

PARLAMENT EUROPEJSKI

2004



2009

Komisja Ochrony Środowiska Naturalnego, Zdrowia Publicznego i Bezpieczeństwa Żywności

WERSJA TYMCZASOWA
2006/2058(INI)

3.5.2006

PROJEKT SPRAWOZDANIA

w sprawie zielonej księgi „Poprawa zdrowia psychicznego ludności – Strategia zdrowia psychicznego dla Unii Europejskiej”
(2006/2058 (INI))

Komisja Ochrony Środowiska Naturalnego, Zdrowia Publicznego i
Bezpieczeństwa Żywności

Sprawozdawca: John Bowis

PR_INI

SPIS TREŚCI

	Strona
PROJEKT REZOLUCJI PARLAMENTU EUROPEJSKIEGO	3
UZASADNIENIE	8

PROJEKT REZOLUCJI PARLAMENTU EUROPEJSKIEGO

w sprawie Zielonej Księgi „Poprawa zdrowia psychicznego ludności – Strategia zdrowia psychicznego dla Unii Europejskiej” (2006/2058 (INI))

Parlament Europejski,

- uwzględniając zieloną księgę Komisji „Poprawa zdrowia psychicznego ludności – Strategia zdrowia psychicznego dla Unii Europejskiej” (COM(2005)0484),
 - uwzględniając art. 2, 13 i 152 traktatu WE,
 - uwzględniając kartę praw podstawowych,
 - uwzględniając rezolucję Rady z dnia 18 listopada 1999 r. w sprawie wspierania zdrowia psychicznego (2000/C 86/01),
 - uwzględniając deklarację europejskiej konferencji ministerialnej WHO z dnia 15 stycznia 2005 r. w sprawie sprostania wyzwaniom związanym z ochroną zdrowia psychicznego w Europie oraz opracowania rozwiązań w tym zakresie,
 - uwzględniając art. 45 Regulaminu,
 - uwzględniając sprawozdanie Komisji Ochrony Środowiska Naturalnego, Zdrowia Publicznego i Bezpieczeństwa Żywności, a także opinie Komisji Zatrudnienia i Spraw Socjalnych oraz Komisji Praw Kobiet i Równouprawnienia (A6-0000/2006),
- A. mając na uwadze, że jedna czwarta osób w Europie przynajmniej raz w życiu cierpiała na poważne zaburzenie psychiczne, a także szacunki, że każdego roku w Unii Europejskiej 18,4 mln osób w wieku 18-65 lat cierpi na głęboką depresję,
- B. mając na uwadze, że choroby psychiczne wiążą się z ogromnymi kosztami ekonomicznymi obciążającymi społeczeństwo, pochłaniając według niektórych obliczeń 3-4% PKB w państwach członkowskich Unii Europejskiej,
- C. mając na uwadze, że każdego roku samobójstwo popełnia około 58 000 obywateli Unii Europejskiej, czyli więcej niż wynosi liczba osób ginących corocznie z powodu wypadków drogowych i HIV/AIDS, oraz mając na uwadze, że dziesięciokrotnie większa liczba osób próbuje popełnić samobójstwo,
- D. mając na uwadze, że w niektórych państwach europejskich do 85% środków przeznaczonych na ochronę zdrowia psychicznego wydawanych jest na prowadzenie dużych instytucji,
- E. mając na uwadze, że brak zrozumienia istoty promowania zdrowia psychicznego oraz brak inwestycji w tej dziedzinie przyczyniły się do pogorszenia stanu zdrowia i utraty sprawności przez jednostki oraz do problemów społecznych,

