

EUROOPAN PARLAMENTTI

2004



2009

Ympäristön, kansanterveyden ja elintarvikkeiden turvallisuuden valiokunta

VÄLIAIKAINEN
2006/2058(INI)

3.5.2006

MIETINTÖLUONNOS

väestön mielenterveyden parantamisesta – Tavoitteena Euroopan unionin
mielenterveysstrategia
(2006/2058(INI))

Ympäristön, kansanterveyden ja elintarvikkeiden turvallisuuden valiokunta

Esittelijä: John Bowis

SISÄLTÖ

	Sivu
EUROOPAN PARLAMENTIN PÄÄTÖSLAUSELMAESITYS	3
PERUSTELUT	7

EUROOPAN PARLAMENTIN PÄÄTÖSLAUSELMAESITYS

väestön mielenterveyden parantamisesta – Tavoitteena Euroopan unionin mielenterveysstrategia (2006/2058(INI))

Euroopan parlamentti, joka

- ottaa huomioon komission vihreän kirjan ”Väestön mielenterveyden parantaminen – Tavoitteena Euroopan unionin mielenterveysstrategia” (KOM(2005)0484),
 - ottaa huomioon Euroopan yhteisön perustamissopimuksen 2, 13 ja 152 artiklan,
 - ottaa huomioon perusoikeuskirjan,
 - ottaa huomioon neuvoston 18. marraskuuta 1999 antaman päätöslauselman mielenterveyden edistämisestä (2000/C 86/01),
 - ottaa huomioon 15. tammikuuta 2005 pidetyn WHO:n Euroopan alueen ministerikokouksen julistuksen mielenterveyden haasteisiin vastaamisesta Euroopassa ja ratkaisujen löytämisestä,
 - ottaa huomioon työjärjestyksen 45 artiklan,
 - ottaa huomioon ympäristön, kansanterveyden ja elintarvikkeiden turvallisuuden valiokunnan mietinnön sekä työllisyyden ja sosiaaliasioiden valiokunnan ja naisten oikeuksien ja sukupuolten tasa-arvon valiokunnan lausunnot (A6-0000/2006),
- A. ottaa huomioon, että yksi neljästä eurooppalaista kokee elämänsä aikana ainakin yhden merkittävän huonon mielenterveyden jakson ja että joka vuosi 18,4 miljoonan 18–65-vuotiaan ihmisen arvioidaan kärsivän vakavasta masennuksesta Euroopan unionissa,
- B. ottaa huomioon, että huonon mielenterveyden kustannukset yhteiskunnalle ovat valtavat, joidenkin arvioiden mukaan 3–4 prosenttia EU:n jäsenvaltioiden BKT:sta,
- C. ottaa huomioon, että joka vuosi 58 000 Euroopan unionin kansalaista tekee itsemurhan, mikä on enemmän kuin tieliikenneonnettomuuksien tai HIV:n/AIDS:in aiheuttamat kuolemantapaukset, ja että kymmenen kertaa useampi yrittää itsemurhaa,
- D. ottaa huomioon, että joissain Euroopan maissa jopa 85 prosenttia mielenterveyteen osoitetuista määrärahoista käytetään suurten laitosten ylläpitämiseen,
- E. ottaa huomioon, että ymmärryksen ja investointien puute mielenterveyden edistämisessä on johtanut yksilöiden terveyden heikkenemiseen ja työkyvyttömyyteen sekä aiheuttanut yhteiskunnallisia ongelmia,
- F. ottaa huomioon, että noin 40 prosenttia kaikista vangeista kärsii jostakin mielenterveyden häiriöstä, ja ottaa huomioon, että he yrittävät seitsemän kertaa todennäköisemmin

itsemurhaa kuin yhteisössä elävät ihmiset, ja ottaa huomioon, että epäasianmukainen vankeus voi pahentaa häiriötä ja estää kuntoutuksen,

