

**Opinia Europejskiego Komitetu Ekonomiczno-Społecznego w sprawie: „Europejski Rok Zdrowia Psychicznego – lepsza praca, wyższa jakość życia” (opinia z inicjatywy własnej)**

(2013/C 44/06)

Sprawozdawca: **Bernd SCHLÜTER**

Dnia 12 lipca 2012 r. Europejski Komitet Ekonomiczno-Społeczny postanowił, zgodnie z art. 29 ust. 2 regulaminu wewnętrznego, sporządzić opinię z inicjatywy własnej w sprawie:

„Europejski Rok Zdrowia Psychicznego – lepsza praca, wyższa jakość życia”.

Sekcja Zatrudnienia, Spraw Społecznych i Obywatelstwa, której powierzono przygotowanie prac Komitetu w tej sprawie, przyjęła swoją opinię 23 listopada 2012 r.

Na 485. sesji plenarnej w dniach 12–13 grudnia 2012 r. (posiedzenie z 13 grudnia) Europejski Komitet Ekonomiczno-Społeczny stosunkiem głosów 74 do 1 – 2 osoby wstrzymały się od głosu – przyjął następującą opinię:

## 1. Streszczenie i zalecenia

1.1 Zdrowie psychiczne stanowi **zasadniczy element jakości życia** i dobrego samopoczucia wszystkich ludzi w UE. Światowa Organizacja Zdrowia określa zdrowie psychiczne jako „stan dobrego samopoczucia, dzięki któremu jednostka realizuje swój potencjał, może radzić sobie z normalnym stresem życia codziennego, produktywnie pracować i wносить wkład w życie swej społeczności”<sup>(1)</sup>. Nie można go jednak określić w wystarczającym stopniu przy użyciu wskaźników gospodarczych, takich jak PKB. Obecny kryzys wpędził miliony ludzi w stan lęku egzystencjalnego, doprowadził do utraty poczucia sensu życia, do bezrobocia i zwiększonego zagrożenia samobójstwem. Dbalność o równowagę psychiczną jest kwestią o dużo większym znaczeniu dla szczęścia licznych osób niż abstrakcyjne kwestie finansowe. Z perspektywy jednostki zdrowie psychiczne jest koniecznym warunkiem realizacji potencjału intelektualnego i emocjonalnego. Na poziomie społeczeństwa zdrowie psychiczne stanowi zasób ważny dla spójności społecznej, poprawy dobrostanu społecznego, a także dobrobytu gospodarczego.

1.2 Niniejsza inicjatywa ma na celu **umocnienie zdrowia psychicznego** oraz podnoszenie świadomości opinii publicznej w szerokim rozumieniu. Obok chronicznych i ostrych chorób oraz upośledzeń psychicznych obejmuje ona zaburzenia upośledzające, których nie kwalifikuje się jako choroby i które mogą także mieć przyczyny lub skutki fizyczne. Na pojęcie zdrowia psychicznego składa się wiele różnych aspektów, na które z kolei wpływ wywierają kwestie medyczne, społeczno-polityczne, a także sytuacja życiowa, np. warunki pracy, młody lub podeszły wiek czy ubóstwo.

1.3 Zaburzenia mogą mieć **różne przyczyny i konsekwencje**, jak np. urazy psychiczne, stresujące przeżycia w dzieciństwie, używanie narkotyków, stres, bezrobocie, bezdomność, wykluczenie, do czego mogą dochodzić także czynniki genetyczne. Podobnie różnorodne są rozwiązania i odpowiednie

strategie polityczne. Na przyczyny te niejednokrotnie można wpływać i dlatego powinno się je odpowiednio uwzględnić w ramach polityki i gospodarki, które sprzyjają włączeniu społecznemu. Kluczową rolę mogą w tym kontekście odegrać gospodarka społeczna, społeczeństwo obywatelskie i nowe podejście do przedsiębiorczości społecznej. Zapobieganie chorobom psychicznym, ich wczesne rozpoznawanie i leczenie muszą odbywać się w wielu wymiarach i obejmować, obok aspektów psychoterapeutycznych i medycznych, również kwestie społeczno-gospodarcze. Zaburzenia i choroby psychiczne należy w większym stopniu uwzględniać w kształceniu pracowników służby zdrowia, wychowawców, nauczycieli i osób zajmujących stanowiska kierownicze. Plan promocji zdrowia w miejscu pracy wspierany ze środków publicznych oraz nowoczesna kultura przedsiębiorstwa mogą okazać się pomocne we wspomaganiu osób z zaburzeniami oraz ograniczyć do minimum występowanie problemów związanych z pracą.

1.4 Ważną rolę odgrywa również wzmocnienie **sieci** obywatelskich, wolontariackich, rodzinnych i zawodowych, jak też **aktywność osób dotkniętych problemem** oraz ich stowarzyszeń. Zapobieganie i uświadamianie to zadania dla całego społeczeństwa. Dzięki lokalnej pomocy ambulatoryjnej oraz mieszkaniom chronionym często można uniknąć ograniczeń swobody i konieczności korzystania z leczenia stacjonarnego. Szczególnie ważne są w tym kontekście europejskie zalecenia i dobre praktyki, polegające m.in. na odpowiednim ograniczeniu leczenia na stacjonarnych oddziałach psychiatrycznych oraz użycia leków na rzecz rozbudowy wsparcia społeczno-środowiskowego i innych alternatywnych form pomocy. Istniejące środki na naukę i badania można byłoby w większym stopniu przeznaczać na zachowanie zdrowia psychicznego. Także w przypadku słabszych finansowo państw członkowskich możliwe są restrukturyzacja i ustalenie nowych priorytetów.

