



VASTUVÕETUD TEKSTID

P8_TA(2017)0028

Soolise võrdõiguslikkuse edendamine vaimse tervise ja kliiniliste uuringute alal

Euroopa Parlamendi 14. veebruari 2017. aasta resolutsioon soolise võrdõiguslikkuse edendamise kohta vaimse tervise ja kliiniliste uuringute alal (2016/2096(INI))

Euroopa Parlament,

- võttes arvesse Euroopa Liidu toimimise lepingut, eriti selle artikleid 19 ja 168, milles on öeldud, et üks ELi kõikide poliitikavaldkondade eesmärkidest on inimeste tervise kõrgetasemeline kaitse,
- võttes arvesse Euroopa Liidu põhiõiguste hartat, eriti selle artikleid 21, 23 ja 35,
- võttes arvesse Euroopa Parlamendi ja nõukogu 16. aprilli 2014. aasta määrust (EL) nr 536/2014, milles käsitletakse inimtervishoius kasutatavate ravimite kliinilisi uuringuid ja millega tunnistatakse kehtetuks direktiiv 2001/20/EÜ,
- võttes arvesse Euroopa Parlamendi ja nõukogu 4. aprilli 2001. aasta direktiivi 2001/20/EÜ liikmesriikide õigus- ja haldusnormide ühtlustamise kohta, mis käsitlevad hea kliinilise tava rakendamist inimtervishoius kasutatavate ravimite kliinilistes uuringutes (kliiniliste uuringute direktiiv),
- võttes arvesse komisjoni 3. märtsi 2010. aasta teatist „Euroopa 2020. aastal. Aruka, jätkusuutliku ja kaasava majanduskasvu strateegia“ (COM(2010)2020),
- võttes arvesse komisjoni rohelist raamatut „Elanikkonna vaimse tervise parandamine – Euroopa Liidu vaimse tervise strateegia väljatöötamine“ (COM(2005)0484),
- võttes arvesse Euroopa vaimse tervise ja heaolu tegevuskava,
- võttes arvesse Maailma Terviseorganisatsiooni (WHO) terviklikku vaimse tervise tegevuskava aastateks 2013–2020,
- võttes arvesse WHO naiste, laste ja noorte tervise üldist strateegia aastateks 2016–2030,
- võttes arvesse 2005. aastal vastu võetud Euroopa vaimse tervise deklaratsiooni, millele

on alla kirjutanud komisjon ja Euroopa Nõukogu,

- võttes arvesse WHO vaimse tervise tegevuskava aastateks 2013–2020,
 - võttes arvesse 2008. aastal vastu võetud Euroopa vaimse tervise ja heaolu pakti,
 - võttes arvesse komisjoni ühismeedet vaimse tervise ja heaolu kohta (2013–2016),
 - võttes arvesse ÜRO majanduslike, sotsiaalsete ja kultuuriliste õiguste komitee üldist märkust nr 14 teemal „Õigus parimale võimalikule tervislikule seisundile” (ÜRO dokument E/C 12/2000/4) ja üldist märkust nr 20, mis käsitleb mittediskrimineerimist majanduslike, sotsiaalsete ja kultuuriliste õiguste puhul (ÜRO dokument E/C.12/GC/2009),
 - võttes arvesse Euroopa Nõukogu ministrite komitee soovitusi liikmesriikidele seksuaalse sättumuse ja soodentiteedi alusel toimuva diskrimineerimise vastaste meetmete kohta (CM/Rec(2010)5),
 - võttes arvesse kodukorra artiklit 52,
 - võttes arvesse naiste õiguste ja soolise võrdõiguslikkuse komisjoni raportit ning arengukomisjoni arvamust (A8-0380/2016),
- A. arvestades, et õigus võimalikult heale füüsilisele ja vaimsele terviseseisundile on põhiline inimõigus ning sisaldab mittediskrimineerimise kohustust; arvestades, et igapäevael peaks olema juurdepääs tervishoiule; arvestades, et juurdepääs vaimse tervise teenustele on ülimalt tähtis küsimus, seda nii Euroopa kodanike elukvaliteedi parandamise, sotsiaalse kaasatuse kindlustamise kui ka liidu majandusliku ja kultuurilise arengu tagamise seisukohast;
- B. arvestades, et praeguses üldises olukorras, mida iseloomustab jätkuv majanduskriis ja töötuse järsk kasv, eriti naiste ja noorte seas, on vaimse tervise probleemid, nt depressioon, bipolaarne häire, skisofreenia, ärevus ja dementsus pidevas kasvutendentsis;
- C. arvestades, et WHO defineerib vaimset tervist kui füüsilise, vaimse ja sotsiaalse heaolu seisundit ning mitte üksnes haiguste või jõuetuse puudumist; arvestades, et WHO kohaselt määratletakse vaimsete häiretena mitmesugused vaimsed ja käitumishäired, nagu depressioon, bipolaarne meeleoluhäire, skisofreenia, ärevushäired, dementsus ja autism; arvestades, et WHO määratleb vaimset tervist kui emotsionaalset ja psühholoogilist heaoluseisundit, milles isik on suuteline kasutama oma kognitiivseid ja emotsionaalseid võimeid, toimima ühiskonnas, tulema toime tavaliste igapäevaelu nõudmistega, looma teistega rahuldustpakkuvaid ja küpseid suhteid, andma konstruktiivset panust sotsiaalsesse muutustesse ning kohanduma välistingimuste ja sisemiste konfliktidega;
- D. arvestades, et vaimset tervist tuleb vaadelda ja käsitleda holistiliselt, võttes arvesse sotsiaalseid, majanduslikke ja keskkonnategureid, ning kõikide kodanike parima võimaliku vaimse heaolu saavutamiseks on vaja kogu ühiskonda hõlmavat psühhosotsiaalset lähenemisviisi;
- E. arvestades, et vaimse tervise ja heaolu holistiline strateegia peab sisaldama kogu