- G. ottaa huomioon, että koko Euroopan unionissa ei ole kiinnitetty riittävästi huomiota lasten ja nuorten mielenterveyteen eikä siihen ole annettu riittävästi resursseja,
- H. ottaa huomioon, että pitkäikäisyys tarkoittaa sitä, että yhä useampi ihminen elää myöhempinä vuosinaan neurodegeneratiivisen taudin kanssa,
- I. ottaa huomioon, että Euroopan unionin valtioissa on siirrytty sekä kroonisista ja vakavista häiriöistä että oppimisvaikeuksista kärsivien ihmisten osalta pitkäaikaisesta laitoshoidosta kohti tuettua yhteisöelämää, mutta ottaa huomioon, että tämä on toteutettu ilman riittävää suunnittelua ja yhteisöpalvelujen resursointia,
1. on tyytyväinen komission sitoumukseen edistää mielenterveyttä; vaatii mielenterveydelle suurempaa painoarvoa terveyspolitiikassa ja katsoo, että mielenterveyden edistämisen olisi kuuluttava kaikkien komission osastojen ja kaikkien jäsenvaltioiden ministeriöiden politiikkaan;
 2. katsoo, että hyvä mielenterveys on edellytys EU:n talouden terveelle suorituskyvyille;
 3. katsoo, että komission tulevat ehdotukset olisi laadittava yhteistyössä mielenterveysongelmista kärsineiden henkilöiden, heidän hoitajiensa ja mielenterveyttä edistävien kansalaisjärjestöjen kanssa ja heitä kuullen;
 4. katsoo myös, että tarvitaan erilaisia toimia mielenterveyden edistämisen, mielenterveyden parantamisen ja mielenterveyshäiriöiden torjumisen kolmen tavoitteen saavuttamiseksi;
 5. korostaa tarvetta käyttää huolellisesti termejä kuten ”huono mielenterveys”, ”mielenterveyden häiriöt”, ”vakava mielisairaus” ja ”persoonallisuushäiriö”;
 6. kehottaa sisällyttämään oppimishäiriöistä kärsivät tuleviin strategioihin, koska he kohtaavat samanlaisia ongelmia kuin mielenterveyden häiriöistä kärsivät ihmiset, mukaan luettuna sosiaalinen syrjäytyminen, laitostuminen, ihmisoikeusloukkaukset, häpeän leima sekä heidän ja heidän hoitajiensa kokema tuen puute;
 7. on tyytyväinen siihen, että komissio korostaa lapsia, työntekijöitä, vanhuksia ja yhteiskunnan vähäosaisia jäseniä keskeisinä kohderyhminä, mutta ulottaisi tämän sisältämään esimerkiksi pitkäaikaisesta tai parantumattomasta sairaudesta kärsivät, vangit, etniset tai muut vähemmistöryhmät, kodittomat ja erityisesti naisiin liittyvät mielenterveys- ja hoitoasiat;
 8. tunnustaa, että miehillä ja naisilla voi olla erilaisia mielenterveyttä koskevia tarpeita ja että on tutkittava erityisesti yhteyttä pakollisen sairaalahoidon ja naisten itsensä vahingoittamisen välillä;