1.5 Należy wspierać w całej UE **uwrażliwianie społeczeństwa** na tę kwestię, również w przedszkolach i szkołach, w przedsiębiorstwach, wśród lekarzy i w placówkach opieki. Kampanie przeciwko stygmatyzacji i język mediów pozbawiony

<sup>(1)</sup> <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/en/> (dostęp 4 października 2012 r.)

dyskryminacyjnego zabarwienia mogą zmniejszać dyskryminację osób mających problemy psychiczne. Trzeba odnotować również poważne gospodarcze konsekwencje płynące ze stanu zdrowia. Są one mniej istotne w porównaniu z poważnymi skutkami osobistymi<sup>(2)</sup>. Trzeba częściej zwracać uwagę na społeczne, polityczne i gospodarcze interesy i struktury, które zaostwiają problem, a także na sposoby aktywnego wspierania włączenia społecznego poprzez efektywne rozwijanie **struktur opieki nakierowanych na potrzeby jednostki** oraz poprzez wspieranie rodziny jako otoczenia, w którym ludzie nabywają pierwszą w swoim życiu wiedzę. Wyraźny postęp medycyny, opieki profesjonalnej i wolontariackiej oraz modeli profilaktyki w przedsiębiorstwie zasługują na większe uznanie i wsparcie.

## 2. Kontekst

2.1 Najbardziej rozpowszechnione choroby w Europie to stany lękowe, depresja i uzależnienia. Według badań z 2010 r. 38 % Europejczyków cierpi na zaburzenia psychiczne<sup>(3)</sup>. W 2005 r. było ich 27 %<sup>(4)</sup>. Każdego roku 58 tys. osób umiera w wyniku popełnienia samobójstwa. Do 2020 r. depresja stanie się drugą najpowszechniejszą chorobą w krajach uprzemysłowionych<sup>(5)</sup>. Np. w Niemczech absencja chorobowa z powodu problemów psychicznych ubezpieczonych w jednej z głównych kas chorych<sup>(6)</sup> wzrosła w latach 2006–2009 o 38 % wśród osób zatrudnionych i 44 % wśród bezrobotnych. Liczba leków przepisanych w tym okresie w związku z zaburzeniami układu nerwowego wzrosła o 33 %; do leków tych zaliczają się m.in. antydepresanty<sup>(7)</sup>. Także w Wielkiej Brytanii 44 % pracodawców wskazuje na wzrost problemów związanych ze zdrowiem psychicznym, zaś 40 % zwraca uwagę na wzrost wywołanej stresem absencji chorobowej<sup>(8)</sup>.

2.2 Zdrowie psychiczne i dobre samopoczucie dotychczas nie znajdowały się w centrum działań związanych z Rokiem Europejskim. Jednak uprzedzenia wobec problemów zdrowia psychicznego i niepełnosprawności psychospołecznej oraz stygmatyzacja np. w społeczeństwie czy w miejscu pracy, nadal są na porządku dziennym. W kontekście wzrostu zrównoważonego i sprzyjającego włączeniu społecznemu **strategia „Europa 2020”** wymaga włączenia tej grupy w większym stopniu w życie społeczne, a tym samym odpowiednich programów unijnych w dziedzinie zdrowia. Ponadto Konwencja o prawach osób niepełnosprawnych ONZ, przyjęta przez UE jako pierwszy międzynarodowy instrument praw człowieka, przyznaje jasny

zestaw praw osobom niepełnosprawnym psychospołecznie. Prawa zawarte w tej konwencji muszą być respektowane i wdrażane za pomocą wszystkich odpowiednich strategii politycznych i działań UE. Poświęcenie Europejskiego Roku kwestii zdrowia psychicznego i dobrego samopoczucia pozwoliłoby odpowiednio uwzględnić te wymogi.

2.3 Zdrowie psychiczne od połowy lat 90. stanowi przedmiot specjalnych projektów i inicjatyw politycznych w obszarze **Europejskiej polityki zdrowotnej** i zajmuje w nim miejsce o zasadniczym znaczeniu<sup>(9)</sup>. W 2005 r. Komisja rozpoczęła konsultacje oparte na zielonej księdze poświęconej zdrowiu psychicznemu<sup>(10)</sup>.

2.4 **EKES przytacza swoją opinię**<sup>(11)</sup> w sprawie zielonej księgi i podkreśla społeczne i osobiste znaczenie zdrowia psychicznego jako fundamentalnego aspektu pojęcia zdrowia. Dla Unii Europejskiej, która mianuje się wspólnotą wartości, zdrowie psychiczne stanowi ważne źródło spójności społecznej i zaangażowania wszystkich ludzi. Podobny wydźwięk ma również konwencja ONZ o prawach osób niepełnosprawnych, która ze względu na swój wymiar obejmujący prawa człowieka propaguje zaangażowanie i całościowe postrzeganie osoby ludzkiej.