- F. mając na uwadze, że około 40% wszystkich więźniów cierpi na jakąś formę zaburzeń psychicznych oraz że wśród tych osób prawdopodobieństwo popełnienia samobójstwa jest siedmiokrotnie wyższe, niż wśród pozostałych członków społeczeństwa; mając także na uwadze, że nieodpowiednie warunki pozbawienia wolności mogą pogłębić zaburzenia oraz uniemożliwić resocjalizację,
- G. mając na uwadze, że na terytorium Unii Europejskiej nie poświęca się dostatecznej uwagi i środków na ochronę zdrowia psychicznego dzieci i ludzi młodych,
- H. mając na uwadze, że zjawisko długowieczności wiąże się ze wzrostem liczby osób w podeszłym wieku cierpiących na choroby neurodegeneracyjne,
- I. mając na uwadze, że w większości państw Unii Europejskiej pojawiła się tendencja do odchodzenia od długotrwałej zinstytucjonalizowanej opieki nad osobami cierpiącymi na chroniczne i poważne zaburzenia oraz osobami mającymi trudności z nauką na rzecz zapewniania im wsparcia umożliwiającego życie w społeczeństwie, jednakże w procesie tym zabrakło odpowiedniego planowania i środków na rzecz usług lokalnych,
1. przyjmuje z zadowoleniem zaangażowanie Komisji w promowanie zdrowia psychicznego, wzywa do przyznania tej kwestii większego priorytetu w ramach polityki ochrony zdrowia oraz uważa, że powinna ona być uwzględniona w strategiach politycznych wszystkich dyrekcji Komisji oraz ministerstw państw członkowskich;
 2. uważa, że dobry stan zdrowia psychicznego stanowi warunek dobrego funkcjonowania gospodarki UE;
 3. uważa, że wszelkie przyszłe propozycje Komisji powinny przewidywać partnerstwo i konsultacje z osobami, które doświadczyły problemów ze zdrowiem psychicznym, ich opiekunami oraz organizacjami pozarządowymi działającymi w ich interesie;
 4. uważa ponadto, że niezbędne będzie podjęcie różnych działań w celu osiągnięcia trzech celów: promowania zdrowia psychicznego, poprawy zdrowia psychicznego oraz profilaktyki zaburzeń psychicznych;
 5. podkreśla potrzebę ostrożnego posługiwania się takimi pojęciami jak „zły stan zdrowia psychicznego”, „zaburzenia psychiczne”, „poważne choroby psychiczne” oraz „zaburzenia osobowości”;
 6. wzywa do uwzględnienia w ramach wszelkich przyszłych strategii osób mających trudności z nauką, ponieważ natrafiają one na podobne problemy co osoby cierpiące na zaburzenia psychiczne, włączające wykluczenie społeczne, instytucjonalizację, naruszanie praw człowieka, napiętnowanie oraz brak pomocy dla nich samych i ich opiekunów;
 7. przyjmuje z zadowoleniem fakt, że dzieci, pracownicy, osoby starsze oraz defaworyzowani członkowie społeczeństwa zostali uznani przez Komisję za podstawowe grupy docelowe, jednak uważa, że należy rozszerzyć zakres tych grup, np. o osoby cierpiące na choroby przewlekłe i nieuleczalne, więźniów, członków mniejszości etnicznych i innych mniejszości, osoby bezdomne, jak również o szereg kwestii dotyczących zdrowia psychicznego i opieki odnoszących się szczególnie do kobiet;

