

# EUROOPA PARLAMENT

2004



2009

---

*Keskkonna-, rahvatervise- ja toiduohutuse komisjon*

ESIALGNE  
**2006/2058(INI)**

3.5.2006

## **RAPORTI PROJEKT**

Elanikkonna vaimse tervise parandamine. Euroopa Liidu vaimse tervise strateegia väljatöötamine  
(2006/2058(INI))

Keskkonna-, rahvatervise- ja toiduohutuse komisjon

Raportöör: John Bowis

**SISUKORD**

**lehekülg**

EUROOPA PARLAMENDI RESOLUTSIOONI ETTEPANEK .....	3
SELETUSKIRI .....	7

## EUROOPA PARLAMENDI RESOLUTSIOONI ETTEPANEK

### Elanikkonna vaimse tervise parandamine. Euroopa Liidu vaimse tervise strateegia väljatöötamine (2006/2058(INI))

*Euroopa Parlament,*

- võttes arvesse komisjoni rohelist raamatut "Elanikkonna vaimse tervise parandamine. Euroopa Liidu vaimse tervise strateegia väljatöötamine" (KOM(2005)0484);
  - võttes arvesse EÜ asutamislepingu artikleid 2, 13 ja 152;
  - võttes arvesse põhiõiguste hartat;
  - võttes arvesse nõukogu 18. novembri 1999. aasta resolutsiooni "Vaimse tervise edendamine" (2000/C 86/01);
  - võttes arvesse Maailma Tervishoiuorganisatsiooni Euroopa ministrite konverentsi 15. jaanuari 2005. aasta deklaratsiooni vaimse tervisega seotud väljakutsetele lahenduste väljatöötamise kohta;
  - võttes arvesse kodukorra artiklit 45;
  - võttes arvesse keskkonna-, rahvatervise- ja toiduohutuse komisjoni raportit ja tööhõive- ja sotsiaalkomisjoni ning naiste õiguste ja soolise võrdõiguslikkuse komisjoni arvamusi (A6-0000/2006),
- A. arvestades, et iga neljas eurooplane kogeb elu jooksul vähemalt ühte tõsise vaimuhaiguse vormi ja igal aastal kannatab hinnangute järgi 18,4 miljonit 18–65aastast Euroopa Liidu elanikku raske depressiooni all;
- B. arvestades, et halva vaimse tervise poolt ühiskonnale tekitatud majanduslikud kulud on hiiglaslikud, ulatudes Euroopa Liidu liikmesriikides mõnede hinnangute järgi 3–4%ni SKTst;
- C. arvestades, et igal aastal sooritab enesetapu 58 000 Euroopa Liidu elanikku ja et see arv on suurem kui igal aastal liiklusõnnetuste või HIV/AIDSi põhjustatud surmajuhtumite arv ning et kümme korda rohkem inimesi sooritab enesetapukatse;
- D. arvestades, et mõnes Euroopa riigis kulub kuni 85% vaimse tervise parandamisele suunatud rahast suurte asutuste ülalpidamisele;
- E. arvestades, et vähesed teadmised ja ebapiisavad investeeringud vaimse tervise edendamise halvendavad inimeste tervist ning põhjustavad puudeid ja ühiskondlikke probleeme;
- F. arvestades, et umbes 40% kõigist vangidest kannatab mõne vaimse häire all ja et tõenäosus, et nad sooritavad enesetapu, on kuni seitse korda suurem kui vabaduses viibivatel inimestel ja et valed vangistustingimused võivad häiret süvendada ja ühiskonda naasmist takistada;