- elutsükliit hõlmavat perspektiivi ja võtma arvesse erinevaid tegureid, mis mõjutavad erinevas vanuses isikuid; arvestades, et tuleb arvesse võtta teismeliste tütarlaste ja vanemate naiste erilist haavatavust;
- F. arvestades, et füüsiline ja vaimne tervis on omavahel seotud ning mõlemad on üldise heaolu jaoks keskse tähtsusega; arvestades, et on teada, et vaimse tervise probleemid võivad tekitada kroonilisi füüsilisi haigusi ning et krooniliste füüsiliste haigustega inimestel on suurem tõenäosus vaimse tervise häirete tekkeks; arvestades, et kuigi selline vastastikune suhe on üldteada, peetakse füüsilist tervist puudutavaid teadusuuringuid sageli tähtsamaks kui vaimse tervise valdkonda;
- G. arvestades, et naiste ja tütarlaste vaimset tervist mõjutavad negatiivselt mitmesugused tegurid, sealhulgas valitsevad soolised stereotüübid ja diskrimineerimine, objektistamine, sooline vägivald ja ahistamine, töökeskkond, töö ja eraelu tasakaal, sotsiaal-majanduslikud tingimused, vaimse tervise hariduse puudumine või vilets kvaliteet ning vaimse tervise teenuste piiratud kättesaadavus;
- H. arvestades, et peaaegu üheksa kümnest vaimse tervise probleemidega inimesest on oma sõnul kogunud häbimärgistamist ja diskrimineerimist ning enam kui seitse kümnest väidavad, et häbimärgistamine ja diskrimineerimine on halvendanud nende elukvaliteeti;
- I. arvestades, et tuleb pöörata tähelepanu vaimse tervise ja heaolu geograafilistele teguritele ning erinevustele linna- ja maakeskkonna vahel, muu hulgas demograafia seisukohast ning arvestades hoolduse ja teenuste kättesaadavust;
- J. arvestades, et perimenopausi ja postmenopausi aegsed hormonaalsed muutused võivad mõjutada naise emotsionaalset tervist ja tuua kaasa vaimse tervise probleeme, kaasa arvatud depressiooni ja ärevust; arvestades, et ülitundlikkus sümptomite suhtes võib õigeaegset tuvastamist ja asjakohast ravi edasi lükata;
- K. arvestades, et vaimse tervise ja heaolu määravad tegurid on meestel ja naistel ning eri vanuserühmadel erinevad; arvestades, et sellised tegurid nagu sooline ebavõrdsus, ebavõrdne sissetulek, naiste suurem vaesus- ja ületöötamise oht, sotsiaal-majanduslik diskrimineerimine, soopõhine vägivald, alatoitumus ja nälg suurendavad naistel vaimse tervise probleemide ohtu; arvestades, et WHO andmetel ei ole raskete vaimsete häirete puhul sugude vahel olulist erinevust, kuid naistel esineb rohkem depressiooni, ärevust, stressi, somatisatsioonihäiret ja söömishäireid, samas kui meestel esineb rohkem ainete kuritarvitamist ha antisotsiaalseid häireid; arvestades, et depressioon on kõige tavalisem neuropsühhiaatiline häire ning selle all kannatavad tõenäolisemalt naised kui mehed; arvestades, et see on 15–44-aastaste naiste vanuserühmas kõige sagedasem haigus;
- L. arvestades, et vaimse tervise ja heaolu häired jäetakse sageli tähelepanuta, neid ignoreeritakse või surutakse alla, ning selle põhjuseks on häbimärgistamine, eelarvamused või teadlikkuse ja vahendite puudumine; arvestades, et selle tulemusena ei otsi paljud vaimsete häirete all kannatajad abi ja patsiendid ei saa arstidelt diagnoosi või saavad vale diagnoosi; arvestades, et vaimsete häirete diagnoosimine on tugevasti sooliselt mõjutatud – naistel diagnoositakse teatud seisundeid palju tõenäolisemalt kui meestel;

- M. arvestades, et eelkõige lesbilised ja biseksuaalsed naised, samuti transsoolised ja intersoolised isikud kogevad erilisi vaimse tervise probleeme, mida põhjustab stressirohke vähemusse kuulumine ning mida iseloomustab kõrge ärevuse ja stressitase, mis tuleneb eelarvamustest, häbimärgistamisest ja diskrimineerimise kogemisest, samuti käsitlemine meditsiinilisest ja patoloogilisest vaatevinklist; arvestades, et LGBTI-inimesed võivad kogeda erilisi vaimse tervise ja heaolu probleeme, mida tuleb kõikides vaimse tervise strateegiates arvesse võtta;
- N. arvestades, et somatisatsioonihäire vormide hulka, mida kogevad sagedamini naised ja mida diagnoositakse tõenäolisemalt naistel kui meestel, kuuluvad fibromüalgia ja krooniline väsimus, mille peamised sümptomid on valu ja kurnatus, kuigi naistel on ka palju muid sümptomeid, mis on samad teiste haigustega;
- O. arvestades, et transsoolised identiteedid ei ole patoloogilised, kuid kahjuks peetakse neid siiani vaimse tervise häireteks, ning enamikus liikmesriikides nõutakse juriidiliseks sootunnustamiseks või transsoolisusega seotud tervishoiuteenusteks sellist diagnoosi, kuigi teadusuuringud on ammu näidanud, et „sooidentiteedi häire“ diagnoos põhjustab transsoolistele isikutele palju kannatusi;
- P. arvestades, et neuropsühhiaatriliste häirete põhjustatud puuetest moodustavad depressiivsed häired naiste puhul 41,9 % kõikidest juhtudest, kuid meeste puhul vaid 29,3 %;
- Q. arvestades, et WHO hinnangul põeb depressiooni 350 miljonit inimest; arvestades, et 2020. aastaks on see haigus teine peamine töövõimetuse põhjus;
- R. arvestades, et varieeruva soolise määratlusega puberteedieelses eas lapsi diagnoositakse jätkuvalt, mis on tarbetu ja kahjulik, kuna igal lapsel peaks olema võimalus oma sooidentiteeti turvaliselt avastada ja väljendada;
- S. arvestades, et mitmesuguste, eelkõige erinevate soorollide ja soolise ebavõrdsusega ja diskrimineerimisega seotud tegurite tõttu esineb naistel depressiooni ligikaudu kaks korda sagedamini kui meestel ning transsoolistel isikutel on tunduvalt rohkem enesetapumõtteid ja katseid; arvestades, et uurimused on näidanud, et pealesunnitud traditsioonilised soorollid mõjutavad naise vaimset tervist ja heaolu negatiivselt;
- T. arvestades, et liikmesriikide haridussüsteemides ja töökohtades ei pöörata vaimsele tervisele ja heaolule piisavalt tähelepanu, kuna vaimse tervise teemad on sageli stigmatiseeritud või tabu; arvestades, et vaimse tervise teemaline harimine aitab vältida seda teemat ümbritseva häbimärgistamisega ning see peaks käsitlema soospetsiifilisi haavatavaid aspekte, soolisi stereotüüpe ning naiste ja tütarlaste diskrimineerimist;
- U. arvestades, et mehed ja poisid kogevad sooliselt eripäraseid vaimse tervise häireid; arvestades, et Euroopa sooritavad mehed enesetapu peaaegu 5 korda tõenäolisemalt kui naised ning et enesetapp on alla 35-aastaste meeste peamine surma põhjus; arvestades, et mehed satuvad naistest kolm korda tõenäolisemalt alkoholisõltuvusse ning tarbivad tõenäolisemalt keelatud aineid (ja surevad selle tagajärjel); arvestades, et mehed kasutavad psühholoogilisi teraapiaid vähem tõenäoliselt kui naised; arvestades, et mehed ja poisid puutuvad kokku mehelikkuse sooliste stereotüüpidega, mis võivad julgustada emotsioone alla suruma või olema vihane, ning need mõjutavad meeste

vaimset tervist, samuti soopõhise vägivalga nähtust;