8. uznaje, że mężczyźni i kobiety mają różne potrzeby w zakresie zdrowia psychicznego i że niezbędne jest przeprowadzenie dalszych badań, w szczególności dotyczących zależności między przymusową opieką szpitalną a przypadkami samookaleceń wśród kobiet;
9. wzywa do przyjęcia multidyscyplinarnej strategii działania opartej na współdziałaniu wielu instytucji w złożonych sytuacjach związanych ze złym stanem zdrowia psychicznego, takich jak pomoc dzieciom mającym problemy behawioralne lub zaburzenia łaknienia, jak również dzieciom, których rodzice cierpią na zaburzenia psychiczne (lub przebywają w placówkach długotrwałej opieki);
10. wzywa pracodawców do realizacji programów sprzyjających utrzymaniu dobrego stanu zdrowia psychicznego w środowisku pracy, jako elementu niezbędnego do wypełnienia spoczywających na nich obowiązków w dziedzinie bezpieczeństwa i higieny pracy oraz uważa, że programy te powinny być podawane do informacji publicznej i monitorowane na podstawie obowiązujących przepisów dotyczących bezpieczeństwa i higieny pracy;
11. uważa, że państwa członkowskie powinny współpracować ze sobą na rzecz opracowania i realizacji efektywnych strategii ograniczania liczby samobójstw, w szczególności wśród osób młodych oraz innych grup wysokiego ryzyka;
12. uznaje, że jedno z największych wyzwań w zakresie ochrony zdrowia psychicznego wiąże się ze zjawiskiem starzenia się ludności Europy oraz nalega na położenie większego nacisku na profilaktykę i opiekę w zakresie chorób neurodegeneracyjnych;
13. podkreśla, że osoby cierpiące na zaburzenia psychiczne zasługują na godną i ludzką opiekę i traktowanie; że należy zapewnić jasność co do prawa decydowania przez te osoby o poddaniu się leczeniu; że powinny być one uprawnione, we wszystkich możliwych przypadkach, do udziału w decyzjach dotyczących własnego leczenia oraz konsultowane zbiorowo w sprawie świadczonych im usług, że przepisywane im leki powinny mieć możliwie najmniej skutków ubocznych; uważa, że przymusowa hospitalizacja powinna być stosowana jedynie w ostateczności;
14. wzywa, by działania na rzecz przeciwdziałania napiętnowaniu stanowiły kluczowy element wszelkich przyszłych strategii, ponieważ piętno związane ze złym stanem zdrowia psychicznego prowadzi do wykluczenia z wszystkich dziedzin życia społecznego, poczynając od życia zawodowego do rodzinnego i od społeczności lokalnej po specjalistów w dziedziny ochrony zdrowia;
15. podkreśla potrzebę zreformowania usług na rzecz ochrony zdrowia psychicznego i oparcia ich na wysokiej jakości lokalnej opiece zapewnianej w miejscu zamieszkania lub placówkach przeznaczonych dla osób wymagających częściowej opieki, z dostępem do odpowiedniej opieki zdrowotnej i socjalnej i przy zagwarantowaniu regularnego nadzoru i oceny; z zapewnieniem tymczasowej opieki dla osób mających problemy ze zdrowiem psychicznym i ich opiekunów, przy zastosowaniu strategii zakładającej ustanawianie pojedynczych i uniwersalnych punktów dostępu do usług zdrowotnych i socjalnych, mieszkaniowych, szkoleniowych, transportowych i świadczeń finansowych oraz innych usług; podkreśla, że towarzyszyć temu powinien szeroki wachlarz usług związanych z hospitalizacją w przypadkach dolegliwości o ostrym przebiegu, chronicznych lub

wymagających zastosowania środków bezpieczeństwa, przy czym w każdym przypadku niezbędne jest zapewnienie niezależnego nadzoru wszystkich osób poddanych przymusowej hospitalizacji;