- G. arvestades, et kogu Euroopa Liidus ei saa laste ja noorte vaimne tervis piisavat tähelepanu ega rahalisi vahendeid;
- H. arvestades, et eluea pikenemine tähendab, et üha suurem hulk eakaid inimesi kannatab neurodegeneratiivsete haiguste all;
- I. arvestades, et enamikus Euroopa Liidu riikides on nii krooniliste ja raskete häiretega inimeste kui ka vaimupuudega inimeste hoolduse puhul toimumas liikumine pikaajalisest institutsionaliseeritud hooldusest toetatud elamise suunas, kuid et see on toimunud ilma ühiskondlike teenuste kohase planeerimise ja rahastamiseta,
1. tervitab komisjonipoolset pühendumist vaimse tervise edendamisele; kutsub üles suunama tervishoiupoliitikas sellele valdkonnale suuremat tähelepanu ja usub, et see teema tuleks lõimida kõigi komisjoni peadirektoraatide ja liikmesriikide ministeeriumide poliitikasuundadesse;
  2. usub, et hea vaimne tervis on ELi majandusliku suutlikkuse eeldus;
  3. usub, et kõik tulevased komisjoni ettepanekud peaksid puudutama partnerlust ja nõupidamist inimestega, kes on kogenud vaimse tervise häireid, nende hooldajate ja nende huvisid esindavate VVOdega;
  4. usub samuti, et kolme eesmärgi – vaimse tervise edendamise, vaimse tervise parandamise ja vaimsete häirete ennetamise – saavutamiseks on vaja erinevaid meetmeid;
  5. rõhutab selliste mõistete nagu "halb vaimne tervis", "vaimsed häired", "raske vaimuhaigus" ja "isiksusehäire" ettevaatliku kasutamise vajadust;
  6. kutsub üle kaasama vaimupuudega inimeste kaasamist kõikidesse tulevastes strateegiatesse, kuna nad puutuvad kokku sarnaste probleemidega mis vaimuhairetega inimesed, sealhulgas sotsiaalne tõrjutus, institutsionaliseerimine, inimõiguste rikkumine, häbistamine ja toetuse puudumine nende ja nende hooldajate suhtes;
  7. tervitab asjaolu, et komisjon tõstab esile lapsi, töötajaid, vanemaid inimesi ja tõrjutud ühiskonnaliikmeid kui võtmetähtsusega sihtrühmi, kuid laiendaks seda ka näiteks inimestele, kes kannatavad pikaajaliste ja fataalsete haiguste all, vangidele, etnilistele ja muudele vähemusrühmadele, kodututele ja arvukatele vaimse tervise ja hoolduse probleemidele, mis puudutavad eriti naisi;
  8. tunnistab, et meestel ja naistel võivad olla erinevad vaimse tervisega seotud vajadused ja et on vaja põhjalikumaid uuringuid eeskätt sundusliku haiglaravi ja naiste enesevigastuste vahelise seose kohta;
  9. kutsub üles kasutama vaimuhaigustega seotud keerukate situatsioonide, näiteks küsimus, kuidas toetada käitumisprobleemide või söömishäiretega lapsi või neid lapsi, kelle vanemad kannatavad halva vaimse tervise all (või keda hoitakse pikaajalise hoolduse asutustes) lahendamiseks multidistsiplinaarset ja mitut asutust hõlmavat lähenemisi;