- V. arvestades, et ELis on aastas umbes 58 000 enesetapu juhtumit, millest veerandi panevad toime naised, ning et enesetapp on jätkuvalt sage surma põhju;
- W. arvestades, et kogu ühiskonda hõlmav lähenemisviis vaimsele tervisele nõuab heaolu, tervishoiu koordineerimise, hariduse, tööhõive, majandus- ja sotsiaalpoliitika sidusus, et oleks võimalik saavutada kõrgem üldine vaimse heaolu tase;
- X. arvestades, teismelistel tütarlastel ja noortel naistel esineb üha sagemini söömishäireid, nt anoreksiat ja buliimiat;
- Y. arvestades, et selliste söömishäirete nagu anoreksia ja buliimia pikaajaline mõju füüsilisele ja vaimsele tervisele ning nende häirete põhjuste sooline mõõde on hästi dokumenteeritud;
- Z. arvestades, et töö juures puutuvad naised rohkem kokku psühholoogilise ja/või seksuaalse ahistamisega, mis põhjustab neid kogenud naistel psühho-füüsilisi probleeme;
- AA. arvestades, et tervishoiuprogrammides tuleks ennetuse, ravi ja taastusravi osas võtta arvesse sotsiaalhoolduse mudeleid, mis tegelevad vaimsete häiretega spordi, kunsti või sotsiaalsete tegevuste kaudu;
- AB. arvestades, et puuetega inimestel on süvendatud vaimsete häirete oht;
- AC. arvestades, et seksuaal- ja suhteharidusel on väga oluline roll võitluses sooliste stereotüüpide ja soopõhise vägivalga vastu ning see aitab parandada nii tütarlaste kui ka poiste, naiste kui ka meeste vaimset tervist ja heaolu;
- AD. arvestades, et vaimse tervise häired ja haigused on üks peamisi suutmatuse põhjuseid, mõjutades negatiivselt tervist, haridust, majandust, tööturgu ja ELi sotsiaalhoolekande süsteeme, tekitades suuri majanduskulusid ja olulist kahju ELi majandusele, mis tähendab, et vaimse tervise teenustele tuleb läheneda holistiliselt, terviklikult ja sootundlikult; arvestades, et Euroopa depressiooniühenduse (EDA) uurimuse andmetel on iga kümnes töötaja ELis puudunud töölt depressiooni tõttu, mis on läinud ühiskonnale maksma hinnanguliselt 92 miljardit eurot, peamiselt tootlikkuse kadudena;
- AE. arvestades, et lisaks bioloogilistele omadustele sõltub naiste vaimne tervis ka sellest, missuguse hariduse nad on saanud, millisel määral on omaks võtnud sisemisi sotsiaalseid ja kultuurilisi väärtusi, norme ja stereotüüpe, milliseid kogemusi neil on olnud ja kuidas nad on nendega toime tulnud, kuidas nad endasse ja teistesse suhtuvad, mis rolle etendavad ning milliseid takistusi ja survet kogevad;
- AF. arvestades, et naistele suunatud ennetus- ja ravipoliitikat saaks muuta tõhusamaks, kui võtta arvesse naiste mitmekesisust ja nende füsioloogilist erinevust meestest ning võtta haavatavate ja tõrjutud rühmade jaoks spetsiaalseid meetmeid;
- AG. arvestades, et naised on mitmel põhjusel toksikoloogia- ja biomeditsiiniuuringutest ning kliinilistest katsetest kõrvale jäetud, ning arvestades, et suured vajakajäämised teadusuuringutes soolise aspekti osas piiravad seda, kui palju me teame naiste ja

meeste tervise erinevustest; arvestades, et selle tulemusel on biomeditsiiniuuringutes kajastatud peamiselt meeste seisukohta, eeldades ekslikult, et mehed ja naised on ühesugused valdkondades, kus eksisteerivad füsioloogilised erinevused; arvestades, et puuduvad teadusuuringud intersooliste naiste erivajaduste kohta;

- AH. arvestades, et naiste ja soolise teguri väljajätmine ja alaesindatus biomeditsiiniuuringutes ja kliinilistes katsetes seab naiste elu ja tervise ohtu;
- AI. arvestades, et määrusega (EL) nr 536/2014, milles käsitletakse inimtervishoiu kasutatavate ravimite kliinilisi uuringuid, kehtestati nõue võtta uuringutes arvesse ka sugu, kuid selle määruse rakendamist tuleb hinnata; arvestades, et selles määruses ei täpsustata naiste osas muid aspekte kui rasedus ja rinnaga toitmine;
- AJ. arvestades, et Euroopa Ravimiamet ei ole välja töötanud spetsiaalseid strateegiaid, et ellu viia suuniseid sooliste erinevuste uurimiseks ja hindamiseks ravimite kliinilisel hindamisel, hoolimata asjaolust, et amet on tunnistanud, et „mõned tegurid, mis avaldavad mõju ravimi toimele elanikkonna hulgas, võivad olla olulised, arvestades meeste ja naiste reaktsioonide erinevusi“ ning et „soospetsiifilisel mõjul võib ravimite toimes samuti oluline roll olla“¹;
- AK. arvestades, et siiani ei ole täielikult teada, kuidas mõjuvad naiste füüsilisele ja vaimsele tervisele sellised ained või ravimid nagu rasestumisvastased vahendid, antidepressandid ja rahustid, ning seda on vaja täiendavalt uurida, et kaotada kahjulikud kõrvalmõjud ja parandada tervishoidu;
- AL. arvestades, et tervise sooline mõõde tähendab seda, et naised puutuvad elu vältel kokku spetsiifiliste terviseriskidega;
- AM. arvestades, et puuduvad võrreldavad andmed kättesaadava, ligipääsetava ja kvaliteetse transinimestele spetsiifiliste tervishoiu kohta, ning hormoonasendusraviv kasutatavate toodete testimine ja lubade andmine on puudulik;
- AN. arvestades, et tervishoiusüsteemi tõhususe, kvaliteedi ja tulemuslikkuse üheks peamiseks näitajaks loetakse emasuremuse määra;
- AO. arvestades, et seksuaal- ja reproduktiivõiguste, sealhulgas turvaliste ja seaduslike aborditeenuste kättesaadavuse puudumine seab ohtu naiste ja tütarlaste ning kõikide reproduktiivsete võimetega isikute elu ja tervise, suurendab emade suremust ja haigestumist ning toob kaasa elusid päästvast ravist keeldumise ja ebaseaduslike abortide arvu kasvu;
- AP. arvestades, et kõikides riikides, mille kohta on andmeid, esineb olulisi erinevusi sotsiaal-majanduslike rühmade ning meeste ja naiste vahel, mis tähendab, et madalama haridustaseme, ameti ja/või sissetulekuga inimeste haigestumise ja suremuse määr on süstemaatiliselt kõrgem; arvestades, et selline ebavõrdsus tervise osas on tänapäeva tervishoiupoliitika üks peamisi lahendamist vajavaid probleeme; arvestades, et viletsatel sotsiaal-majanduslikel tingimustel, vaesusel ja sotsiaalsel tõrjutusel on vaimsele tervisele ja heaolule märkimisväärne negatiivne mõju;

¹ EMEA/CHMP/3916/2005 - ICH
http://www.ema.europa.eu/docs/en_GB/document_library/Scientific_guideline/2010/01/WC500059887.pdf

- AQ. arvestades, et põhjalik, eakohane, tõenditel põhinev, teaduslikult korrektne ja hinnanguvaba seksuaalharidus, kvaliteetsed pereplaneerimisteenused ja rasestumisvastaste vahendite kättesaadavus aitavad ennetada ettekatsemata ja soovimatuid rasedusi, vähendada vajadust aborti järele ning aitavad kaasa HIVi ning sugulisel teel levivate haiguste ennetamisele; arvestades, et kui noori õpetatakse võtma vastutust oma seksuaal- ja reproduktiivtervise eest, avaldab see pikaajalist head mõju, mis kestab kogu nende eluaja ning mõjub ühiskonnale positiivselt;
- AR. arvestades, et iga neljas sünnitus ELis toimub tänapäeval keisrilõike abil ning statistiliselt sagenevad sellega kaasnevad terviseprobleemid emadel ja lastel;
- AS. arvestades, et sünnitushaiglate sulgemine ning ämmaemandate ja sünnitusartside arvu oluline vähendamine mõnedes liikmesriikides on juba tekitanud ohtlikke puudujääke tervishoiuteenuste pakkumises;
- AT. arvestades, et riikide valitsuste eelarvekärped ja piirangud tervishoiu ja hariduse valdkonnas on samuti raskendanud tervishoiu ja vaimse tervise teenuste kättesaadavust ja see mõjutab ebaproportsionaalselt just naisi, eelkõige üksikemasid, ning suuri peresid;
- AU. arvestades, et naissoost rändajad, pagulased ja varjupaigataotlejad võivad vahel kannatada lisaks ka väga raskete haiguste käes, kuna puudub õige ravi, või puutuda kokku spetsiifiliste reproduktiivtervisega seotud probleemidega, näiteks rasedus- ja sünnitusaegsed tüsistused ja täiendava psühholoogilise trauma oht, nt sünnitusjärgne depressioon, samuti oht sattuda (seksuaal)vägivalla ja väärkohtlemise ohvriks ning erilised ohud vaimsele tervisele ja heaolule; arvestades, et vaimse tervise teenuste pakkumisel sellistele naistele esineb eripäraseid probleeme, mille ulatus varieerub sõltuvalt paljudest teguritest, sealhulgas sellest, kust konkreetne isik tuleb ja kui kaua ta on vastuvõtvast riigis viibinud;
- AV. arvestades, et naistel esineb vähivorme, näiteks rinna-, emaka- ja emakakaelavähki, mis tekivad valdavalt või üksnes naistel;
- AW. arvestades, et vähki põdevad naised, kes on läbinud operatsioone ning saanud muud invasiivset ravi, näiteks kiiritus- ja keemiaravi, on üldiselt altimad depressioonile;
- AX. arvestades, et kümme ELi liikmesriiki on seadnud eesmärgi teha 100 % naissoost elanikkonnale rinnavähi sõeluuring, ning arvestades, et kaheksa riiki on sellise eesmärgi seadnud emakakaelavähi sõeluuringu puhul;
- AY. arvestades, et haigused, nagu osteoporoos, luu- ja lihaskonna vaevused ning kesknärvisüsteemi haigused, näiteks Alzheimeri tõbi ja dementsus, on seotud hormonaalsete muutustega, mida naised kogevad menopausi ajal või hormoonravi tõttu varem; arvestades, et ehkki on teada, et naised põevad neid haigusi sagedamini kui mehed, on nendega seotud uurimuste puhul soolist mõõdet vähe uuritud;
- AZ. arvestades, et endometriosis on ravimatu haigus, mida põeb üks naine ja tütarlaps kümnest (st ligikaudu 180 miljonit naist maailmas ja 15 miljonit naist ELis); arvestades, et see haigus põhjustab sageli viljatust ja tugevat valu ning vaimse tervise probleeme, mistõttu kaasneb sellega tegutsemisvõimetus mitmesugustes töö-, era- ja ühiskondliku elu aspektides;