16. uważa, że osoby u których zdiagnozowano zarówno problemy ze zdrowiem psychicznym, jak i uzależnieniami powinny być normalnie poddawane równoczesnemu leczeniu obu tych przypadłości;
17. podkreśla, że aspekty zdrowia psychicznego i fizycznego są ze sobą powiązane;
18. podziela opinię Komisji zawartą w uwagach na temat deinstytucjonalizacji, ponieważ długotrwały pobyt w zakładzie psychiatrycznym może prowadzić do większego napiętnowania i wykluczenia społecznego, równocześnie jednak uznaje, że należy poczynić większe wysiłki, by przekonać społeczeństwo o efektywności lokalnej opieki nad osobami o poważnych zaburzeniach psychicznych lub trudnościach z nauką;
19. zaleca Komisji ustalenie miejsc i przykładów godnych naśladowania praktyk oraz rozpowszechnienie informacji na ich temat wśród wszystkich państw członkowskich – owe „miejsca demonstracyjne” powinny być porównywalne z miejscami wyznaczonymi przez WHO w ramach programu „Narody na rzecz zdrowia psychicznego”;
20. uważa, że pojęcie „leczenie” powinno obejmować zarówno stosowanie leków, jak i inne formy terapii, z których każda osobno, lub w połączeniu, może stanowić najbardziej odpowiednią metodą leczenia w danym przypadku;
21. uważa ponadto, że zapobieganie problemom ze zdrowiem psychicznym oraz poprawa i promocja dobrego stanu psychicznego wymagają nie tylko leczenia, lecz także zapewnienia odpowiedniego otoczenia społecznego i pomocy lokalnej społeczności;
22. wzywa Komisję do wsparcia dalszych reform w państwach członkowskich, w których uprzednio dochodziło do nadużyć w dziedzinie psychiatrii, stosowania nadmiernej ilości leków lub więzienia pacjentów, czy też nieludzkich praktyk, takich jak stosowanie „łóżek-klatek” lub zbyt częste umieszczanie w izolatkach;
23. zwraca się o przeprowadzenie dalszych badań służących opracowaniu leków o większej skuteczności i mniejszej liczbie skutków ubocznych, ustaleniu czynników powodujących zaburzenia psychiczne oraz samobójstwa, jak również badań nad oceną jakości świadczonych usług na potrzeby inwestycji w promowanie zdrowia psychicznego;
24. uważa ponadto, że niezbędne są dalsze badania zjawiska napiętnowania oraz metod przeciwdziałania mu, doświadczeń indywidualnych usługobiorców i ich opiekunów, współpracy między różnymi służbami i zawodami oraz transgranicznego świadczenia usług;
25. uważa, że jeżeli usługi na rzecz ochrony zdrowia psychicznego mają być efektywne i darzone publicznym zaufaniem, należy przeznaczyć na nie środki proporcjonalne do kosztów zaburzeń psychicznych ponoszonych przez jednostki, instytucje opieki zdrowotnej i socjalnej oraz ogół społeczeństwa

26. uznaje cenny wkład, jaki w opiekę nad osobami cierpiącymi na problemy ze zdrowiem psychicznym wnoszą nieformalni opiekunowie; podobnie uznaje, że wielu z nich będzie miało własne problemy w zakresie opieki i potrzebować będą wsparcia w celu dalszego jej świadczenia;
27. wzywa do ustanowienia przez Komisję grupy ds. koordynacji i nadzoru w dziedzinie zdrowia psychicznego w celu gromadzenia informacji na temat leczenia zdrowia psychicznego i jego promowania w UE;
28. zachęca UE i państwa AKP do ścisłej współpracy w zakresie inwestycji w dobry stan zdrowia psychicznego, poprzez rozwój i strategie polityczne przewidziane w porozumieniu z Kotonu;
29. zobowiązuje swojego przewodniczącego do przekazania niniejszej rezolucji Radzie, Komisji, państwom członkowskim, państwom AKP oraz europejskiemu oddziałowi WHO.

UZASADNIENIE

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

(„W tych ostatnich tygodniach odzyskaliśmy głos i przypomnieliśmy sobie, jak to jest kroczyć z dumnie uniesioną głową.”)

- Stefan Heym - listopad 1989 Alexanderplatz, Berlin Wschodni

Słowa Stefana Heyma, skierowane w listopadzie 1989 r. do ogromnego tłumu mieszkańców Berlina Wschodniego, którzy zebrali się, by obalić okrutny reżim, powinny nam przyświecać przy likwidacji i reformie elementów leczenia psychiatrycznego w Europie, tak często opartego na niedostatecznych zasobach i bezmyślnie okrutnego. Musimy osiągnąć w zakresie ochrony zdrowia psychicznego standardy opieki, leczenia, terapii, rehabilitacji oraz zaangażowania pacjentów zbliżone do tych, których moglibyśmy oczekiwać od najlepszych systemów ochrony zdrowia fizycznego. Uznajemy, że zielona księga w sprawie zdrowia psychicznego zasługuje na pozytywne przyjęcie i poparcie. Obecnie oczekujemy na szybkie przedłożenie kompleksowych propozycji pozwalających przekuć prawidłowe założenia na efektywne przepisy i działania kodyfikacyjne.