10. kutsub tööandjaid üles võtma poliitilisi algatusi "Vaimne tervis töökohal", mis on nende tervishoiu ja tööohutusega seotud kohustuste üheks vajalikuks osaks; kutsub üles need avalikustama ja jälgima neid olemasolevate tervishoiu ja ohutusega seotud õigusaktide raames;
11. usub, et liikmesriigid peaksid tegema koostööd, leidmaks ja rakendamaks tõhusaid strateegiaid enesetappude vähendamiseks, eriti noorte inimeste ja muude riskirühmade seas;
12. näeb ühe suurema väljakutsena vaimse tervise jaoks Euroopa elanikkonna vananemist ja kutsub üles panema suuremat rõhku neurodegeneratiivsete haiguste ennetamisele ja ravile;
13. rõhutab, et vaimsete häiretega inimesi tuleks ravida ja hooldada väärilt ja inimlikult; et tuleb selgelt mõista nende õigust olla või mitte olla hooldatud; et neid tuleks võimaluse korral alati kaasata nende ravi puudutavate otsuste langetamisse ja et nendega tuleks pidada kollektiivselt nõu teenuste osas; et väljakirjutatud ravimidel peaks olema võimalikult vähe kõrvaltoimeid; usub, et sunduslikku haiglaravi tuleks kasutada ainult viimase võimalusena;
14. kutsub üles seadma häbistamise kaotamine kõigi tulevaste strateegiade keskmesse, kuna halva vaimse tervisega seotud häbistamine viib ühiskonnapoolse tõrjumiseni igal tasandil tööturust perekonnani ja kogukonnast tervishoiutöötajateni;
15. rõhutab vajadust reformida vaimse tervise raviteenuseid, nii et need põhineksid kõrge kvaliteediga kogukonnanahooldusel, mis toimub kodus või hooldekodus, kus on juurdepääs vajalikule tervishoiule ja sotsiaalsele hooldusele, kus toimub regulaarne järelevalve ja hindamine; kus toimub vaimsete häiretega inimeste ja nende hooldajate perioodiline hooldus; kus kasutatakse "kõik ühest kohast" lähenemist tervishoiule, sotsiaalkindlustusele, elamumajandusele, transpordile, soodustustele ja muudele teenustele; rõhutab, et seda tuleks toetada laialdaste patsienditeenustega esmaste, häda- või turvalisusega seotud vajaduste jaoks, kuid et alati tuleb kõiki inimesi, kes saavad sunduslikku haiglaravi, sõltumatult kontrollida;
16. usub, et vaimsete häiretega ja sõltuvusprobleemidega inimeste kahekordse diagnoosiga peaks normaaljuhul kaasnema samaaegne ravi;
17. rõhutab, et tervise vaimsed ja füüsilised aspektid on omavahel seotud;
18. toetab komisjoni kommentaare deinstitutionaliseerimise kohta, kuna pikaajaline viibimine vaimse tervise raviasutustes võib viia häbistamise ja sotsiaalse tõrjutuse süvenemiseni, kuid nendib, et avalikkuse veenmiseks kogukonnanahoolduse tõhususest raskete vaimuhäirete või raske vaimupuudega inimeste puhul tuleb teha suuremaid jõupingutusi;
19. teeb komisjonile ettepaneku teha kindlaks heade tavade juurutamisega seotud objektid ja näited ning levitada nendega seotud teavet kõigis liikmesriikides, kuna need näitlikud objektid on võrreldavad Maailma Tervishoiuorganisatsiooni objektidega, mis kuuluvad programmi "Rahvad vaimse tervise nimel" raamistikku;

20. usub, et mõiste "ravi" peaks sisaldama nii ravimite kui ka muude raviviiside kasutamist, kusjuures kumbki variant eraldi või mõlemad koos võivad olla igal üksikjuhul kõige sobivam raviviis;
21. usub samuti, et lisaks ravile on vaimsete häirete ennetamiseks ja vaimse tervise parandamiseks ja edendamiseks vaja ka kohast sotsiaalset keskkonda ja kogukonna toetust;
22. kutsub komisjoni üles toetama reformide jätkumist kõigis liikmesriikides, mis varem praktiseerisid psühhiaatria kuritarvitamist, ravimite või kinnipidamise liigset kasutamise või ebainimlikke meetodeid, nagu näiteks puurvoodid või isoleerimisruumide ülemäärane kasutamine;
23. kutsub üles viima läbi põhjalikumaid teadusuuringuid tõhusamate ja vähemate kõrvaotimetega ravimite väljatöötamiseks, vaimsete häirete ja enesetappude põhjuste väljaselgitamiseks ja vaimse tervise edendamiseks tehtud investeeringute tulemuslikkuse mõõtmiseks;
24. usub samuti, et vaja on põhjalikumaid teadusuuringuid häbistamise ja selle vältimise võimaluste, individuaalsete teenusekasutajate ja nende hooldajate kogemuste, erinevate teenuste ja elukutsete vahel toimivate suhete ja teenuste piiriülese osutamise kohta;
25. usub, et vaimse tervise raviteenuseid tuleks rahastada proportsionaalselt vaimuhäirete maksumusega üksikisikute, tervishoiu- ja sotsiaalkindlustusteenistuste ja ühiskonna jaoks tervikuna, kui soovitakse nende tõhusust ja pälvida avalikkuse usaldust;
26. tunnustab väärtuslikku panust, mida mitteametlikud hooldajad vaimsete häiretega inimeste hooldamisel annavad, ning tunnustab samuti, et mitmel neist on omaenda tervislikud vajadused ja et nad vajavad hooldamisel toetust;
27. kutsub komisjoni üles looma vaimse tervise koordineerimise ja järelevalve töörühma, mis koguks teavet vaimse tervise alase praktika ja selle edendamise kohta ELis;
28. kutsub ELi ja AKV riike üles tegema tihedat koostööd heasse vaimsesse tervisesse investeerimisel arengualaste ja Cotonou poliitikate kaudu;
29. teeb presidendile ülesandeks edastada käesolev resolutsioon nõukogule, komisjonile, liikmesriikidele, AKV riikidele ja Maailma Tervishoiuorganisatsiooni Euroopa büroole.