- BA. arvestades, et füüsiline ja psühholoogiline sooline vägivald ning naistevastane vägivald ja selle mõju ohvri tervisele on oluline takistus soolise võrdõiguslikkuse saavutamisele ning sellele, et naised saaksid täiel määral kasutada põhiliste inimõigustega tagatud vabadusi;
- BB. arvestades, et naised ja tütarlapsed, kes kogevad suguelundite moonutamist, puutuvad kokku selle raske lühi- ja pikaajalise mõjuga nende füüsilisele, psühholoogilisele, seksuaal- ja reproduktiivtervisele;
- BC. arvestades, et ka intersoolised isikud, kes kogevad suguelundite moonutamist, puutuvad kokku selle mõjuga nende füüsilisele, psühholoogilisele, seksuaal- ja reproduktiivtervisele;
- BD. arvestades, et 13 liikmesriigis toimub transinimeste sootunnustamise käigus siiani nende sundsteriliseerimine;
- BE. arvestades, et on äärmiselt oluline koguda süstemaatiliselt ja adekvaatselt andmeid naistevastase vägivalla kohta, et tagada tõhus poliitikakujundamine selles valdkonnas, nii kesksel kui ka piirkondlikul ja kohalikul tasandil, ning jälgida õigusaktide rakendamist;
- BF. arvestades, et soolist vägivalda kogenud naised kannatavad selle järelmõjude all füüsilisele ja vaimsele tervisele, sageli kogu elu; arvestades, et vastavalt WHO ülemaailmsele aruandele vägivalla ja tervise kohta¹ võivad soolise vägivalla järelmõjud esineda naistel mitmel kujul: füüsiliselt (verevalumid, luumurrud, krooniline valu sündroom, puue, fibromüalgia, seedeprobleemid jne); psühholoogiliselt ja käitumuslikult (alkoholi ja uimatite kuritarvitamine, depressioon ja ärevus, söömishäired ja unehäired, häbi- ja süütunne, foobiad ja paanikahood, madal enesehinnang, post-traumaatilise stressi sündroom, psühhosomaatilised häired, enesetapukaldumus ja enda vigastamine, ebakindlus hilisemates suhetes jne); seksuaal- ja reproduktiivvaldkonnas (günekoloogilised häired, viljatus, raseduse komplikatsioonid, nurisünnitused, seksuaalhäired, suguhaigused, soovimatu rasedus jne) ning nõuda koguni elu (mõrv, enesetapp, surmaga lõppev sugulisel teel leviv nakkus jne);

Sooline võrdõiguslikkus vaimse tervise alal

1. kutsub komisjoni ja liikmesriike üles jätkama ELi tegevuskavaga vaimse tervise ja heaolu osas ning koostama vaimse tervise uue ambitsioonika strateegia, edendades holistilist psühhosotsiaalset kogu ühiskonda hõlmavat lähenemisviisi, millel on tugev sooline mõõde ja mis tagab vaimse tervise poliitika sidususe;
2. märgib, et 27 % ELi täiskasvanud elanikest, nii meestest kui naistest, on kogenud vähemalt ühte vaimse häire juhtumit;
3. kutsub liikmesriike üles võtma meetmeid ja eraldama piisavalt vahendeid tervishoiuteenuste ja eriti vaimse tervise teenuste, sealhulgas naiste varjupaikade kättesaadavuse tagamiseks kõikidele naistele sõltumata nende õiguslikust seisundist, puudega seotud seisundist, seksuaalsest sättumusest, sooidentiteedist, sootunnustest,

¹ Krug, Dahlberg, Mercy, Zwi ja Lozano, 2002.

rassilisest või etnilisest päritolust, vanusest või usulisest kuuluvusest; palub liikmesriikidel ja komisjonil tegeleda ebavõrdsusega vaimse tervise teenuste kättesaadavuse osas;

4. märgib, et on vaja rohkem uurida soolise vägivalla, sealhulgas sõnalise ja psühholoogilise vägivalla, ahistamise ja hirmutamise mõju vaimsele tervisele;
5. kutsub komisjoni, liikmesriike ja kohalikke võime üles tagama, et vaimse tervise strateegiates võetaks arvesse vaimse tervise probleeme, millega võivad kokku puutuda LGBTI-inimesed; julgustab liikmesriike rakendama ellu Euroopa Nõukogu dokumendis CM/Rec(2010)5 esitatud soovitusel ning võtma tervishoiupoliitikat, -programme ja -protokolle välja töötades arvesse lesbide, biseksuaalide ja transinimeste spetsiifilisi vajadusi;
6. kutsub liikmesriike üles edendama psühholoogilise toe keskuste loomist vähihaigetele, et pakkuda neile ravi ja taastusravi käigus psühholoogilist tuge;
7. juhib tähelepanu puuetega naiste tõsisele olukorrale, kuna sageli on nad silmitsi raskustega, mis ei ole otseselt seotud mitte üksnes nende puudega, vaid ka sotsiaalse eraldatusega ja sunnitud tegevusetusega; palub liikmesriikidel süstemaatiliselt suurendada ennetava psühholoogilise abi kättesaadavust puuetega naistele ning pakkuda psühholoogilise abi teenuseid raske puudega last hooldavatele naistele; rõhutab, et on vaja strateegiat parimate tavade jagamiseks puuetega naiste ja tütarlaste vaimse tervise ja heaolu teemal;
8. palub komisjonil ja liikmesriikidel edendada teavet ja ennetuskampaaniaid ning muid algatusi, et tõsta üldsuse teadlikkust vaimse tervise probleemidest ja saada jagu häbimärgistamisest; nõuab tungivalt, et liikmesriigid ja komisjon investeeriksid vaimse tervise ja heaolu teemalisse formaalsesse, informaalset ja mitteformaalsesse haridusse kõikidele vanuserühmadele, pöörates erilist tähelepanu sootundlikele vaimse tervise seisunditele nagu depressioon, ärevus või ainete kuritarvitamine; kutsub liikmesriike üles tagama, et koolidel oleks asjakohased raamistikud vaimse tervise probleemidega õpilaste märkamiseks ja toetamiseks, arvestades ka soolist aspekti, ning tagama vaimse tervise teenuste kättesaadavus; märgib, et 70 % lastest ja noortest, kellel on vaimse tervise häireid, ei ole saanud abi piisavalt varases eas;
9. palub, et komisjon, liikmesriigid ja Euroopa Soolise Võrdõiguslikkuse Instituut (EIGE) suurendaksid regulaarset andmete kogumist vaimse tervise kohta ELi ja riikide tasandil, eelkõige depressiooni esinemise kohta, nii et need andmed oleks eristatud vähemalt soo, vanuserühma ja sotsiaal-majandusliku seisundi alusel ning sisaldaksid seksuaal- ja reproduktiivtervise näitajaid;
10. on seisukohal, et ELi tasandi meetmed vaimse tervise ja heaolu valdkonnas peaksid kaasama juhtivaid poliitikuid ning tervishoiu, hariduse ja sotsiaalsfääri juhtivaid isikuid, samuti sotsiaalpartnereid ja kodanikuühiskonna organisatsioone; peab väga tähtsaks, et vaimne tervis ei oleks teatud sotsiaalses keskkonnas enam tabuteema;
11. rõhutab, et seos sotsiaal-majanduslike tingimuste ning vaimse tervise ja heaolu vahel on vaimse tervise poliitika sidususe seisukohast ülimalt tähtis, kuna vaesus ja sotsiaalne tõrjutus tekitavad suuremaid vaimse tervise probleeme; märgib, et vaesuse feminiseerumine ja kokkuhoiupoliitika, mis mõjutab ebaproportsionaalselt palju naisi,