2.5 **Komisja** zajmuje się tą tematyką również w powiązaniu z gospodarką, polityką zatrudnienia i zdrowia publicznego. Zapewnienie wysokiego poziomu ochrony zdrowia należy uwzględnić we wszystkich politykach UE (art. 168 TFUE). Ponadto Europejski Rok Zdrowia Psychicznego pomógłby Unii wywiązać się z postanowień art. 6 TFUE i zrealizować europejskie cele: „wspieranie, koordynowanie lub uzupełnianie działań Państw Członkowskich” w takich dziedzinach jak „ochrona i poprawa zdrowia ludzkiego”.

2.6 **Strategia UE na rzecz zdrowia psychicznego** wspierała m.in. podpisany w 2008 r. Europejski pakt na rzecz zdrowia i dobrostanu psychicznego<sup>(12)</sup>. Konkluzje Rady z czerwca 2011 r. również nawiązują do tego paktu<sup>(13)</sup>.

<sup>(2)</sup> COM(2005) 484 final.

<sup>(3)</sup> „The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010”, H.U. Wittchen et al., European Neuropsychopharmacology (2011) 21, s. 655–679.

<sup>(4)</sup> <http://www.psychiatrie-psychotherapie.de/archives/14> (dostęp 15 sierpnia 2012 r.).

<sup>(5)</sup> Zob. przypis 1.

<sup>(6)</sup> Raport na temat stanu zdrowia 2010, Techniker Krankenkasse, Niemcy.

<sup>(7)</sup> Zob. przypis 6.

<sup>(8)</sup> Catherine Kilfedder, British Telecom, wysłuchanie w EKES-ie, 30 października 2012 r.

<sup>(9)</sup> „Action for Mental Health. Activities co-funded from European Community Public Health Programmes 1997–2004”.

<sup>(10)</sup> Zob. przypis 1.

<sup>(11)</sup> COM(2005) 484 final.

<sup>(12)</sup> Europejski pakt na rzecz zdrowia i dobrostanu psychicznego, Bruksela, 12–13 czerwca 2008 r.

<sup>(13)</sup> 309. Posiedzenie Rady, EPSCO, 6 czerwca 2011 r.

2.7 Jednakże konferencje tematyczne organizowane w ramach strategii nie wystarczyły do uświadomienia **szerszej społeczności** i wprowadzenia tych zagadnień do codziennego życia obywateli UE. Europejski rok poświęcony tym kwestiom pomógłby to osiągnąć. W ten sposób problemem zajęłyby się publiczne organy wszystkich szczebli, jak też podmioty społeczeństwa obywatelskiego, którym przypada rola ekspertów, propagatorów i przedsiębiorstw społecznych. Europejski Rok Zdrowia Psychicznego wykazuje spójność przede wszystkim z Konwencją ONZ w sprawie praw osób niepełnosprawnych. Ludzie cierpiący na zaburzenia psychiczne lub niepełnosprawni psychicznie muszą zostać uznani za równoprawny podmiot prawa i mieć możliwość korzystania z pełni praw i swobód we wszystkich dziedzinach życia (por. art. 12 Konwencji ONZ w sprawie praw osób niepełnosprawnych).

2.8 Wiele osób z dolegliwościami psychicznymi często nie otrzymuje właściwego z punktu widzenia medycyny i etyki **leczenia, rehabilitacji i pomocy w celu funkcjonowania w społeczeństwie**, mimo że w sferze medycyny i opieki społecznej poczyniono duże postępy. Zdrowie psychiczne często nie stanowi priorytetu w polityce zdrowotnej. Zamiast rozbudowy struktur wspierających często, zwłaszcza w okresie **trudności finansowych i kryzysu**, redukuje się niezbędne usługi i możliwości leczenia lub podnosi ich koszty. Zamiast tego potrzebne byłyby, szczególnie w czasach kryzysu gospodarczego, inwestycje w uczestnictwo, kształcenie i gospodarkę społeczną. Przede wszystkim w czasach kryzysu państwo nie może wycofać się z sektora opieki społecznej.

Długie listy oczekiwania i znaczne odległości do pokonania przynoszą efekty przeciwne do zamierzonych, zwłaszcza w nagłych przypadkach. Opieka stacjonarna i ograniczenia swobody muszą zostać zmniejszone do minimum na korzyść bliskich miejsca zamieszkania zabiegów ambulatoryjnych, punktów spotkań, doradztwa i możliwości opieki medycznej. Należy wzmocnić autonomię osób dotkniętych omawianymi dolegliwościami poprzez przysługujące uprawnienia i koncepcje, które nie zastępują decyzji podejmowanych samodzielnie przez zainteresowane osoby, lecz wspomagają je przy podejmowaniu takich decyzji, także w odniesieniu do zapotrzebowania na pomoc i terapię, a tym samym nie ograniczają zdolności prawnej tych osób. Przyporządkowanie do kategorii chorobowej, jednostronne objęcie mechanizmem leczenia psychiatrycznego, podawanie środków psychotropowych i zastosowanie siły powinny podlegać krytycznej ocenie i systematycznemu stosowaniu norm wynikających z praworządności i praw człowieka. W przypadku wszystkich rodzajów placówek i form przebywania w nich należy uwzględnić potrzebę udziału w społeczeństwie, odpowiedniego zatrudnienia i zorganizowanego rozkładu dnia. Należy w bardziej wyważony sposób uwzględnić wpływ środków psychotropowych oraz zachorowalności na możliwości uczestnictwa w życiu społeczeństwa. Dostępność do opieki nie może zostać ograniczona w wyniku rozbicia struktur pomocy oraz wprowadzenia biurokratycznych i czasochłonnych procedur. Interwencje kryzysowe i zapobieganie samobójstwom

wymagają łatwo dostępnych i kompetentnych usług. W całej Europie należy wprowadzić ogólnokrajowe alarmowe numery telefoniczne oraz inne odpowiednie z fachowego punktu widzenia możliwości podejmowania działań.