## SELETUSKIRI

*»Wir haben in diesen letzten Wochen unsere Sprachlosigkeit ueberwunden und sind jetzt dabei, den aufrechten Gang zu erlernen.«*

*(«Viimaste nädalate jooksul oleme taas leidnud üles oma hääle ja õppinud uuesti püstipäi kõndima.»)*

**- Stefan Heym – 1989. aasta november, Alexanderplatz, Ida-Berliin**

Sõnad, mida Stefan Heym 1989. aasta novembris julma režiimi kukutama kogunenud idaberliinlaste hulgale ütles, peaksid juhtima meie teed Euroopa vaimse tervise ravi reformimisel, mis on nii sageli ressursse raiskav ja mõeldamatult julm. Me peame jõudma vaimse tervise juures selliste hoolduse, ravi, teraapia, rehabilitatsiooni ja patsiendi kaasamisega seotud standarditeni, mida ootame parimatelt füüsilise tervise ravisüsteemidelt. Käesolev roheline raamat vaimse tervise kohta pälvib meie tugeva heakskiidu ja toetuse. Nüüd ootame kiireid ja laiaulatuslikke ettepanekuid, et tõlkida need ilusad sõnad tõhusaks seadusloomeks.

Põhiline vaimse tervisega seotud väljakutse on süsteemide, suhtumise ja võimaluste muutmine. Väljumine vaimsete häirete ravi pimedast ajajärgust on kestnud viimased nelikümmend aastat. Mõnes Euroopa osas on psühhiaatriat kuritarvitatud; mõnel pool on valitsenud vaimuhaiglaste interneerimise põhimõte, mis liiga sageli leevendas avalikkuse tundlikkust “mis silmist, see meelest” laadi institutsionaliseerimisega, ent ei aidanud patsientidel paraneda ning ühiskonda naasta; mõnes kohas sõltuti liigselt ravimitest; paljudes kohtades eelistati vanglat haiglale; mitte kusagil ei mõistatud tegelikult vaimse tervise edendamist.

Meile meeldiks mõelda, et me oleme vaimselt haigete patsientide inimõiguste rikkumise ajast edasi liikunud. Mitmes mõttes vastab see tõele. Praegu toimuvad ikka veel arutelud sundravi üle; mõnikord on ravi lõpetamise või sundraviga seotud otsused väärad; hooldekodudes tuleb ette patsientide väärkohtlemist; rohkesti toimub vaidlusi patsientide, perekondade ja kogukondade laharvamusi tekitavate ja vastuollu minevate õiguste üle. Ent üldjoontes on vähem lukke ja riive, patsientidele antakse rohkem valikuvõimalust ja arvestatakse nende nõusolekuga, ning patsientide kodanikuõiguste rikkumise vältimiseks eksisteerib rohkem juriidilisi kontrolli- ja tasakaalustamismehhanisme.

Siiski elame vähemalt ühes mõttes pimedas ajastus – häbistamine. See on levinud kõigis Euroopa riikides. Häbistamine on inimõiguste rikkumine, mis on ettekatsetamatu ja tekib teadmatusel põhineva hirmu tõttu, kuid teeb inimesele samasugust kahju kui igasugune muu väärkohtlemise vorm. Vaimuhaiguse all kannatamine on piisavalt raske, et sellele mitte lisada tõrjutusest ja häbistamisest tulenevat lisakoormust ja kannatust.