seab naiste vaimse heaolu suuremasse ohtu;

12. juhib tähelepanu sellele, kui tähtis on vaimse tervise ravi ja hooldus sotsiaalse tegevuse kaudu, näiteks spordi, muusika, kunsti ja kultuuritegevuse kaudu, mis on oluline osa tervisteenuste pakkumisel ja mis aitab ühtlasi vähendada vaimse tervise probleemide võimalikke majanduslikke kulusid ja inimkulusid nii üksikisikutele kui ka ühiskonnale tervikuna; kutsub komisjoni ja liikmesriike üles investeerima rohkem vaimse tervise sotsiaalsete teenuste programmidesse, näiteks sotsiaalse tegevuse määramisse raviks;
13. märgib murega, et WHO teada on ainult 13 ELi liikmesriigis olemas riiklik enesetappude ennetamise strateegia; palub komisjonil ja liikmesriikidel koostada ja rakendada riiklik enesetappude ennetamise strateegia ning võtta meetmeid, et vähendada enesetapu riskifaktoreid, nagu alkoholi kuritarvitamine, narkootikumid, sotsiaalne tõrjutus, depressioon ja stress; nõuab lisaks, et loodaks süsteem toetuse pakkumiseks enesetapukatsete järel;
14. tunnistab meedia ning eriti interneti ja sotsiaalmeedia mõju vaimsele tervisele ja heaolule, eriti noorte naiste ja tütarlaste puhul, ja märgib, et seda teemat on vaja põhjalikumalt uurida; märgib, et meediakultuur, mis rõhutab naiste vanust ja füüsilist välimust, ohustab potentsiaalselt naiste ja tütarlaste vaimset tervist ja heaolu ning põhjustab ärevust, depressiooni või sundkäitumist; toonitab, et on vaja töötada välja tõhusad vahendid, sealhulgas õigusmeetmed, et võidelda internetis esineva kiusamise ja ahistamisega ning objektistamisega; juhib tähelepanu vajadusele koostada e-vaimse tervise ja heaolu ambitsioonikas strateegia ning edendada ja arendada koos sidusrühmadega tekkivaid e-teraapiad; tunnistab, et vaimse tervise meediastrateegia peab kaasama kõiki sidusrühmi, sealhulgas kirjastajaid ja reklaamitööstust, kes peavad võtma omaks eetilised standardid, et vältida naiste objektistamist ning soostereotüüpide edendamist;
15. juhib tähelepanu sellele, et meedia, stereotüüpidel põhinev reklaamitööstus ja sotsiaalne surve on tekitanud mõnedel naistel moonutatud enesetaju, põhjustanud söömis- ja käitumishäireid, näiteks anoreksiat, buliimiat, ortoreksiat, söömishooge või bigoreksiat; toetab sootundliku lähenemise kasutamist söömishäirete puhul ning vajadust sellist lähenemist tervisealases arutelus ja avalikkusele suunatud teabes igakülgset arvesse võtta; palub liikmesriikidel luua koolides abi ja toe pakkumiseks kontaktpunktid, et anda õpilastele psühholoogilist tuge, eriti teismelistele tütarlastele, kellel on suurem oht söömishäirete tekkeks;
16. tunneb heameelt asjaolu üle, et esimest korda tunnistavad maailma liidrid vaimse tervise ja heaolu edendamist ning ainete kuritarvitamise ennetamist ja ravimist tervisealaste prioriteetidena ülemaailmse arengukava raames;
17. väljendab tõsist muret seoses sellega, kuidas pakutakse Euroopas vaimse tervise teenuseid pagulastest naistele ja tütarlastele, eelkõige nendele, kes elavad liikmesriikides ajutistes tingimustes; toonitab, et pagulaste ja varjupaigataotlejate kinnipidamine ilma nende varjupaigataotlust tõhusalt ja tulemuslikult käsitlemata on rahvusvahelise õiguse rikkumine ning see võib vaimset tervist ja heaolu kahjustada; kutsub liikmesriike üles kaitsma kinnipeetud naissoost varjupaigataotlejaid ning rõhutab, et neile naistele tuleb kohe pakkuda kaitset, toetust ja nõustamist, sealhulgas tuleb kinnipidamine lõpetada ja kiirendada ümberpaigutamist; kutsub liikmesriike üles

tervishoiupoliitika immigratsioonikontrollist lahutama, võimaldades juurdepääsu esmastele tervishoiuteenustele ning mitte kohustama tervishoiutöötajaid dokumentideta rändajatest teada andma; palub lisaks, et liikmesriigid rakendaksid asutustevahelisi suuniseid pagulaste, varjupaigataotlejate ja rändajate vaimse tervise ja psühhosotsiaalse heaolu kaitsmise ja toetamise kohta Euroopas, mille on koostanud WHO Euroopa, UNHCR ja IOM;