2.9 Nie można tracić z pola widzenia wzajemnie wzmacniającego się oddziaływanie między **społeczno-gospodarczymi warunkami życia**, bezrobociem i obciążeniami związanymi z chorobą. Ponadto niektórzy ludzie potrzebują zasobów i wsparcia, by mogli prowadzić udane życie mimo choroby psychicznej. Planując tematykę europejskiego roku, należy więc uwzględnić wspieranie możliwości udziału osób przewlekłe chorych psychicznie i upośledzonych umysłowo w życiu społeczeństwa oraz wzmocnienie ich pozycji prawnej.

2.10 Pomoc dla osób z zaburzeniami psychicznymi powinna uwzględniać potrzeby i wyobrażenia natury **światopoglądowej**, religijnej, duszpasterskiej i duchowej.

2.11 Czynniki społeczne nie są bez znaczenia dla zachowania zdrowia psychicznego. Dobra praca odgrywa w tym kontekście kluczową rolę jako czynnik zapewniający poczucie sensu i tożsamości. Na codzienne warunki życia i pracy przestaje mieć częściowo wpływ tradycja kulturowa, na której można się było oprzeć, oraz decyzje podejmowane na poziomie lokalnym i w procesie demokratycznym, a coraz większą rolę zaczynają odgrywać zcentralizowane gospodarcze decyzje i struktury. Tak więc polityka gospodarcza i strukturalna musi uwzględniać również zdrowie psychiczne ludzi oraz cele związane ze stworzeniem dzielnic mieszkaniowych i warunków pracy, które miałyby dobry standard i sprzyjały włączeniu społecznemu.

2.12 Współczesny człowiek postrzega nowe możliwości w kategoriach społeczeństwa kierującego się różnorodnością dokonywanych wyborów, głosem mediów i konsumpcjonizmem, lecz także narażonego na **nowe czynniki stresogenne**. Systemy edukacyjne często nie są przy tym w stanie sprostać palącej potrzebie zapewnienia wysokiej jakości kształcenia w zakresie etyki, kognitywistyki i umiejętności społecznych. Dziedziny te mogą jednak sprzyjać niezbędnej samodzielności i równowadze duchowej. Więzy społeczne są coraz słabsze, co prowadzi do utraty zewnętrznych zasobów, takich jak przyjaciele, rodzina, znajomi. Częste zmiany miejsca pracy, a tym samym miejsca zamieszkania, jak też bezrobocie i słabnące więzi międzyludzkie nie sprzyjają budowaniu społecznych sieci w najbliższym otoczeniu. W tej sytuacji tym ważniejszy staje się obowiązkowy udział zainteresowanych osób i ich stowarzyszeń w tworzeniu struktur pomocy i struktur opartych na sieciach.

2.13 Tam, gdzie **równowaga między odpowiedzialnością za swoje życie a bezpieczeństwem socjalnym** zostaje zachwiana, wzrasta ryzyko pojawienia się zaburzeń psychicznych. Dotyczy to np. tzw. zachęt do poszukiwania pracy, które nie miały szansy wykazać swojego oddziaływania ze względu na brak miejsc pracy lub uwarunkowany strukturalnie brak szans. Ponadto bezdomność i zaburzenia psychiczne są często ściśle ze sobą powiązane, tak więc pomoc musi dotyczyć obu tych aspektów. Rodzice dotknięci niepewną sytuacją dotyczącą zatrudnienia oraz ich dzieci są ofiarą licznych obciążeń wynikających z tego braku pewności, ubóstwa, wyzwań wychowawczych, ograniczeń czasowych i stresów rodzinnych. Pomoc powinna być w takim przypadku wszechstronna i powinna obejmować, m.in., finansowane ze środków publicznych wsparcie pedagogiczne oraz rodzinny wypoczynek. Wysokie zadłużenie państwa i trudności gospodarcze, jak też spadek bezpieczeństwa socjalnego i wysokie bezrobocie wyraźnie zwiększają ryzyko depresji, stanów lękowych i zaburzeń obsesyjno-kompulsywnych. Odsetek samobójstw w jedenastu państwach członkowskich UE wzrósł w pierwszej połowie 2011 r. o ponad 10 %. Sytuacji tej w dużym stopniu pozwoliłyby zaradzić odpowiednie inwestycje w bezpieczeństwo i usługi socjalne <sup>(14)</sup>.