9. vaatii monialaista ja monen viraston reaktiota monimutkaisten mielenterveystilanteiden käsittelemiseksi esimerkiksi sen suhteen, miten tukea parhaiten lapsia, joilla on käytösongelmia tai syömishäiriöitä tai joiden vanhemmat kärsivät huonosta mielenterveydestä (tai joita pidetään pitkiä aikoja laitoksessa);
10. vaatii, että työnantajat ottavat käyttöön mielenterveyttä työssä edistäviä toimintatapoja keskeisenä osana työterveyttä ja -turvallisuutta koskevaa vastuutaan ja että toimintatavat olisi julkaistava ja niitä olisi valvottava nykyisen terveyttä ja turvallisuutta koskevan lainsäädännön puitteissa;
11. katsoo, että jäsenvaltioiden olisi tehtävä yhteistyötä tehokkaiden strategioiden määrittelemiseksi ja täytäntöön panemiseksi, jotta itsemurhia voitaisiin vähentää erityisesti nuorten ja muiden riskiryhmien keskuudessa;
12. pitää Euroopan väestön ikääntymistä yhtenä mielenterveyden suurimmista haasteista ja kehottaa korostamaan entistä enemmän neurodegeneratiivisten tautien torjumista ja hoitoa;
13. korostaa, että mielenterveyden häiriöistä kärsiviä olisi hoidettava arvokkaasti ja inhimillisesti; että olisi ymmärrettävä heidän oikeuttaan saada hoitoa tai kieltäytyä siitä; että heidän olisi annettava mahdollisuuksien mukaan osallistua heidän omaa hoitoaan koskeviin päätöksiin ja että heitä olisi kuultava yhteisesti palveluista; että lääkkeitä määrättäessä niillä pitäisi olla mahdollisimman vähän sivuvaikutuksia; katsoo, että pakkohoidon laitoksessa olisi oltava viimeinen vaihtoehto;
14. vaatii häpeän leiman torjumisen olevan keskeinen osa tulevia strategioita, koska huonoon mielenterveyteen liittyvä häpeän leima johtaa yhteiskunnan hyljintään joka elämänalalla työstä perheeseen ja yhteisöstä terveydenhoitoalan ammattilaisiin;
15. korostaa tarvetta uudistaa mielenterveyspalveluja niin, että ne perustuvat kotona tai turvamajoituksessa annettavaan korkealaatuiseen yhteisöhoitoon, jossa he saavat asianmukaista terveys- ja sosiaalihoitoa ja johon kuuluu säännöllistä valvontaa ja arviointia sekä mielenterveysongelmista kärsivien ja heidän hoitajiensa jaksottaista hoitoa ja jossa terveys-, sosiaali-, asumis-, koulutus-, kuljetus-, tuki- ja muita palveluja pyritään tarjoamaan keskitetysti; korostaa, että tätä olisi tuettava useilla akuutteihin ja kroonisiin tarpeisiin sekä potilaiden hoitoon liittyviin turvallisuusvaatimuksiin vastaavilla sairaalapalveluilla, mutta että jokaista, joka saa pakkohoitoa laitoksessa, olisi valvottava riippumattomasti;
16. katsoo, että sekä mielenterveys- että riippuvuusongelmista kärsivien ihmisten olisi normaalisti saatava rinnakkaishoitoa;
17. korostaa, että ihmisten terveyden psyykkiset ja fyysiset näkökohdat ovat yhteydessä toisiinsa;
18. kannattaa komission kommentteja laitoshoidosta kotiuttamisesta, sillä pitkäaikainen oleskelu mielisairaalassa voi johtaa häpeän leiman vahvistumiseen ja sosiaaliseen syrjäytymiseen, mutta tunnustaa, että on ponnisteltava enemmän yleisön vakuuttamiseksi

siitä, että yhteisöhoito on tehokas keino hoitaa vakavasta mielenterveyden häiriöstä tai oppimishäiriöstä kärsiviä ihmisiä;