Wyzwania związane z ochroną zdrowia psychicznego polegają na przekształceniu systemów, postaw i możliwości. Ostatnie czterdzieści lat pochłonęło nam wychodzenie z mrocznego okresu leczenia zaburzeń psychicznych. W niektórych regionach naszego kontynentu dochodziło do nadużyć w psychiatrii, w innych dominowała koncepcja zamykania pacjentów w domach odosobnienia i zbyt często starano się nie narażać wrażliwości społecznej prowadząc instytucjonalizację pacjentów (zgodnie z zasadą, że problem niewidoczny nie istnieje), równocześnie niewiele czyniąc dla poprawy ich stanu i rehabilitacji. W jeszcze innych państwach zbyt dużą rolę odgrywało leczenie farmakologiczne w wielu zamiast do szpitala, kierowano pacjentów raczej do więzienia. Nigdzie natomiast nie rozumiano, na czym rzeczywiście polega promowanie zdrowia psychicznego.

Lubimy myśleć, że minęły już czasy, gdy prawa człowieka przysługujące pacjentom chorym psychicznie były naruszane. I rzeczywiście, pod wieloma względami tak się stało. Nadal toczy debaty na temat obowiązkowego leczenia, decyzje dotyczące wypisania pacjentów bądź też poddania ich przymusowej opiece psychiatrycznej opierają się niekiedy na błędnych przesłankach; ujawniane są niekiedy przypadki znęcania się nad pacjentami w domach opieki, wysuwanych jest mnóstwo argumentów na temat trudnych do pogodzenia i sprzecznych ze sobą praw pacjentów, ich rodzin i społeczności. Ogólnie jednak udało nam się zmniejszyć liczbę „zamek i krat” oraz zapewnić pacjentom większe możliwości wyboru i wpływu na swoje życie, jak również ustanowić prawne mechanizmy kontrolne zapobiegające naruszaniu praw obywatelskich pacjentów.

Jednak przynajmniej pod jednym względem nadal tkwimy w dawnym mrocznym okresie – mowa tu o napiętnowaniu. Jest to zjawisko powszechne w państwach UE i mamy w tym przypadku do czynienia z naruszeniem praw człowieka, wprawdzie nieumyślnym i spowodowanym przez obawy wynikające z ignorancji, jednak równie szkodliwym co wszystkie inne formy naruszeń. Życie osób cierpiących na chorobę psychiczną jest już dostatecznie trudne, by narażać je jeszcze na dodatkowe ciężary i ból związany z

odrzuconiem i napiętnowaniem.

Starając się przekonać Komisję do opracowania na podstawie przedstawionej przez nią zielonej księgi ram zdrowia psychicznego, musimy przytoczyć na poparcie tej propozycji fakty dotyczące zaburzeń psychicznych i strategii lizbońskiej, które są niezbędne dla lepszego zrozumienia korzyści płynących z inwestycji w dobry stan zdrowia psychicznego.

Nasza propozycja opiera się na następujących faktach:

- zaburzenia psychiczne stanowią najszybciej wzrastające obciążenie w dziedzinie ochrony zdrowia, przy czym najczęściej występującym zaburzeniem jest depresja jednobiegunowa;
- 450 mln osób na świecie cierpi na zaburzenia neurologiczne lub psychiczne.
- jedna na każde cztery osoby na świecie odczuje w swoim życiu negatywne skutki zaburzeń psychicznych;
- 121 mln osób na świecie cierpi na depresję – 3 na każde 100 osób każdego roku.
- każdego roku 1 mln osób na świecie popełnia samobójstwo, a 10 mln osób rocznie podejmuje próbę samobójstwa;
- zaburzenia neuropsychiatryczne są przyczyną jednej trzeciej przypadków niepełnosprawności oraz pochłaniają 15% ogólnych kosztów hospitalizacji, prawie jedną czwartą kosztów leków i połowę czasu pracy pracowników socjalnych; w samej Wielkiej Brytanii każdego roku prowadzą one do utraty 90 mln dni roboczych;
- ludzie żyją obecnie dłużej i na ogół zdrowiej niż w przeszłości, jednak w podeszłym wieku coraz więcej z nich niedomaga fizycznie lub psychicznie;
- osoby sprawujące opiekę nad dziećmi, dorosłymi lub krewnymi w podeszłym wieku nie uzyskały pomocy pozwalającej dostosować się do nowego systemu opieki społecznej nad osobami cierpiącymi na zaburzenia psychiczne;
- uzależnienie od środków odurzających, pijaństwo, wypadki, absencja, wandalizm, trudności wychowawcze z uczniami, bezdomność oraz wiele innych „problemów” społecznych w rzeczywistości związanych jest z problemami ze zdrowiem psychicznym.

