvertegenwoordiging.

3.22. Het is essentieel om gezamenlijk ontworpen richtsnoeren op te stellen waarin duidelijke, op de mensenrechten gebaseerde normen worden vastgesteld, evenals indicatoren voor elk afzonderlijk onderwerp dat hierboven is genoemd. Er moet worden voorzien in een systematisch herzieningsproces om geestelijke gezondheidsdiensten voortdurend te beoordelen en aan te passen op basis van resultaten en veranderende maatschappelijke behoeften.

3.23. Statistieken en uitgesplitste gegevens, met inbegrip van de geïnvesteerde middelen, zijn van fundamenteel belang om de homogeniteit van de uitgaven in de verschillende gebieden aan te geven, evenals de samenhang met betrekking tot de doelstelling inzake de-institutionalisering en de opbouw van gemeenschapsgebaseerde zorg. Derhalve moet er een nuttig kader komen voor lidstaten en lokale gemeenschappen, zodat de kosteneffectiviteit en mogelijk ook de behoefte aan meer middelen beoordeeld kunnen worden.

Brussel, 18 september 2024.

De voorzitter
van het Europees Economisch en Sociaal Comité
Oliver RÖPKE