### 3. Zdrowie psychiczne w konkretnych dziedzinach życia

#### 3.1 Środowisko pracy

3.1.1 Przerwy w stosunkach pracy, częste restrukturyzacje, wymagana dostępność o każdej porze, silna presja czasowa, przeciążenie, **coraz większe wymogi w zakresie elastyczności i mobilności** nie pozostają bez wpływu na zdrowie psychiczne <sup>(15)</sup>. „Disability Statistics” z Niderlandów wskazują, że w 2010 r. problemy ze zdrowiem psychicznym były głównym powodem długookresowych zwolnień lekarskich (ok. 55 dni). W Zjednoczonym Królestwie szacunki HSE <sup>(16)</sup> mówią, że w okresie 2009–2010 stracono 9,8 mln dni roboczych w następstwie stresu w pracy, zaś każda osoba cierpiąca z powodu stresu związanego z pracą korzystała średnio z 22,6 dni zwolnienia chorobowego. W latach 2010–2011 stracono 10,8 mln dni roboczych <sup>(17)</sup>. Niemożność pogodzenia życia zawodowego z życiem rodzinnym, opieką nad członkami rodziny oraz czasem przeznaczonym na kulturę, sport i odprężenie psychiczne, prowadzi do dalszych zagrożeń. Niektóre państwa członkowskie wprowadziły możliwość wzięcia wolnych dni na opiekę nad członkami rodziny oraz prawo ubiegania się o specjalny urlop na ten cel. Przedsiębiorstwa często mają także do czynienia z problemami, które powstały w kontekście pracy zawodowej. Władze publiczne powinny intensywniej wspierać stosowane w przedsiębiorstwach sprawdzone modele zapobiegania chorobom, integracji, odpowiednich rozwiązań w zakresie pracy w niepełnym wymiarze godzin, świadczenia pomocy w miejscu pracy oraz stałego szkolenia kierownictwa i pracowników. Innowacyjna kultura przedsiębiorstwa może także poprawić jakość pracy i produktu. Proaktywne zarządzanie ryzykiem stresu w oparciu o wykrywa-

nie, eliminowanie i ograniczanie czynników stresogennych powinno stanowić element konsekwentnej strategii profilaktyki, zgodnie z postanowieniami traktatu, dyrektywy ramowej nr 89/391/EWG w sprawie wprowadzenia środków w celu poprawy bezpieczeństwa i zdrowia pracowników w miejscu pracy oraz umowy ramowej w sprawie stresu w miejscu pracy zawartej między europejskimi partnerami społecznymi w 2004 r.

Niepewność dotycząca pracy i egzystencji oraz ogromna presja strukturalna na rynku pracy to dodatkowe niebezpieczeństwa. Prześciganie się w osiągnięciu jak najlepszych wyników pracy oraz zaniżanie standardów w zakresie warunków pracy muszą mieć swoje wyraźne granice. Często ktoś, któremu nie powiodło się na rynku pracy, jest jeszcze za to niesłusznie obwiniany. W opozycji do wymogów pracodawcy w zakresie niezbędnej i rozsądnej elastyczności pracownika stoją wymogi pracownika dotyczące elastyczności uwzględniającej jego potrzeby dotyczące spraw rodzinnych, związanych z opieką i sytuacją osobistą (zrozumienie ze strony pracodawcy i podejście koncentrujące się na jednostce). Ponadto ludzie z zaburzeniami psychicznymi są **bardziej narażeni na utratę pracy** bądź na to, iż staną się niezdolni do pracy. Ważną rolę odgrywają przy tym uprzedzenia społeczne. Powoduje to utratę pracowników, ogólnych zasobów oraz wartości.

3.1.1.1 Przykładowo, obecnie stosowane w niektórych krajach przepisy dotyczące systemu kwot odnoszących się do osób niepełnosprawnych są zdecydowanie niewystarczającym instrumentem. Pożądana jest raczej śmiała polityka na rzecz integracji poprzez zatrudnienie, korzystna dla wielu osób, które obecnie są wykluczone społecznie, i dla całego społeczeństwa.

3.1.2 Parytetowe i wspierane ze środków publicznych organy doradcze i rozjemcze mogą doprowadzić do bardziej otwartego podejścia do tych kwestii. Powinny istnieć organy wewnątrzzakładowe lub zewnętrzne reprezentujące w środowisku pracy interesy osób niepełnosprawnych lub cierpiących na zaburzenia psychiczne. Ponadto wspomniane wyżej zagrożenia można ograniczyć dzięki odpowiedniej ochronie przed zwolnieniem, prawnej ochronie pracy, systemom wsparcia bezrobotnych, wspieranym ze środków publicznych zarządzaniu zdrowiem w przedsiębiorstwie, planom powrotu do pracy oraz aktywnej polityce rynku pracy i polityce rodzinnej. Pracodawcom, a zwłaszcza MŚP, trzeba przy tym zapewnić zachowanie konkurencyjności, unikanie biurokracji oraz niezawodność publicznych struktur wsparcia. Organy użyteczności publicznej oraz stowarzyszenia pomocy społecznej i inne podmioty społeczeństwa obywatelskiego mogą odegrać ważną rolę w zapewnianiu politycznego i praktycznego wsparcia zainteresowanym osobom, przedsiębiorstwom i służbom zatrudnienia <sup>(18)</sup>.

<sup>(14)</sup> Komunikat prasowy PE „Za kryzys płacimy też zdrowiem”, Dział Prasowy PE, 25 czerwca 2012 r.

<sup>(15)</sup> Raport na temat stanu zdrowia 2011, Betriebskrankenkassen (BKK), Niemcy.

<sup>(16)</sup> Health and Safety Executive, <http://www.hse.gov.uk/>

<sup>(17)</sup> Europejska Agencja Bezpieczeństwa i Higieny Pracy, Bilbao (Hiszpania).

<sup>(18)</sup> Dz.U. C 351 z 15.11.2012, ss. 45–51.