19. ehdottaa, että komissio tunnustaa hyvien toimintatapojen paikat ja esimerkit ja levittää niistä yksityiskohtaista tietoa kaikille jäsenvaltioille, sillä kyseisiä ”demonstraatiopaikkoja” voi verrata WHO:n ”Nations for Mental Health” -ohjelman paikkoihin;
20. katsoo, että termin ”hoito” olisi sisällettävä sekä lääkkeitä että muut hoitomuodot, joista kumpi tahansa, tai niiden yhdistelmä, voi olla paras hoito missä tahansa tapauksessa;
21. katsoo myös, että hoidon lisäksi vaaditaan asianmukaista sosiaalista ympäristöä ja yhteisön tukea mielenterveysongelmien torjumiseksi ja psyykkisen hyvinvoinnin parantamiseksi ja edistämiseksi;
22. kehottaa komissiota tukemaan jatkuvia uudistuksia kaikissa jäsenvaltioissa, joissa on aikaisemmin käytetty väärin psykiatria, käytetty liikaa lääkkeitä tai suljettua hoitoa, tai joissa on ollut epäinhimillisiä käytäntöjä, kuten häkkisänkyjä tai liiallista eristyshuoneiden käyttöä;
23. vaatii tutkimaan lisää vähemmän sivuvaikutuksia aiheuttavia tehokkaampia lääkkeitä, mielenterveyden häiriöiden ja itsemurhien tekijöitä sekä mielenterveyden edistämiseen tehtyjen investointien tulosten arviointia;
24. katsoo lisäksi, että on tutkittava enemmän häpeän leimaa ja keinoja sen torjumiseksi, yksittäisten palvelujen käyttäjien ja heidän hoitajiensa kokemuksia, eri palvelujen ja ammattien työn suhteita sekä rajatylittävää palvelujen tarjoamista;
25. katsoo, että mielenterveyspalvelujen olisi saatava rahoitusta, joka vastaa kustannuksia, joita mielenterveyden häiriöt aiheuttavat yksilöille, terveydelle ja sosiaalihuollon palveluille ja koko yhteiskunnalle, jos palvelujen halutaan olevan tehokkaita ja herättävän yleistä luottamusta;
26. tunnustaa arvokkaan panoksen, jonka epäviralliset hoitajat antavat tukiessaan ihmisiä, joilla on mielenterveysongelmia, ja tunnustaa myös, että monilla heistä on omia hoitotarpeita ja että he tarvitsevat tukea, jos heidän odotetaan jatkavan hoidon tarjoamista;
27. vaatii komissiota perustamaan ”mielenterveyden koordinointi- ja valvontaryhmän” tiedon keräämiseksi mielenterveyden toimintatavoista ja edistämisestä EU:ssa;
28. kehottaa EU:ta ja AKT-maita tekemään tiivistä yhteistyötä hyvään mielenterveyteen investoinnissa kehitysyhteistyön ja Cottonoun politiikan avulla;
29. kehottaa puhemiestä välittämään tämän päätöslauselman neuvostolle, komissiolle, jäsenvaltioille, ATK-maille ja Maailman terveysjärjestön Euroopan aluetoimistolle.

PERUSTELUT

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

(”Viime viikkoina olemme löytäneet äänemme uudestaan ja olemme oppineet jälleen kävelemään pää pystyssä.”)

– Stefan Heym – marraskuu 1989, Alexanderplatz, Itä-Berliini

Stefan Heymin marraskuussa 1989 lausumat sanat itäberliiniläisten suurelle joukolle, joka oli kokoontunut syrjäyttämään raa’an hallinnon, olisi oltava meidän oppaanamme kun kaadamme ja uudistamme mielenterveyden hoitokäytäntöjä Euroopassa, sillä ne voivat olla usein resursseiltaan riittämättömiä ja ajattelemattoman julmia. Meidän on saatettava mielenterveys sille hoidon, terapian, kuntoutuksen ja potilassuhteen tasolle, jota odotamme parhailta fyysisen terveyden järjestelmiltä. Mielenterveyttä koskevaa vihreää kirjaa voidaan pitää myönteisenä ja se voidaan hyväksyä. Nyt odotetaankin nopeaa ja kattavaa ehdotusta, jolla kauniit sanat muutetaan tehokkaaksi lainsäädäntö- ja kodifointitoiminnaksi.