Jeżeli nie zainwestujemy w odpowiedni zakres usług - szpitalnych, doraźnych, związanych z długotrwałą hospitalizacją, usług dla pacjentów stwarzających większe i mniejsze zagrożenie, opiekę dzienną i domową oraz zapewnienie odpowiednio wyszkolonego personelu do ich świadczenia, nie zdołamy leczyć, zapewnić opieki i rehabilitować osób cierpiących obecnie na choroby. Jeżeli nie postaramy się zapewnić naszym obywatelom życia niestwarzającego zagrożenia dla ich zdrowia psychicznego, wskaźniki zachorowań i kosztów utrzymają tendencję wzrostową. Podobnie, jeżeli nie postaramy się kształtować świadomości na temat zdrowia i zaburzeń psychicznych, dostępne środki pozostaną zdecydowanie niewspółmierne do potrzeb, a napiętnowanie i uprzedzenia będą powszechnym zjawiskiem.

Za korzystny należy uznać fakt, że ciężar uwagi przesuwają się ustawicznie na pacjentów i odbiorców świadczeń. Będą oni lepiej poinformowani, w większym stopniu zaangażowani w dotyczące ich decyzje oraz wykorzystają nowo nabyte prawa do rezygnacji z niskiej jakości usług i wymuszenia zmian. Powinni oni być postrzegani jako partnerzy, nie tylko w planowaniu ich własnego leczenia, lecz także w planowaniu usług. Specjaliści w zakresie ochrony zdrowia muszą dołożyć wszelkich starań w większości dziedzin opieki zdrowotnej -

wyjaśniać i konsultować się przed podjęciem decyzji. Dzięki temu pacjenci nie tylko będą szanować ich specjalistyczną opinię, lecz także zrozumieją być może w trochę większą stopniu przyczyny złego stanu zdrowia i z nieco mniejszą obawą będą podchodzić do stosowanej terapii. Rozwiązanie takie należy uznać za słuszne z punktu widzenia praw człowieka, sprzyja ono również lepszej realizacji programu leczenia i opieki oraz uzyskiwaniu w nich lepszych wyników.

Odnotowuje się stałą tendencję do odchodzenia od świadczenia opieki w oddalonych instytucjach, na rzecz usług świadczonych lokalnie. Dotyczy to osób cierpiących na długotrwałe i niekiedy poważne zaburzenia oraz osób mających trudności z nauką. Udana realizacja tych usług wymaga zapewnienia odpowiednich środków oraz multidyscyplinarnego zespołu specjalistów. Należy również przekonać społeczeństwo, że takie metody są korzystne zarówno dla pacjentów, jak i społeczności. Opisywane przez media drastyczne historie o pacjentach, którzy po wypisaniu ze szpitala wyrządzają krzywdę sobie lub innym ludziom, mogą zniweczyć rezultaty długoletnich wysiłków na rzecz zapewnienie bardziej ludzkiego systemu oraz ukazują, jak wielkie znaczenie ma stworzenie odpowiednich mechanizmów kontrolnych. Podobny skutek może mieć panująca w społeczeństwie niepewność, czy osoba „dziwnie” zachowująca się na ulicy znajduje się pod odpowiednim nadzorem.

Pięć podstawowych wad naszego systemu ochrony zdrowia psychicznego to:

- nieodpowiednie usługi lokalne;
- brak uwzględniania opinii odbiorców świadczeń i ich opiekunów;
- brak możliwości lub chęci do wzajemnej współpracy ze strony różnych instytucji;
- poważne niedofinansowanie;
- polityka na rzecz promocji zdrowia psychicznego, którą w większości państw charakteryzuje przede wszystkim jej prawie całkowity brak.