### 3.2 Dzieci i młodzież

3.2.1 Nie sposób dokładnie przedstawić w ujęciu statystycznym chorób psychicznych u dzieci i młodzieży. Często trudno bowiem rozróżnić między chorobą a zachowaniem problemowym czy też między potrzebą porady, edukacji bądź leczenia. Oznacza to, że rozdzielenie potrzeb z reguły jest niemożliwe, gdyż granice są płynne. Dla przykładu, Niemiecka Izba Psychologów wskazuje, że roczna częstość występowania zaburzeń psychicznych wynosi od 9,7 % (choroby) do 21,9 % (zachowanie problemowe) <sup>(19)</sup>. Gdy chodzi o depresję, można odnotować coraz większe ryzyko jej wystąpienia, a jednocześnie coraz niższą granicę wiekową zapadalności na nią. Eksperci zauważają u dzieci i młodzieży **wzrost przypadków stanów lękowych i zaburzeń behawioralnych** oraz zdecydowany wzrost użycia środków psychotropowych.

3.2.2 Placówki zajmujące się dziećmi oraz szkoły wskazują jednocześnie na coraz częstsze pojawianie się wśród dzieci i młodzieży zjawisk takich jak wczesne kończenie nauki (14,4 % w całej UE), zachowania problemowe, zaburzenia koncentracji i przemoc. Do tego często mamy do czynienia ze złożonymi problemami, które wiążą się m.in. z zaburzeniami psychicznymi, brakiem odporności na ofertę konsumpcyjną <sup>(20)</sup> i przekazy medialne, uzależnieniem od komputera lub innymi uzależnieniami oraz ogólnymi deficytami rozwojowymi. Alarmujące jest coraz powszechniejsze stosowanie wśród dzieci i młodzieży antydepresantów, metylofenidatów i podobnych środków medycznych. Należy jak najprędzej zebrać statystyki w skali europejskiej i znaleźć alternatywne rozwiązania.

3.2.3 Coraz większa niepewność dzieci i młodzieży oraz ich rodziców to problem, którego psychiatria dziecięca i młodzieżowa nie rozwiąże – a już na pewno nie bez innych działań. Pomoc udzielona w okresie dzieciństwa oraz wspieranie rodzin w wypełnianiu ich kluczowej roli są tak samo istotne jak **profesjonalne kompetencje** pracowników placówek opieki nad dziećmi i szkół oraz lekarzy pediatrów. Nie pomaga przy tym uznawanie każdego problematycznego zachowania za zaburzenie psychiczne lub chorobę ani też jednostronne przekształcanie złożonych problemów osobistych i społecznych w problemy medyczne <sup>(21)</sup>. Indywidualizacja, różnice w dostępie do edukacji, bezrobocie, ubóstwo, wykluczenie społeczne, poczucie wstydu i nadmierne obciążenie rodziców, jak również systemy kształcenia, które opierają się na coraz większej konkurencji od najmłodszych lat i na ograniczaniu szans tych osób, które nie są w stanie utrzymać się na szczycie w tym wyścigu, mogą być czynnikami, które należy uwzględnić w działaniach zapobiegawczych. Potrzeba tu wspólnej odpowiedzialności wszystkich podmiotów społecznych – potrzebne są: odpowiednie otoczenie, odpowiednie koncepcje kształcenia młodzieży, dobrze przygotowane szkoły i przedszkola, **niekomercyjna oferta rozrywkowa**, grupy młodzieży, kluby i oferta

kulturalna, gęsta cieć profesjonalnych placówek doradczych, obejmująca wiele różnych obszarów, jak np. doradztwo edukacyjne i kształcenie nieformalne. Należy przeciwstawić się konsekwentnie zażywaniu narkotyków poprzez wczesne wykrywanie, zapobieganie, doradztwo i terapię, a także kontrolowanie kanałów dostaw. Inwestycje w tej dziedzinie pozwalają zapobiec ogromnym szkodom osobistym i społecznym. Włączenie młodzieży i młodych dorosłych w pracę, edukację lub inne formy pożytecznego zajęcia musi zostać prawnie zagwarantowane. We wszystkich tych dziedzinach usługi i organizacje pomocy społecznej nienastawione na zysk oraz społeczeństwo obywatelskie mają do odegrania ważną rolę polityczną i praktyczną.

### 3.3 Osoby starsze <sup>(22)</sup>

3.3.1 Ludzie żyją obecnie dłużej niż kiedyś, a długość życia nadal wzrasta, czemu przypisać można ogólny wzrost zaburzeń psychicznych. W starszym wieku coraz częściej mamy do czynienia z somatycznymi schorzeniami współwystępującymi, które idą w parze ze zwiększonym ryzykiem depresji. Depresja często towarzyszy również chorobom związanym z procesem starzenia się, takim jak Alzheimer czy Parkinson. Odpowiednie i sprzyjające udziałowi w życiu społecznym otoczenie, dostępne i ambulatoryjne usługi opieki, możliwość działalności wolontariackiej, jak też ewentualnie stosowny udział w życiu zawodowym i gospodarczym oraz odpowiednie ukierunkowanie ośrodków opieki to zasadnicze czynniki pozwalające zapobiegać osamotnieniu i chorobom. Potrzebna jest odpowiednia kompetencja w zakresie gerontopsychiatrii w sektorze usług społecznych, usługi w zakresie opieki oraz wśród lekarzy. Sprawdzone rozwiązania, zwłaszcza jeśli chodzi o pomoc osobom cierpiącym na demencję, zasługują na to, by zwrócić na nie większą uwagę na poziomie europejskim.