Mielenterveydenhoidon haasteena on muuttaa järjestelmät, asenteet ja mahdollisuudet. Neljänkymmenen viime vuoden aikana on päästy pois mielenterveyden häiriöiden hoidon pimeästä keskiajasta. Joissain Euroopan osissa psykiatria on käytetty väärin; joissakin osissa tämä on ilmennyt eristämisenä mielisairaaloihin, millä liian usein tyynnyteltiin herkkätunteista yleisöä ”poissa silmistä, poissa mielestä” -laitostamisella, samalla kun potilaita ei juurikaan autettu toipumaan ja kuntoutumaan; toisaalla hoidossa käytettiin liikaa lääkkeitä; usein potilaat laitettiin vankilaan eikä sairaalaan. Missään hoitomuodossa ei ymmärretty, mistä mielenterveyden edistämisessä on kyse.

Mielellään ajatellaan, että mielenterveyspotilaisiin kohdistuneista ihmisoikeusrikkomuksista on päästy eroon. Monilla tavoin tämä pitää paikkansa. Edelleen keskustellaan pakkohoidosta; kotiuttamista tai psykiatriseen sairaalaan sijoittamista koskevat päätökset ovat joskus hataria; laitoshoidossa paljastuu joskus potilaiden hyväksikäyttötapauksia; on paljon todisteita potilaiden, perheiden ja yhteisöjen kiistanalaisista ja ristiriitaisista oikeuksista. Kaiken kaikkiaan esteitä on kuitenkin vähemmän, potilailla on enemmän valinnanvaraa ja oikeuksia, oikeudellisia tarkastuksia ja arviointeja tehdään useammin sen varmistamiseksi, että potilaiden kansalaisoikeuksia ei loukata.

Silti pimeä keskiaika vallitsee vielä ainakin yhdessä suhteessa. Kyseessä on häpeän leima. Kaikissa Euroopan maissa vallitseva häpeän leima on ihmisoikeusloukkaus, tarkoitukseton sellainen, ja se syntyy tietämättömyyteen perustuvasta pelosta, mutta on yhtä vahingollinen yksilölle kuin mikä tahansa muu loukkaus. Elämä mielisairauden kanssa on riittävän vaikeaa ilman ylimääräistä torjunnan ja leimaamisen aiheuttamaa taakkaa ja tuskaakin.

Kun komissiota pyydetään kehittämään vihreää kirjaansa mielenterveyden kehikseksi, kyseinen politiikka on perustettava mielenterveyden häiriöitä koskeviin faktoihin ja Lissabonin tavoitteiden imperatiiviin mielenterveyteen sijoittamisen arvon tunnustamisesta entistä selvemmin.

Politiikan taustalla ovat seuraavat seikat:

- Mielenterveyden häiriöt ovat nopeimmin kasvava terveydenhuollon taakka, ja unipolaarinen masennus on yleisin häiriö.
- 450 miljoonaa ihmistä maailmassa kärsii neurologisesta tai mielenterveyden häiriöstä.
- Mielenterveyden häiriöt koskettavat joka neljännen ihmisen elämää.
- 121 miljoonaa ihmistä kärsii masennuksesta – kolme ihmistä sadasta joka vuosi.
- Miljoona ihmistä maailmassa tekee itsemurhan. Kymmenen miljoonaa yrittää itsemurhaa joka vuosi.
- Neuropsykiatriset häiriöt aiheuttavat kolmasosan työkyvyttömyystapauksista, 15 prosenttia sairaalapotilaiden kuluista, lähes neljänneksen lääkerekuluista, puolet sosiaalityöntekijöiden tapauksista ja yksin Yhdistyneessä kuningaskunnassa yli 90 miljoonaa työpäivän menetystä vuosittain.
- Ihmiset elävät kauemmin ja kaiken kaikkiaan terveemmin, mutta elämänsä viime vuosina yhä useampi heistä haurastuu ruumiiltaan ja mieleltään.
- Lapsen, aikuisen tai vanhemman sukulaisen hoitajia ei ole autettu sopeutumaan uuteen mielenterveysongelmista kärsivien ihmisten yhteisöhoitoon.
- Huumeriippuvuus ja rikollisuus, juopottelu, onnettomuudet, toistuvat poissaolot, vandalismi, häiritsevät oppilaat, kodittomat ja monet yhteiskunnan ”ongelmista” ovat itse asiassa yhteydessä mielenterveyden ongelmiin.