Kutsudes komisjoni üles arendama rohelist raamatut edasi vaimse tervise õiguslikuks raamistikuks, peame rajama selle poliitika vaimseid häireid puudutavatele faktidele ja Lissaboni tegevuskava nõudele suurendada teadlikkust vaimsesse tervisesse investeerimise osas.

Meie poliitika aluseks on faktid:

- vaimuhäired, millest levinuim on unipolaarne depressioon, on kõige kiiremini kasvava levikuga terviserisk,
- maailmas kannatab 450 miljonit inimest neuroloogilise või vaimuhäire all,
- iga neljas inimene puutub selle probleemiga oma eluajal kokku,
- 121 miljonit inimest – igal aastal kolm inimest sajast – kannatab depressiooni all,
- igal aastal sooritab maailmas enesetapu miljon inimest, kümme miljonit inimest üritab enesetappu,
- neuropsühhiaatrilised häired põhjustavad ühe kolmandiku puuetest, 15% patsientidele tehtavatest kulutustest, peaaegu veerandi ravimitele tehtavatest kulutustest ning poole sotsiaaltöötajate töökoormusest, ainuüksi Ühendkuningriigis kaotatakse nende tõttu üle 90 miljoni tööpäeva,
- inimesed elavad kauem ja kokkuvõttes tervislikumalt, kuid vanadusaastatel muutub üha suurem hulk neist kehalt ja vaimult nõrgaks,
- lapse, täiskasvanu või eaka sugulase hooldajaid ei ole aidatud kohaneda vaimse tervise häiretega inimestele mõeldud uue kogukonnanaholdusega,
- tegelikult on uimastisõltuvus, kuritegevus, joomarlus, õnnetused, koolist puudumine, vandalism, raskestikasvatatavad õpilased, kodutus ja mitmed muud ühiskonna "probleemid" seotud vaimse tervise häiretega.

Kui me ei investeerime õigesse teenuste valikusse – patsiendihooldus, esmane hooldus, pikaajaline hooldus, järelvalve, keskmise tasemega järelvalve, päevahooldus, hooldamine kodus ning koolitatud töötajad kõigis neis valdkondades – ei saa me ravidada, hooldada ega rehabiliteerida praeguseid haigeid. Kui me ei investeerime oma kodanike vaimsesse tervisesse, jätkab nii arvude kui ka maksumuse skaala kiiret tõusmist. Kui me ei investeerime vaimse tervise ja vaimsete häirete uurimisse, jäävad eelarved haletsusväärseks väikeseks ja häbistamine ning eelarvamused jätkavad vohamist.

Patsiendid ja teenusekasutajad on õigusega liikumas tähelepanu keskpunkti. Neid teavitatakse tulevikus rohkem, neid kaasatakse neid puudutavate otsuste langetamisse ja nad kasutavad oma uusi õigusi aeglastest teenustest ringiga möödumiseks ja muutuste mõjutamiseks. Neid tuleb näha kui partnereid omaenda ravi läbiviimisel, aga ka teenuste kavandamisel. Tervishoiutöötajad peavad tegema seda, mida parimad töötajad enamikus tervishoiuvaldkondades teevad – enne otsuste langetamist selgitama ja nõu pidama. Sellisel juhul ei austa patsiendid pelgalt tervishoiutöötajate professionaalset hinnangut, vaid mõistavad võib-olla ka veidi paremini, mis oli valesti, ja muretsevad veidi vähem nendega tehtava üle. Inimõiguste vaatenurgast on see õige; samuti soodustab see ravi- ja hooldusprogrammi tulemuslikkust.