3.3.2 Osoby starsze z reguły znajdują się pod opieką lekarzy domowych, a ci nie dość często kierują ich do specjalistów w zakresie chorób neurologiczno-psychiatrycznych. A właśnie te choroby wymagają wczesnego rozpoznania, co tylko uwypukla konieczność zapewnienia wielowymiarowej opieki. W większości domów opieki dla osób starszych brakuje regularnej **profesjonalnej opieki psychiatrycznej**. Podobnie wygląda sytuacja w innych placówkach dla osób starszych, np. w ośrodkach doradczych. Mając na uwadze, iż medycyna, a zwłaszcza gerontologia i produkcja technicznych środków pomocniczych, poczyniła duże postępy, uzyskane rezultaty powinny służyć wszystkim potrzebującym osobom.

3.3.3 Ogólnie rzecz ujmując, te aspekty psychiatrii dzieci i młodzieży oraz psychiatrii geriatrycznej należy w większym stopniu uwzględnić w programie nauczania zarówno na kierunkach ogólnomedycznych, ogólnopsychiatrycznych jak i psycho-terapeutycznych.

<sup>(19)</sup> Zob. dane Federalnej Izby Psychologów, Niemcy: <http://www.bptk.de/presse/zahlen-fakten.html> (15 sierpnia 2012 r.).

<sup>(20)</sup> Dz.U. C 351 z 15.11.2012, ss. 6–11.

<sup>(21)</sup> Grupa robocza ds. psychiatrii AOLG: Sprawozdanie na konferencję ministrów zdrowia krajów związkowych 2012, 15.3.2012, s. 20.

<sup>(22)</sup> Dz. U. C 51 z 17.2.2011, s. 55–58.

#### 4. Polityka przeciwdziałania stygmatyzacji

4.1 W ramach Europejskiego Roku Zdrowia Psychicznego fundamentalne znaczenie przypadłoby **podejściu dającemu pierwszeństwo prawom człowieka**. Usługi medyczne i psychospołeczne powinny wspierać ludzi oraz wzmacniać ich samodzielność i pozycję. W centrum należy postawić godność i prawa jednostki, które powinny być wyznacznikiem dla osób towarzyszących jej w kryzysie bądź chorobie. Ponadto trzeba zwiększać potencjał pracowników różnych sektorów usługowych w zakresie lepszego rozumienia problemów zdrowia psychicznego i niepełnosprawności psychospołecznej.

4.2 Ludzie dotknięci problemami psychicznymi często nie przyznają się do nich, gdyż **choroby te są piętnowane w społeczeństwie**. Media odgrywają tu również istotną rolę. Sposób, w jaki prezentowane są te choroby, często wywołuje strach w społeczeństwie, odsuwanie się i niedowierzanie rozsądnym propozycjom leczenia. Stąd też pilnie potrzeba zakrojonych na skalę europejską kampanii przeciwko stygmatyzacji. Muszą zostać rozplanowane w dłuższej perspektywie i koncentrować się na prewencji. W kampanie te należy też włączyć pracowników w stosownych z punktu widzenia prawa dziedzinach (wymiar sprawiedliwości, policja, urzędy publiczne itd.), aby optymalnie wykorzystać ich merytoryczną i profesjonalną wiedzę w podejściu do chorób psychicznych. Należy także unikać stygmatyzacji, na ile to możliwe, w organizowaniu i finansowaniu pomocy. W szczególności oferta w zakresie poprawy umiejętności w zakresie radzenia sobie w życiu powinna być kierowana do całego społeczeństwa. Kluczowym elementem takiej polityki powinno być promowanie spotkań i wymiany doświadczeń pomiędzy pacjentami a osobami, które nigdy nie leczyły się psychiatrycznie.

4.3 Również w dziedzinie zatrudnienia nie należy **segregować ludzi** bez uwzględnienia ich życzeń czy prawa wyboru. To przede wszystkim dana osoba musi zdecydować, czy potrzebuje zatrudnienia wspieranego w wyspecjalizowanych zakładach lub w ramach ogólnej aktywności zawodowej. Dzięki zintegrowanemu z przedsiębiorstwem wsparciu uczestnictwa w życiu zawodowym w wielu wypadkach udaje się zwiększyć szanse na powrót na rynek pracy (*supported employment* – wspomagane zatrudnienie)<sup>(23)</sup>. Za pracę zazwyczaj otrzymuje się zwykłe wynagrodzenie, które powinno zostać wynegocjowane przez partnerów społecznych. „Kieszonkowe” pokrywające minimum potrzeb nie jest odpowiednią formą dla osób cierpiących na zaburzenia psychiczne. Tzw. model hamburski stanowi względnie udany przykład stopniowej reintegracji zawodowej<sup>(24)</sup>.

<sup>(23)</sup> Opinia stowarzyszeń należących do Kontaktgespräch Psychiatrie na temat Konwencji Narodów Zjednoczonych o prawach osób niepełnosprawnych, Freiburg/Berlin/Stuttgart, 15.5.2012.

<sup>(24)</sup> Art. 74 kodeksu prawa socjalnego V oraz art. 28 kodeksu prawa socjalnego IX (w wypadku osób niepełnosprawnych lub zagrożonych niepełnosprawnością). Pracownik ustala wraz z lekarzem plan reintegracji zawodowej odpowiadający postępowi w leczeniu. Zaświadczenie lekarskie zawiera plan stopniowej integracji oraz, w miarę możliwości, określa oczekiwany moment odzyskania zdolności do pracy. Od samego początku konieczna jest zgoda pracodawcy i kasy chorych. Podczas trwania programu pracownik dalej otrzymuje zasiłek chorobowy z kasy chorych bądź świadczenia przejściowe z systemu emerytalno-rentowego.