Jos oikeanlaisiin palveluihin – sairaalapotilaiden hoitoon, akuuttiin hoitoon, pitkäaikaishoitoon, suljettuun hoitoon, osittaisiin rajoituksiin perustuvaan hoitoon, päivähoitoon, kotihoitoon ja koulutettuun henkilökuntaan kaikille – ei sijoiteta nyt, sairaana olevia ei paranneta, hoideta tai kuntouteta. Jos kansalaisten mielenterveyteen ei sijoiteta, käyrä jatkaa nopeaa kasvuaan sairastuneiden lukumäärän ja kustannusten osalta. Jos mielenterveyttä ja mielenterveyden häiriöitä koskevaan tiedottamiseen ei sijoiteta, talousarviot säilyvät mitättöminä ja häpeä ja ennakkoluulot vallitsevat.

Potilaat ja palvelujen käyttäjät ovat vakaasti ja perustellusti siirtymässä huomion keskipisteeseen. Heille tiedotetaan paremmin, heidät otetaan paremmin mukaan heitä koskevaan päätöksentekoon, ja he käyttävät uusia oikeuksiaan hitaan palvelun ohittamiseksi ja muutoksen aikaansaamiseksi. Heitä on pidettävä omien hoitosuunnitelmiansa ja palvelujen suunnittelun osapuolina. Terveydenhuollon ammattilaisten on toimittava niin kuin parhaat toimivat terveydenhuollon useimmilla aloilla – selitettävä ja neuvoteltava ennen päätösten tekoa. Sitten potilas ei vain noudata ammattilaisen arviota, vaan kenties ymmärtäisi myös hieman paremmin ongelman eikä olisi niin huolissaan siitä, mitä hänelle tehdään. Tämä olisi oikein ihmisoikeuksien kannalta, ja siten noudatettaisiin myös paremmin hoito-ohjelmaa ja saavutettaisiin parempia tuloksia.

Etäisestä laitoshoidosta on hiljalleen siirrytty yhteisöpalveluihin. Sitä on sovellettu ihmisiin, joilla on pitkäaikaisia ja joskus vakavia häiriöitä, sekä ihmisiin, joilla on oppimisvaikeuksia. Jotta kyseiset palvelut olisivat menestyksekkäitä, ne tarvitsevat asianmukaisia resursseja ja

monialaista yhteistyötä. On myös vakuutettava yleisö siitä, että tällaiset menetelmät toimivat sekä potilaiden että yhteisöjen hyväksi. Tiedotusvälineiden kaunistelemattomat kertomukset potilaista, jotka on kotiutettu ja jotka ovat aiheuttaneet vahinkoa itselleen tai muille, voivat tehdä tyhjäksi vuosien työn inhimillisemmän järjestelmän hyväksi ja osoittavat, miten ratkaisevan tärkeitä asianmukaiset tarkastukset ja arvioinnit ovat. Samoin voi vaikuttaa yleisön epävarmuus siitä, valvotaanko kadulla ”omituisesti” käyttäytyvää henkilöä asianmukaisesti.

Mielenterveysjärjestelmässä on viisi keskeistä puutetta:

- yhteisöpalvelujen riittämättömyys,
- palvelujen käyttäjien ja heidän hoitajiensa riittämätön kuuleminen,
- eri laitosten kyvyttömyys tai haluttomuus tehdä yhteistyötä,
- täysin riittämätön rahoitus, sekä
- mielenterveyttä edistävä politiikka, joka puuttuu useimmista maista lähes kokonaan.