Osoba cierpiąca na problemy ze zdrowiem psychicznym musi mieć możliwość udania się do pojedynczego punktu w ramach jednej instytucji, gdzie uzyska kontakt, dostęp do opieki medycznej, oraz pomoc w dziedzinie zakwaterowania i innych potrzeb z dziedziny opieki społecznej, świadczeń socjalnych, pomocy prawnej i rehabilitacji. Innymi słowy chodzi o zapewnienie pojedynczej instytucji pośredniczącej pozwalającej zaspokoić wszystkie potrzeby danej osoby i pełniącej rolę zaufanego przyjaciela, umiejącego postępować z organizacjami świadczącymi przedmiotowe usługi. Towarzyszyć temu musi zapewnienie odpowiedniego przygotowania i zaangażowania lekarzy, terapeutów i pielęgniarek, badaczy, dyrektorów szpitali, klinik i kierowników lokalnych zespołów, jak również wsparcia organizacji pozarządowych reprezentujących interesy takich osób. Jednak osoba chora psychicznie lub wychodząca z takiej choroby potrzebuje bezpiecznego schronienia w domu - zamiast izolacji w wieżowcu położonym w podupadłej dzielnicy, musi przebywać w społeczności, w której otoczenie stanowić będzie element wsparcia i stabilizacji, jakiej wymaga jej stan. Osobie takiej należy zapewnić możliwość wykonywania aktywności sprzyjającej rehabilitacji oraz uzyskania wsparcia od rodziny i sąsiadów. Czynniki te mają równie istotne znaczenie co leki i sesje terapeutyczne, jednak, przynajmniej obecnie, organizacja takiego zakresu wsparcia może przekraczać możliwości jednej osoby.

Tak wielu z nas potrzebować będzie tej mądrej formy opieki. Postęp naukowy i społeczny przyniosły ze sobą nowe wyzwania i koszty w dziedzinie ochrony zdrowia psychicznego i opiece społecznej. Ludzie żyją zdrowiej i dłużej, z czym wiąże się jednak także fakt, że przez całe lata na późnym etapie życia są w dużym stopniu uzależnieni od pomocy, często

niedomagając psychicznie, jak również fizycznie. Styl życia, presja związana z edukacją i pracą, zmiany w strukturach rodzinnych, izolacja, wymuszone przemieszczanie ludności – wszystkie te czynniki mogą spowodować problemy ze zdrowiem psychicznym, psychozy i neurozy, często połączone z uzależnieniami. Nowe leki, terapie i metody leczenia wymagają ponoszenia coraz wyższych wydatków, dodatkowe koszty wiążą się także z nowymi łózkami, ośrodkami, dzienną opieką i lokalnymi zespołami opieki. Wszelkie zmiany polityki w zakresie miejsca i terminów leczenia i opieki powodowały często, że obok standardowych problemów związanych z brakiem zrozumienia i niedostatecznymi zasobami pojawiała się jeszcze niepewność, które łącznie prowadzą do uprzedzeń oraz sprzyjają napiętnowaniu.

Zasadniczym problemem jest skoncentrowanie większej uwagi decydentów politycznych a następnie środków finansowych na kwestiach ochrony zdrowia psychicznego. Tymczasem uwaga polityków i społeczeństwa koncentruje się na niej wyłącznie wtedy, gdy dochodzi do kryzysu. W Wielkiej Brytanii osiągnęliśmy największe postępy w ochronie zdrowia psychicznego (pod względem finansowania, inicjatyw i reform), kiedy pewien człowiek wskoczył do wybiegu lwa w londyńskim zoo, a inny zasztytował człowieka w metrze, ponieważ to właśnie wtedy moi koledzy z rządu dostrzegli potrzebę podjęcia działań, a prasa, parlament, społeczeństwo i organizacje pozarządowe domagały się tego. Postęp ten miał jednak swoją ocenę – ograniczone zaufanie społeczne i większe napiętnowanie.