Toimunud on kiire liikumine isoleeritud institutsionaalselt ravilt ühiskondlike teenuste suunas. Seda on kohaldatud pikaajaliste ja mõnikord ka raskete häiretega inimestele ja vaimupuudega inimestele. Selleks, et need teenused oleksid edukad, vajavad need asjakohaseid ressursse ja multidistsiplinaarset meeskonnatööd. Samuti peavad need avalikkust veenma, et sellised meetodid on kasulikud nii patsientidele kui ka kogukondadele. Sünged meediakajastused patsientidest, kes vabastatakse raviastutusest ja põhjustavad kahju endale või teistele, võivad muuta olematuks inimlikuma süsteemi nimel töötatud aastad ja näitavad, kui oluline on asjakohane kontroll ja tasakaalustamine. Samuti võib seda teha avalikkuse ebakindlus selles osas, kas tänaval "veidralt" käituvale inimesele kohaldatakse asjakohast järelvalvet.



Meie vaimse tervise ravisüsteemis on viis peamist viga:

- ühiskondlike teenuste ebakohasus;
- võimetus kuulata teenusekasutajaid ja nende hooldajaid;
- erinevate asutuste suutmatuse või soovimatus koostööd teha;
- tõsine alarahastamine;
- ning vaimse tervise poliitika edendamise poliitika, mis enamikus riikides paistab silma oma peaaegu täieliku puudumisega.

Vaimse tervise häiretega inimesed vajavad, et üks organisatsioon tagaks neile kontakti, juurdepääsu meditsiinilisele hooldusele, majutusele ja muudele sotsiaalhooldusega soetud vajadustele, sissetulekule, juriidilistele teenustele ja rehabilitatsioonile. Teisisõnu on vaja ühtainsat hooldusasutust kõigi patsiendi vajaduste rahuldamiseks, usaldusväärset sõpra, kes tunneks teenust osutavaid organisatsioone. Sellega peavad kaasnema arstide, terapeutide ja põetajate, teadlaste, haiglate, kliinikute ja kogukondlike tööühikute juhtide oskused ja pühendumine ning patsientide huve esindavate VVOde toetus. Ent kui inimene on haige või haigusest toibumas, vajab ta kodu turvalisust, mitte paneelmajade isoleeritust, vaid elu kogukonnas, kus elukeskkond on osa toetusest ja stabiilsusest, mida inimene vajab. Inimene vajab juurdepääsu tegevustele, mis aitavad tal taastuda, ning perekonna ja naabrite toetust. See kõik on sama oluline kui ravimi- või teraapiakuurid, kuid sellise ulatusega toetuse korraldamine võib vähemalt praegu olla väljaspool meie võimeid.

Seega vajavad paljud meist sellist valgustatud hooldust. Teaduse ja ühiskonna areng on loonud vaimse tervise ja sotsiaalhoolduse jaoks uusi väljakutseid ja põhjustanud kulutusi. Parema tervise ja pikemaajaline elanikkond tähendab äärmiselt sõltuvaid vanadusaastaid, millega kaasneb sageli nii vaimne kui ka füüsiline nõrkus; elustiili, hariduse ja tööga seotud pinged, muutused perekonna struktuuris, isoleeritus ning elanike sunnitud liikumine võivad kõik põhjustada vaimse tervise häireid – psühhoose ja neuroose, mis on sageli seotud sõltuvusega; uued ravimid, teraapiad ja raviviisid põhjustavad suuremaid kulutusi; kulutused kaasnevad uute voodikohtade, hooldekodude, päevakodude ja kogukondlike tööühikutega. Ning poliitikamuudatused selles osas, kus ja millal ravimine ja hooldamine peab toimuma, on sageli lisanud ebakindlust tavapärastele probleemidele, mis tulenevad teadmiste ja ressursside puudumisest ning põhjustavad koos nendega eelarvamusi ja on häbistamise kasvulavaks.

Põhiküsimus on, kuidas tõmmata vaimsele tervisele rohkem poliitilist tähelepanu ja seejärel rahalisi vahendeid. Tegelikult jõuab vaimne tervis poliitikute ja avalikkuse teadvusesse vaid kriisi korral. Ühendkuningriigis saime raha algatuste ja reformide osas pärast seda, kui üks mees hüppas Londoni loomaaias lõvipuuri ja teine pussitas metroos võhivõõrast, rohkem kui kunagi varem, kuna kolleegid valitsuses nägid vajadust midagi ette võtta ning kuna press, parlament, avalikkus ja VVOd seda häälkalt nõudsid. Ent sellel oli oma hind – avalikkuse usaldus vähenes ja häbistamine suurenes.