18. juhib tähelepanu asjaolule, et naistel on sageli ühe päeva jooksul kaks tööpäeva, st töökohas ja kodus, kuna mehed ei võta piisavat vastutust majapidamistöõde ning tütarde ja poegade kasvatamise eest, mis tekitab paljudel naistel depressiooni, ärevust ja stressi, lisaks süütunnet seetõttu, et ei suudeta perekonna eest piisavalt hoolitseda, mida peetakse traditsiooniliselt naiste ülesandeks;
19. mõistab hukka laialt levinud uue seksistliku stereotüübi, mille kohaselt peab kaasaegne naine tulema hiilgavalt toime õpingute ja tööga, vastama hea abikaasa ja kodulooja traditsioonilistele ootustele ning olema täiuslik ema, säilitades seejuures hea välimuse – see on muster, mis põhjustab paljudel naistel stressi ja ärevust;
20. palub komisjonil, liikmesriikidel ja kohalikel omavalitsustel töötada välja konkreetset vajadustele kohandatud poliitikameetmed, et osutada vaimse tervise teenuseid tõrjutud kogukondades olevatele haavatavatele naistele ja läbipõimunud diskrimineerimise all kannatavatele naistele, nagu naispagulased ja - rändajad, vaesuses ja sotsiaalses tõrjutuses elavad naised ja transsoolised inimesed, rahvusvähemustesse kuuluvad naised, puuetega naised, eakad naised ja maapiirkondade naised;
21. rõhutab, kui tähtis on käsitada vaimset tervist elutsüklil lähtuvalt, nii et iga vanuserühma vajadustega tegeletakse sidusalt ja põhjalikult, pöörates eritählepanu teismelistele tütarlastele ja eakatele naistele, kelle eluga rahuolu on küsitluste põhjal keskmiselt väiksem kui samade vanuserühmade meestel;
22. soovib, et rasedate puhul peaks vaimse tervise teenuste osutamine algama võimalikult vara esimesel trimestril, et oleks võimalik tuvastada konkreetset seisundit, mis võivad vajada jälgimist, ära tunda sotsiaalsed probleemid, mille puhul naistel võib olla vaja sotsiaal- või vaimse tervise teenuste abi, ning teavitada naisi rasedusega seotud probleemidest; nõuab, et kõikides liikmesriikides tagataks laialdane ja kohalik sünnitusabi, mis hõlmab ämmaemandaid ja sünnitusarste, ning rõhutab, et sellel ülesandel on eriline tähtsus maapiirkondades; rõhutab, et psühholoogilise tervise teenused on täpselt sama tähtsad kui füüsilise tervise teenused, ja märgib, et ELis kannatab sünnitusjärgse depressiooni all 10–15 % äsja sünnitanud naistest; toonitab, kui tähtis on see, et naistel oleks pärast nurisünnitust juurdepääs psühholoogilisele ja meditsiinilisele abile, ning et nad vajavad tundlikku ja isiklikku lähenemist; palub komisjonil ja liikmesriikidel edendada, välja töötada ja tagada sünnitusjärgse psühhooosi ja depressiooni varajane avastamine ja ravi;
23. rõhutab, et sotsiaal- ja tööhõivepoliitikat, eelkõige töö ja eraelu ühitamise poliitikat, tuleb käsitada terviklikult, võttes arvesse naiste vaimset tervist ja heaolu, ning palub komisjonil ja liikmesriikidel teha koostööd ametiühingute, tööandjate, tervishoiutöötajate ja kodanikuühiskonnaga, et töötada välja terviklik ja sootundlik heaolu töö käsitlev poliitika; märgib, kui oluline on pakkuda vaimse tervise koolitust juhtivatel ametikohtadel olevatele isikutele nii avalikus kui ka erasektoris;

24. tunnustab tähtsat ametlikku ja mitteametlikku rolli, mida etendavad vaimse tervise valdkonnas hooldajad, kes on suures enamuses naised; nõuab eritähelpanu pööramist vaimse tervise valdkonnas töötavate ametlike ja mitteametlike hooldajate, eelkõige naishooldajate rollile, ning meetmeid hooldajate endi vaimse tervise ja heaolu kaitsmiseks;
25. nõuab tungivalt, et komisjon ja liikmesriigid lisaksid oma kavadesse meeste ja poiste vaimse tervise ja heaolu probleemid, mis on seotud soostereotüüpidega, millest omakorda tuleneb suurem mõnuainete kasutamise ja enesetapu sooritamise tõenäosus kui naiste puhul; rõhutab, et meeste vaimse tervise poliitikas tuleb arvesse võtta ka vanust ja eeldatavat eluiga, sotsiaalmajanduslikke tingimusi, sotsiaalset tõrjutust ja geograafilisi tegureid;

Sooline võrdõiguslikkus kliinilistes uuringutes

26. toonitab asjaolu, et ravimite kliinilised uuringud on vajalikud nii naiste kui ka meeste puhul, need peaksid olema kaasavad ja mittediskrimineerivad ning need tuleks läbi viia võrdõiguslikkuse, kaasatuse ja mittetõrjumise põhimõtte alusel, samuti peaksid need mõistlikult esindama elanikkonnarühmi, kes neid ravimeid kasutama hakkavad; soovib, et kliinilistes uuringutes võetaks arvesse ka konkreetseid haavatavaid elanikkonnarühmi, näiteks lapsed ja eakad patsiendid ning rahvusvähemustesse kuuluvad isikud; on arvamisel, et sooliselt eristatud andmeid peaks koguma ka pärast ravimite turuleviimist, et koguda teavet eri kõrvalmõjude kohta, tehes seda lisaks uurimustele ja andmetele asjaomaste ELi õigusaktide rakendamise kohta liikmesriikides;
27. väljendab sügavat muret asjaolu pärast, et see, et naiste esindatust kliinilistes uuringutes ja biomeditsiinilistes uuringutes ei ole õnnestunud suurendada, asetab nende tervise ja elu ohtu, ning rõhutab, et kliiniliste uuringute meetodikad ja ülesehitus peavad võimaldama stratifitseeritud analüüsi lähtuvalt vanusest ja soost; rõhutab seepärast tungivat vajadust lisada soolised erinevused vaimse tervise alastesse kliinilistesse protseduuridesse;
28. rõhutab, kui oluline on kliiniliste uuringute tulemuste avaldamine, et meetodika oleks läbipaistev ja juurdepääsetav;
29. tuletab meelde, et nakkushaiguste (nt HIV ja malaaria) ja halvasti lõppenud raseduste (nt surnultsünd) esinemissagedus on kõige suurem madala ja keskmise sissetulekuga riikides; nõuab rasedate kaasamist kliinilistesse uuringutesse, sest see on üks võimalus emade ja väikelaste haigestumise ja suremuse vähendamiseks;
30. nõuab, et ravimite etikettidel oleks selgelt märgitud, kas naiste hulgas on seoses konkreetse ravimiga tehtud kliinilisi uuringuid või mitte ning kas meestel ja naistel võib tekkida erinevaid kõrvalmõjusid; palub liikmesriikidel ergutada uuringuid hormoonasendusraviv kasutatavate ravimite pikaajalise mõju kohta;
31. palub komisjonil soodustada ELi tasandil projekte, milles keskendutakse sellele, kuidas naisi kliinilistes uuringutes koheldakse; leiab, et sellistesse projektidesse tuleks kaasata kõigi tasandite tervishoiuasutused ja ravimitööstus, milleks töötataks välja konkreetseid strateegiaid sooliste erinevuste uurimise ja hindamise suuniste rakendamise kohta kliinilistes uuringutes;