4.4 W UE można wskazać na następujące przypadki łamania praw człowieka osób chorych psychicznie: **nieracjonalne ograniczenia swobody** oraz przymusowe leczenie bez świadomej zgody danej osoby, przy czym często nie ma możliwości przedsięwzięcia środków prawnych. Duże znaczenie mają programy deinstytucjonalizacji, lokalne usługi ambulatoryjne, dostęp do opieki bez nadmiernej biurokracji, podpisywanie zgodnych z prawami człowieka umów z pacjentem w zakresie leczenia oraz polityka przeciwko stygmatyzacji – a to wszystko przy udziale zainteresowanej osoby, która najlepiej zna swoją sytuację życiową.

4.5 Niezbędny jest przegląd strategii UE w zakresie zdrowia psychicznego. EKES dostrzega przede wszystkim konieczność zbadania stopnia **wykluczenia osób cierpiących na zaburzenia psychiczne** z uczestnictwa w życiu społecznym, a przede wszystkim w rynku pracy. Należy także przyjrzeć się temu, w jaki sposób działania prewencyjne lub dobra opieka mogą pozwolić uniknąć niezdolności do pracy lub ograniczenia zdolności do pracy. Warto również zastanowić się nad tym, w jakim stopniu język stosowany w medycynie, mediach i społeczeństwie utrudnia proces włączenia lub uniemożliwia go.

4.6 Dzięki tej inicjatywie wzrosłyby szanse na szersze rozpropagowanie wśród społeczeństwa tematyki zdrowia psychicznego. Wpłynie to na hierarchię tematów w programie politycznym i powstanie właściwy klimat do wspierania innowacyjnych koncepcji, z korzyścią dla wszystkich.

4.7 Aby wspierać Europejski Rok Zdrowia Psychicznego, obok EKES-u w działania te trzeba włączyć przede wszystkim właściwe podmioty społeczeństwa obywatelskiego, w tym grupy i stowarzyszenia osób z zaburzeniami psychicznymi, a także inne podmioty służby zdrowia, odpowiednie dyrekcje generalne Komisji, posłów do Parlamentu Europejskiego oraz Komitet Regionów. Na szczeblu krajowym należy zaangażować zainteresowane ministerstwa oraz posłów do parlamentów krajowych. W kształtowaniu odpowiedniej polityki w tym zakresie muszą w większym stopniu uczestniczyć osoby, których ona dotyczy.

4.8 Aby osiągnąć odczuwalne **wyniki realizacji tej inicjatywy także na poziomie państw członkowskich**, należy korzystać z ram działania na rzecz zdrowia psychicznego, a jednocześnie opracować wspólne ramy odniesienia dla środków w zakresie zdrowia psychicznego w systemach opieki zdrowotnej i polityki socjalnej, a także w ważnych dziedzinach życia, takich jak placówki oświatowe i miejsca pracy. Jako narzędzie wzajemnego uczenia się należy wykorzystać metodę polegającą na wzajemnej ocenie (*peer review*), na wzór otwartej metody koordynacji. Środki te muszą dotyczyć przepisów prawnych, regulacji finansowych (np. w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego) i rozwiązań dla osób chorych oraz przedsiębiorstw. Należy zastanowić się, czy stałe centrum monitorowania jest w stanie zapewnić ciągle zajmowanie się tymi kwestiami. Sprawozdawczość UE w zakresie zdrowia powinna w większym stopniu obejmować europejskie dane na temat zaburzeń psychicznych, a w szczególności na temat rodzajów pomocy, liczby pacjentów leczonych na stacjonarnych oddziałach psychiatrycznych i stosowania leków psychotropowych. Potencjalni partnerzy wywodzący się z różnych środowisk społecznych powinni z czasem stać się na stałe podmiotami wspierającymi. Skutki inicjatywy i europejskiego roku nie powinny być ograniczone w czasie. Powinny one raczej doprowadzić do trwałego i długoterminowego uwrażliwienia społeczeństwa na kwestie zdrowia psychicznego i przynieść zauważalne rezultaty dla osób dotkniętych takimi schorzeniami.

Bruksela, 13 grudnia 2012 r.

Przewodniczący  
Europejskiego Komitetu Ekonomiczno-Społecznego  
Staffan NILSSON

---

## ZAŁĄCZNIK

**do opinii Europejskiego Komitetu Ekonomiczno-Społecznego**

Następujące fragmenty opinii sekcji, które uzyskały poparcie co najmniej jednej czwartej oddanych głosów, zostały odrzucone na rzecz poprawek przyjętych w trakcie debaty:

**Punkt 3.1.1**

*„[...] ubiegania się o specjalny urlop na ten cel]. Środki tego typu powinny uwzględniać **konkurencyjność przedsiębiorstw** i ograniczać obciążenia biurokratyczne do minimum. Sytuację tą można poprawić także dzięki odciążeniu finansowemu przedsiębiorstw sprzyjających włączeniu społecznemu, przyjaznych rodzinie i wrażliwych na zagadnienia społeczne”.*

**Wynik głosowania**

Za zmianą tego punktu:	35
Przeciw:	26
Wstrzymało się:	6

---