Drastyczne historie nie sprzyjają nawet w ten sposób promowaniu zdrowia psychicznego. Problemy promowania zdrowia psychicznego cieszą się niewielkim zrozumieniem wśród rządów, polityków, a nawet osób odpowiedzialnych za planowanie usług zdrowotnych. Głównym powodem takiego stanu jest to, że osoby te nie mają pojęcia, na czym polega promowanie zdrowia psychicznego, ani dlaczego powinni się nim interesować. Przekleństwem w ochronie zdrowia psychicznego są cztery problemy. Brakuje stałego wywierania presji na rząd i osoby zarządzające usługami zdrowotnymi ze strony społeczeństwa, specjalistów i mediów, w kierunku bardziej intensywnych działań oraz większych wydatków i osiągnięć. W przeciwieństwie do chorób serca lub AIDS czy nowotworów, niski jest poziom świadomości w zakresie możliwych metod terapii, leczenia i rehabilitacji. Jeszcze mniej wiadomo na temat sposobów zapobiegania chorobom psychicznym oraz promowania zdrowia psychicznego. Przedstawiciele ministerstw zdrowia i kadra zarządzająca w tym sektorze są w stanie zrozumieć tylko nieliczne rezultaty oceny jakości świadczonych usług, cóż zatem powiedzieć o społeczeństwie i politykach. Rządy, pracodawcy, związki zawodowe, szkoły, uczelnie, władze i wspólnoty lokalne, rodziny i jednostki potrzebują pomocy, by zrozumieć rolę, jaką mogą odegrać w zapewnianiu dobrego stanu zdrowia psychicznego, a tym samym zapobieganiu, ograniczaniu lub łagodzeniu problemów ze zdrowiem psychicznym.

Dla nas, jako decydentów politycznych, wyzwaniem polega na zrozumieniu z czym wiążą się problemy ze zdrowiem psychicznym. Jest prawie pewne, że oznacza to spotkanie z napiętnowaniem, lekceważącym traktowaniem, pogardą, strachem oraz, w większym lub mniejszym stopniu, z segregacją w społeczeństwie, rodzinie, pracy, w zabawie, a nawet przy okazji świadczenia usług zdrowotnych i socjalnych. W tym zaklętym kręgu możliwa jest ucieczka, ale brakuje możliwości biegu i działania, nie można także wnieść wkładu w życie społeczeństwa ani prowadzić pełnego i udanego życia, tak, jak by się tego pragnęło.

Jako decydenci polityczni musimy zatem zaakceptować ciężące na nas obowiązki. Usługa, która nie zyskała specjalistycznego, społecznego i politycznego poparcia, zawodzi pacjentów

i ich rodziny podwójnie. Nie tylko bowiem nie zapewnia ona właściwego leczenia i opieki, lecz także prowadzi do obniżenia publicznego zaufania, a tym samym wzmocnienia zjawiska napiętnowania.

Musimy kształcić i informować, by przerwać bezwzględny krąg uprzedzeń, na jaki składają się społeczne postawy, zakres zainteresowania mediów oraz priorytety rządu. Musimy wysłuchiwać i korzystać z wiedzy odbiorców świadczeń oraz postrzegać i angażować ich jako partnerów, a nie tylko pacjentów. Musimy spojrzeć w głąb samych siebie jak i naszego społeczeństwa oraz przyjąć do wiadomości, że pozwalamy na to, by nasze systemy polityczne, społeczne i zdrowotne zostały skażone zinstytucjonalizowanym napiętnowaniem. Nasze bliźniacze cele polegają na tym, by przekonać społeczeństwo, aby uwierzyło w celowość tych działań, a Komisję i państwa członkowskie przekonać do działania. Społeczeństwo, które uwierzy, będzie nalegać na podjęcie działań przez Unię Europejską, co z kolei pozwoli społeczeństwu zyskać wiarę.

Musimy spojrzeć w oczy osób mających problemy ze zdrowiem psychicznym. Zobaczymy w nich, odbite jak w zwierciadle, sprzeczne emocje i myśli. Dostrzeżemy również obawy i zmartwienia. Łzy rozpacz i rozczarowania. Jednak dostrzeżemy w nich również nadzieję – nadzieję na bycie wysłuchanym, na to, że zrozumiemy, że otoczymy ich opieką, że podejmiemy działania, że jesteśmy w stanie im pomóc.