32. palub komisjonil ja liikmesriikidel investeerida teadlikkuse tõstmise kampaaniatesse, et julgustada naisi kliinilistes uuringutes osalema;
33. nõuab, et Euroopa Ravimiamet koostaks naistele kui kliiniliste uuringute erirühmale eraldi juhised;
34. kutsub liikmesriike üles tagama määruse (EL) nr 536/2014 kohaldamisel inimtervishoius kasutatavate ravimite kliiniliste uuringute käigus, et mehed ja naised on uuringutes võrdselt esindatud, pöörates erilist tähelepanu osalejate soolise koosseisu läbipaistvusele, ning et selle määruse nõuetekohast rakendamist arvestades jälgitakse eraldi naiste ja meeste esindatust;
35. nõuab tungivalt, et liikmesriigid, Euroopa Ravimiamet ja asjaomased sidusrühmad tagaksid, et sooga seotud tegureid võetaks ravimite uuringute ja väljatöötamise kõige varasemates etappides arvesse enne, kui algab kliiniliste uuringute etapp; rõhutab, et on vaja, et teadusuuringutega tegelevad institutsioonid ja tervishoiuasutused üle kogu Euroopa tõhustaksid sellealaste parimate tavade vahetamist;
36. rõhutab, et on vaja võtta kiireid meetmeid, et heastada kliiniliste uuringute soolised lüngad sellistes tervisevaldkondades, kus need on eriti kahjulikud, näiteks Alzheimeri tõve ja vähktõve ravimid ning rabanduse ravi, samuti antidepressandid ning südame- ja veresoonehaigused;
37. rõhutab, et teadlased ja kõik asjaomased sidusrühmad peaksid tegutsema koos, et kõrvaldada eelkõige naisi mõjutavate ravimite kahjulikud kõrvalmõjud, nagu see on näiteks antidepressantide, rasestumisvastaste vahendite ja muude ravimitega, et parandada naiste tervist ja tervishoiu kvaliteeti;
38. märgib murega, et arenguriikides esineb tervishoiu- ja sotsiaalhoolduse valdkonna teadustegevuses soolist diskrimineerimist ja ebavõrdsust, mis mõjutab asjaomase ja sihipärase ravi väljatöötamist; juhib eelkõige tähelepanu sellele, et arenguriikide patsiendid on farmakoloogilistes uuringutes esindatud ebapiisavalt; märgib, et erirühmad, sealhulgas lapsed ja rasedad, on tuberkuloosiravimi arendamises kõrvale jäetud; rõhutab vajadust koguda ja säilitada tulevaste soopõhiste kliiniliste uuringute jaoks farmakogeneetilisi proove; tuletab meelde, et naiste bioloogiline ja füsioloogiline eripära eeldab nõuetekohast teavet ravimite mõju kohta nende organismile;
39. märgib murega, et ravimiuuringute üha sagedasem läbiviimine Aafrikas ja muudes vähem arenenud piirkondades võib tuua kaasa tõsised eetikanormide rikkumised ja ELi aluspõhimõtete (näiteks õigus tervise kaitsele ja õigus tervishoiule) rikkumise; juhib tähelepanu asjaolule, et juurdepääsu puudumise tõttu taskukohasele tervishoiule, tervisekindlustusele või taskukohastele ravimitele ei jää haavatavatel inimestel, eelkõige naistel, arstiabi saamiseks muud valikut kui osaleda kliinilistes uuringutes, kuigi nad ei pruugi olla teadlikud nendega seotud ohtudest;
40. märgib, et on tõestatud, et naised tarvitavad suuremates kogustes psühhotroopseid aineid kui mehed, kuid samas on väga vähe uuritud, millised soolised erinevused esinevad nimetatud ravimite mõjus, mida kirjutatakse välja naistele ja meestele nende erinevusi arvestamata ja samades annustes; väljendab muret asjaolu pärast, et naised kannatavad psühhotroopsete ainete kahjuliku mõju all palju rohkem, sest nad on

jäänud kliinilistest uuringutest kõrvale ja seetõttu ei arvestata ka naise füsioloogiat; märgib ka, et naised üritavad meestest rohkem oma vaimseid probleeme psühhoteraapia abil lahendada;

Üldised tähelepanekud

41. kutsub komisjoni ja liikmesriike üles:

- a) edendama tervishoidu, tagades juurdepääsu teenustele ja piisava teabe andmise vastavalt meeste ja naiste erivajadustele ning vahetades häid tavasid vaimse tervise ja kliiniliste uuringute valdkonnas;
- b) hindama naiste ja meeste spetsiifilisi tervisealaseid vajadusi ning tagama soolise mõõtmise lõimimise oma tervisepoliitika meetmetesse, programmidesse ja uuringutesse alates nende väljatöötamisest ja kavandamisest kuni mõju hindamise ja eelarve koostamiseni;
- c) tagama, et ennetusstrateegiad on eelkõige suunatud naistele, kes on läbipõimunud diskrimineerimise ohus, nagu roma naised, puuetega naised, lesbid ja biseksuaalsed naised, rändajad ja naispagulased ning vaesuses elavad naised, aga ka trans- ja intersoolised inimesed;
- d) tunnistama, et soopõhine vägivald ja naistevastane vägivald on rahvatervise küsimused, nagu märgitakse WHO 25. mai 1996. aasta resolutsioonis WHA49.25, ja et see mõjutab otseselt naiste vaimset tervist ja heaolu;
- e) tagama, et kiiresti töötatakse välja soolise vägivalla esinemist käsitlev kogu ELi hõlmav uuring, et rakendada seda Euroopa statistikasüsteemis, nagu on kinnitatud Eurostati 2016. aasta tööprogrammis, ning koguda korrapäraselt eristatud andmeid, eelkõige depressiooni esinemise kohta, kusjuures need andmed peavad olema eristatud vähemalt soo, vanuserühma ja sotsiaalmajandusliku seisundi alusel;
- f) toetama kodanikuühiskonna ja naisteorganisatsioone, kes edendavad naiste õigusi, ning töötama selle nimel, et naised võetaks Euroopa ja riiklikes tervishoiupoliitikaküsimustes kuulda ning et Euroopa ja riiklikud tervishoiupoliitika vastaksid nende vajadustele;
- g) soodustama programme, milles käsitletakse naiste spetsiifilisi vajadusi selliste haiguste puhul nagu osteoporoos, luu- ja lihaskonna vaevused ning kesknärvisüsteemi haigused, näiteks Alzheimeri tõbi ja/või dementsus, sealhulgas programme, milles teavitatakse naisi ennetusmeetoditest ning pakutakse koolitust meditsiinitöötajatele;
- h) pöörama erilist tähelepanu kroonilise väsimuse sündroomi või fibromüalgia diagnoosiga naiste erivajadustele, tagades neile piisavad ja kvaliteetsed tervishoiuteenused;
- i) suurendama rahastust endometrioosi põhjuseid ja võimalikku ravi käsitlevate uuringute edendamiseks, samuti ravijuhendite koostamiseks ja tugikeskuste loomiseks; edendama endometrioosist teavitamist, selle ennetamist ja sellealase teadlikkuse tõstmist kampaaniaid ning eraldama vahendeid spetsialiseerunud

tervishoiutöötajate koolituseks ja teadusuuringute algatamiseks;

42. palub liikmesriikidel võtta vastu poliitikameetmed elanikkonna keskmise tervisliku seisundi parandamiseks, kõrvaldades selleks terviseiga seotud ebavõrdsused, mis mõjutavad ebasoodsamas olukorras olevaid sotsiaalmajanduslikke rühmi; nõuab sellega seoses aktiivseid meetmeid paljudes poliitikavaldkondades mitte ainult seoses rahvatervise ja tervishoiusüsteemidega, vaid ka seoses hariduse, sotsiaalkindlustuse, töö ja eraelu tasakaalustamise ja linnaplaneerimisega, nii et alati võetaks arvesse selget soolise võrdõiguslikkuse perspektiivi;
43. kutsub arenguriikide valitsusi üles arvestama soolise aspektiga vaimse tervise poliitikas ning töötama välja poliitikameetmeid ja programme, milles käsitletakse nii naiste erivajadusi vaimse tervise alases ravis kui ka psühholoogiliste kannatuste sotsiaalset päritolu; märgib murega, et eelkõige vähim arenenud riikides on naiste eemalhoidmine biomeditsiinilistest uuringutest sageli põhjustatud puudulikust teabest ja vähestest teabekampaaniatest, samuti rollist, mida nad täidavad emade ja hooldajatena, ning nende vähesest otsustusvabadusest oma kodumajapidamises; on kindlalt veendunud, et parem tasakaal soorollides ja kohustustes, kindel sissetulek, võrdne juurdepääs haridusele, tööturule integreerimine, tõhusamad meetmed töö- ja eraelu tasakaalu edendamiseks, eelkõige üksikemade jaoks, sotsiaalsete turvavõrkude arendamine ning vaesuse vähendamine aitaksid veelgi vähendada soolisi erinevusi vaimse tervise alal;
44. on seisukohal, et seksuaal- ja reproduktiivõigused hõlmavad juurdepääsu turvalisele ja seaduslikule aborditeenusele, usaldusväärsetele, turvalistele ja taskukohastele rasestumisvastastele vahenditele ning ulatuslikule haridusele seksuaal- ja suhteküsimustes;
45. peab kahetsusväärseks, et mitmes ELi liikmesriigis on seksuaal- ja reproduktiivõigused oluliselt piiratud ja/või kehtivad teatud tingimustel;
46. on arvamusel, et aborti tegemisest keelduvate meditsiinitöötajate arvu suurenemine liikmesriikides kujutab endast veel üht ohtu naiste tervisele ja õigustele; nõuab tungivalt, et liikmesriigid tagaksid, et haiglates on aborti tegemiseks vähemalt minimaalne arv meditsiinitöötajaid;
47. kutsub liikmesriike üles ennetama ja keelustama naiste sunniviisilist steriliseerimist ning selle eest vastutusele võtma – see nähtus mõjutab eelkõige puuetega naisi, trans- ja intersoolisi inimesi ja roma naisi;
48. toonitab asjaolu, et sõeluuringuid vähktõve algstaadiumis koos teabeprogrammidega peetakse üheks kõige tulemuslikumaks vähktõve ennetusmeetmeks, ja palub liikmesriikidel tagada, et kõikidel naistel ja tütarlastel oleks sellistele sõeluuringutele juurdepääs;
49. rõhutab, et naiste mõjuvõimu suurendamine ja soolise võrdõiguslikkuse edendamine on esmatähtis, et kiirendada säästvat arengut ja lõpetada seeläbi naiste ja tüdrukute igasugune diskrimineerimine, sealhulgas ka vaimse tervise ja kliiniliste uuringute vallas, kusjuures see ei ole mitte ainult põhiline inimõigus, vaid avaldab ka mitmekordistavat mõju muudele arenguvaldkondadele (säästva arengu eesmärk nr 5);