Vaimse tervise edendamine ei saa niimoodi kasu isegi negatiivsetest lugudest. Valitsused, poliitikud ja isegi tervishoiuteenuste planeerijad teavad vaimse tervise edendamisest vähe. Peamiseks põhjuseks on, et neil pole aimugi, mida see tähendab või miks nad sellest huvituma peaksid. Vaimset tervist pidurdab neli tõsist tegurit. Valitsusele ja tervishoiuteenuste planeerijatele puudub igasugune avalik, ametialane ja meediasurve rohkem tegutseda, rohkem kulutada, rohkem saavutada. Erinevalt südamehaigustest, AIDSist või vähist teatakse vähe, mida saab teha vaimsete häiretega inimeste hoolduseks, ravimiseks ja rehabilitatsiooniks. Veelgi vähem teatakse, mida saab teha vaimuhaiguste ennetamiseks ja vaimse tervise

edendamiseks. Ning leidub vähe tulemuslikkuse uuringuid, mida tervishoiuministeeriumid ja haigla juhid, veel vähem avalikkus ja poliitikud mõista suudaksid. Valitsused, tööandjad, ametiühingud, koolid, kõrgkoolid, kohalikud omavalitsused ja kogukonnad, pered ja üksikisikud vajavad abi, et mõista, millist rolli nad võivad vaimse tervise tagamisel ja sellest tulenevalt vaimse tervise häirete ennetamisel, vähendamisel või leevendamisel mängida.

Meie kui poliitikakujundajate ülesanne on mõista, mida tähendab vaimse tervise häire all kannatamine. See tähendab peaaegu kindlasti, et inimest sildistatakse, patroniseeritakse, põlatakse, kardetakse ja suuremal või vähemal määral eraldatakse – nii ühiskonnas, perekonnas, töökohal, mänguväljakul kui isegi meie tervishoiu- ja sotsiaalkindlustussüsteemis. Väärastunud tõsiasi on, et inimene võib peituda, kuid ei saa põgeneda; ta ei saa tegutseda; ta ei saa ühiskonna arengule nii palju kaasa aidata, kui ta sooviks; ta ei saa elada täisväärtuslikku ja rahuldavat elu.

Seega peame me täitma oma kohustust poliitikakujundajatena. Teenus, mis ei pälvi ametialast, avalikku ja poliitilist toetust, reedab patsiente ja nende peresid kahekordselt. See ei võimalda asjakohast ravi ega hooldust, tingib avalikkuse usalduse vähenemist ja süvendab häbistamist.

Me peame harima ja teavitama, nii et me saaksime murda avalikus arvamuses, meediakajastustes ja valitsuse prioriteetides valitsevad eelarvamused. Me peame kuulama ning teenusekasutajatelt õppima ning nägema ja kaasama neid kui partnereid, mitte vaid patsiente. Me peame vaatama enda ja oma ühiskonna sisse ning teadvustama, et me võimaldame institutsionaliseeritud häbistamisel nakatada oma poliitilist, sotsiaalset ja tervishoiusüsteemi. Meie eesmärgiks peab olema veenda avalikkust seda uskuma ning veenda komisjoni ja liikmesriike tegutsema. Kui avalikkus usub, avaldavad nad Euroopa Liidule survet tegutsemiseks. Kui Euroopa Liit tegutseb, muudab see avalikkuse usu võimalikuks.

Me peame vaatama vaimse tervise häiretega inimestele silma. Seda tehes näeme tagasi peegeldatuna emotsioonide ja mõtete segadikku. Me näeme hirmu ja muret. Me näeme pettumuse ja ahastuse pisaraid. Ent me näeme ka lootust – lootust, et me kuulame; et me mõistame; et me hoolime; et me tegutseme; et me saame aidata.