Mielenterveysongelmista kärsivä henkilö tarvitsee keskitetyn palvelupisteen, jossa yksi organisaatio varmistaa kontaktin, lääketieteellisen hoidon saatavuuden, asumisen ja muut sosiaalihoitoon tarpeet, tulot, oikeudelliset palvelut sekä kuntoutuksen. Toisin sanoen yksi virasto hoitaa henkilön kaikki tarpeet ja on luotettava ystävä, joka tuntee hänen tiensä tarjoajaorganisaatioissa. Tätä on tuettava lääkäreiden, terapeuttien ja sairaanhoitajien, tutkijoiden, sairaaloiden johtajien, klinikoiden ja yhteisöryhmien taidoilla ja sitoumuksella sekä kansalaisjärjestöjen tuella. Mutta sairaudesta kärsivä tai sairaudesta toipuva tarvitsee kodin turvaa, ei eristyksissä olevassa kerrostaloasunnossa ränsistyneellä asuinalueella, vaan yhteisössä, jossa elinympäristö on osa toipilaan tarvitsemaa tukea ja vakautta. Sairaudesta toipuva henkilö tarvitsee toipumista edistäviä aktiviteetteja sekä perheen ja naapurien tukea. Kaikki nämä ovat yhtä tärkeitä kuin lääkitys tai terapiaistunnot, mutta tällaisen tuen järjestäminen voi olla ainakin tällä hetkellä mahdotonta.

Monet meistä tulevat tarvitsemaan tätä valistunutta hoitoa. Tieteen ja yhteiskunnan kehittyminen on tuonut uusia haasteita ja uusia kustannuksia mielenterveyden hoitoon ja sosiaalihoitoon. Terveempi ja pidempään elävä väestö tietää myöhemmin suuren riippuvuuden vuosia, usein mielen ja ruumiin haurautta; elämäntapa, koulutus ja työpaineet, muutokset perherakenteissa, eristys sekä väestön pakkosiirrot voivat kaikki laukaista mielenterveyden ongelmia – psykooseja, neurooseja ja usein niihin liittyvän riippuvuuden; uudet lääkkeet, terapiat ja hoidot ovat tuoneet mukanaan kasvavia kustannuksia; uusia kustannuksia syntyy myös uusista vuoteista, keskuksista, päivähoidosta ja yhteisöryhmistä. Poliittikan muutokset sen osalta, missä ja miten hoitoa annetaan, ovat perusongelmien eli ymmärryksen puutteen ja riittämättömien resurssien lisäksi synnyttäneet epävarmuutta, joka on yhdessä ongelmien kanssa ruokkinut ennakkoluuloja ja häpeän leimaa.

Keskeinen kysymys on, kuinka osoittaa enemmän poliittista huomiota ja siten määrärahoja mielenterveyteen. Mielenterveys saa osakseen poliitikkojen ja yleisön huomion vain silloin, kun kyseessä on kriisi. Yhdistyneessä kuningaskunnassa mielenterveyden alalla saavutettiin enemmän edistystä määrärahoina, aloitteina ja uudistuksina mitattuna kuin koskaan aikaisemmin, kun eräs mies hyppäsi leijonan luolaan Lontoon eläintarhassa ja toinen puukotti

ohikulkijaa metrossa, koska hallituksen kollegat ymmärsivät, että jotain on tehtävä, ja lehdistö, parlamentti, yleisö ja kansalaisjärjestöt vaativat sitä. Mutta siitä jouduttiin maksamaan – hintana oli alentunut julkinen luottamus ja kasvanut häpeän leima.