50. on seisukohal, et liikmesriikidel on kohustus tagada kohalik sünnitusabiteenus avaliku teenusena ning tagada, et ämmaemandad on ka maa- ja mägipiirkondades olemas;
51. kutsub liikmesriikide tervishoiuasutusi üles tunnistama endometrioosi tegutsemisvõimetuks muutvaks haiguseks, sest see võimaldaks ravida haigestunud naisi tasuta isegi kuluka ravi ja/või operatsiooni korral ning võimaldaks spetsiaalset haiguspuhkust töölt kõige ägedamate haigusperioodide ajal, vältides häbimärgistamist töökohas;
52. kutsub liikmesriike, komisjoni ja asjaomaseid asutusi üles tagama üldise inimõigusena kvaliteetse füüsilise ja vaimse tervise teenuste täieliku kättesaadavuse kõigile pagulastele, varjupaiga taotlejatele ja rändajatele, eelkõige haavatavatele naistele ja tütarlastele, ning valmistama oma riiklikud tervishoiusüsteemid pikaajalises perspektiivis saabuvate pagulaste ja varjupaigataotlejate jaoks piisavalt ette; rõhutab, et sisserände-, varjupaiga- ja õiguskaitsetöötajatele, kes töötavad pagulaste, varjupaigataotlejate ja sisserändajatega, eelkõige nendele, kes töötavad haavatavate naiste ja tütarlastega, on vaja pakkuda sootundlikku vaimse tervise alast koolitust; on seisukohal, et need vajalikud tervishoiumeetmed peaksid hõlmama selliste asjade tagamist nagu ohutu peavari ja sanitaaringimused naistele ja lastele, õigusnõustamine ning juurdepääs seksuaal- ja reproduktiivtervisele ja vastavatele õigustele, sh rasestumisvastased vahendid, tugi seksuaalvägivalla ohvritele ning ohutu ja legaalne abort;
53. palub ELil ja selle liikmesriikidel lõpetada viivitamatult praegune kokkuhoiupoliitika ja kärped avaliku sektori kuludes, mis mõjutavad teenuseid, mis on kõigi ELi naiste ja meeste ning tütarlaste ja poiste kõrgetasemelise tervisekaitse saavutamiseks hoolimata nende taustast või õiguslikust seisundist üliolulised;
54. palub liikmesriikidel tagada töötutele naistele, maapiirkondade naistele ja madala sissetulekuga naispensionäridele, kes ei suuda arstliku kontrolli ja ravi eest ise tasuda, tasuta juurdepääs tervishoiuteenustele;
55. soovib tagada naistele pärast puudega lapse või eluohtliku haigusega lapse sündi eritugi, sh tasuta juurdepääs pikaajalisele pediatrilisele koduhooldusele ja palliatiivsele hooldusele ning spetsialiseeritud ja lihtsalt juurdepääsetav psühholoogiline tugi;
56. rõhutab, et see, et saavutataks kõigi õigus tervisele, on intellektuaalomandi õiguste kaitse suhtes ülimuslik ning sõltub Euroopa terviseuringutesse, sealhulgas vaesusega seotud unarhaiguste tervisetehnoloogiasse ja ravimite uurimisse investeerimisest;
57. taunib asjaolu, et liikmesriigid kärbivad oma tervishoiueelarvet, ja on pettunud, et soopõhise ja naistevastase vägivalla ennetamiseks kavandatud programmide aastaeelarve on kõikides liikmesriikides väiksem kui sellise vägivalla tegelik maksumus, olgu see majanduslik, sotsiaalne või moraalne; toetab liikmesriike kulutuste suurendamisel, mis on mõeldud naistevastase vägivalla ärahoidmise ning ohvrite tulemusliku aitamise ja kaitse programmidele;
58. palub liikmesriikidel võtta meetmeid soopõhise vägivalla ohvrite varajase tuvastamise ja toetamise valdkonnas, mis on seotud tervishoiu valdkonnaga, ning rakendada rünnakute puhul terviseprotokolle, mis tuleks edastada õigusmenetluse kiirendamiseks

asjaomastele kohtutele; palub liikmesriikidel ka tagada õigus pääseda juurde teabele ja integreeritud sotsiaalabile, mida tuleks anda multidistsiplinaarsete ja professionaalsete alaliste vältimatu abi teenuste kaudu;

59. väljendab heameelt, et komisjon on astunud samme Istanbuli konventsiooni ratifitseerimiseks ELi poolt, ja peab kahetsusväärseks, et paljud liikmesriigid ei ole seda veel ratifitseerinud; nõuab tungivalt, et nõukogu tagaks ELi ühinemise Istanbuli konventsiooniga nii kiiresti kui võimalik;
 60. rõhutab, et ka prostitutsioon on tervisealane küsimus, sest sellel on kahjulik mõju prostitueeritud isikutele, kelle hulgas on tõenäolisemalt seksuaalse, füüsilise ja vaimse tervise traumasid, narkootikumide ja alkoholi sõltuvust, eneseväärikuse kadu ning elanikkonna keskmisest kõrgem suremuse tase; lisab ja rõhutab, et paljud seksistjad soovivad ebatavalist kommertslikku seksi, mis suurendab kahjustava mõju ohtu nii prostitutsiooni vallas tegutsevate isikute kui ka ostjate tervisele;
 61. kutsub liikmesriike üles ennetama ja keelama naiste suguelundite moonutamist ja intersooliste inimeste suguelundite moonutamist, selle eest vastutusele võtma ning pakkuma vaimse tervise tuge koos füüsilise hooldusega nendele, kes on langenud ohvriks või kes võiksid selleks tõenäoliselt saada;
 62. julgustab komisjoni ja liikmesriike pöörama eritähelepanu kõige haavatavamatele ja ebasoodsamas olukorras olevatele rühmadele ning algatama nende jaoks sekkumisprogramme;
 63. on seisukohal, et võrreldavate, ulatuslike, usaldusväärsete ja regulaarselt uuendatavate sooliselt eristatud andmete puudumine põhjustab naiste tervise puhul diskrimineerimist;
 64. tuletab meelde, et tervishoid ja tervishoiupoliitika on liikmesriikide pädevuses ja komisjoni roll on riiklikku poliitikat täiendada;
- o
o o
65. teeb presidendile ülesandeks edastada käesolev resolutsioon nõukogule ja komisjonile.