Mielenterveyden edistämistyö ei hyödy negatiivisista kertomuksista edes tällä tavoin. Hallitukset, poliitikot tai edes mielenterveyspalvelujen suunnittelijat eivät juurikaan osoita ymmärrystä mielenterveyden edistämiseksi. Tärkein syy on se, ettei heillä ole aavistustakaan mistä on kysymys tai miksi heidän pitäisi olla kiinnostuneita. Mielenterveysala kärsii nelinkertaisesta koettelemuksesta. Yleisö, ammattilaiset ja tiedotusvälineet eivät jatkuvasti painosta hallitusta ja terveyspalveluja tekemään lisää, sijoittamaan enemmän ja saavuttamaan enemmän. Toisin kuin sydäntautien, AIDS:in tai syövän tapauksessa ei ole juurikaan tietoa siitä, mitä hoidon ja kuntoutuksen eteen voidaan tehdä. Vielä vähemmän ymmärretään sitä, mitä voidaan tehdä mielisairauksien torjumiseksi ja mielenterveyden edistämiseksi. Eikä ole olemassa moniakaan tulosten arviointeja, joita terveysministeriöt ja johtajat, saati yleisö ja poliitikot voisivat ymmärtää. Hallituksia, työntekijöitä, ammattiliittoja, kouluja, korkeakouluja, paikallisvaltuustoja ja -yhteisöjä, perheitä ja yksilöitä on kaikkia autettava ymmärtämään, miten he voivat toimia hyvän mielenterveyden varmistamiseksi ja siten mielenterveysongelmien torjumiseksi, vähentämiseksi tai lieventämiseksi.

Poliitikkojen haasteena on ymmärtää, mitä mielenterveysongelmasta kärsiminen tarkoittaa. Se tarkoittaa lähes varmasti sitä, että potilas on leimautunut, holhottu, halveksittu, peloissaan ja enemmän tai vähemmän eristetty – yhteiskunnassa, yhteisössä, työpaikalla, arkielämässä ja jopa terveydenhoito- ja sosiaalijärjestelmässä. Kieroutuneessa vastoinkäymisessä potilas voi piileskellä, muttei pääse pakoon; hän ei voi toimia; hän ei voi antaa panostaan yhteiskunnalle toiveidensa mukaan; hän ei voi elää täyttä ja tyydytystä tuottavaa elämää, kuten haluaisi.

Meidän on siis hyväksyttävä poliittiset vastuamme. Palvelu, joka ei saa ammattilaisten, yleisön eikä poliittista tukea, pettää potilaat ja heidän perheensä kaksinkertaisesti. Se epäonnistuu hoitamaan asianmukaisesti ja aiheuttaa yleisen luottamuksen heikkenemisen kierteen ja vahvistaa siten häpeän leimaa.

On koulutettava ja tiedotettava niin, että julkista asennetta, tiedotusvälineitä ja hallituksen painopistealoja hallitsevat ennakkoluulot voidaan murtaa. On kuunneltava palvelujen käyttäjiä ja opittava heiltä ja pidettävä heitä kumppaneina eikä vain potilaina sekä annettava heille osallistumismahdollisuus. On katsottava itseensä ja yhteiskuntaan ja tunnustettava, että institutionalisoidun leimaamisen annetaan vaikuttaa poliittisiin, sosiaalisiin ja terveydenhuollon järjestelmiin. Kaksinkertaisena tavoitteena olisi oltava, että yleisö vakuutetaan uskomaan ja komissio ja jäsenvaltiot toimimaan. Jos yleisö uskoo, se painostaa Euroopan unionia toimimaan. Jos Euroopan unionin toimii, se mahdollistaa julkisen uskon.

On katsottava mielenterveysongelmista kärsivien ihmisten silmiin. Kun niin tehdään, nähdään heijastus tunteiden ja ajatusten sekamelskasta. Nähdään pelkoa ja huolta. Nähdään turhautumisen ja epätoivon kyyneleitä. Mutta nähdään myös toivo – toivo siitä, että heitä kuunnellaan, että heitä ymmärretään, että heistä pidetään huolta, että toimitaan ja että he saavat apua.