

EUROPEES PARLEMENT

2004



2009

Zittingsdocument

DEFINITIEVE VERSIE
A6-0249/2006

18.7.2006

ONTWERPVERSLAG

over de verbetering van de geestelijke gezondheid van de bevolking. Naar een strategie inzake geestelijke gezondheid voor de Europese Unie (2006/2058(INI))

Commissie milieubeheer, volksgezondheid en voedselveiligheid

Rapporteur: John Bowis

INHOUD

	Blz.
ONTWERPRESOLUTIE VAN HET EUROPEES PARLEMENT.....	3
TOELICHTING.....	13
ADVIES VAN DE COMMISSIE WERKGELEGENHEID EN SOCIALE ZAKEN	18
ADVIES VAN DE COMMISSIE RECHTEN VAN DE VROUW EN GENDERGELIJKHEID	24
PROCEDURE.....	28

ONTWERPRESOLUTIE VAN HET EUROPEES PARLEMENT

over de verbetering van de geestelijke gezondheid van de bevolking. Naar een strategie inzake geestelijke gezondheid voor de Europese Unie (2006/2058(INI))

Het Europees Parlement,

- gezien het Groenboek van de Commissie - "De geestelijke gezondheid van de bevolking verbeteren. Naar een strategie inzake geestelijke gezondheid voor de Europese Unie" (COM(2005)0484),
 - gelet op de artikelen 2, 13 en 152 van het EG-Verdrag,
 - gelet op de Handvest van grondrechten van de Europese Unie¹,
 - gelet op de Richtlijn 2000/78/EG van de Raad van 27 november 2000 tot instelling van een algemeen kader voor gelijke behandeling in arbeid en beroep²,
 - onder verwijzing naar de resolutie van de Raad van 18 november 1999 betreffende de bevordering van de geestelijke gezondheid³,
 - gezien de verklaring van de Europese ministerconferentie van de WHO over geestelijke gezondheid van 15 januari 2005 over het aanpakken van de uitdagingen op het gebied van geestelijke gezondheid in Europa en het ontwikkelen van oplossingen,
 - onder verwijzing naar zijn resolutie van 23 maart 2006 over demografische vraagstukken en de solidariteit tussen de generaties (2005/2147(INI))⁴,
 - gelet op artikel 45 van zijn Reglement,
 - gezien het verslag van de Commissie milieubeheer, volksgezondheid en voedselveiligheid en de adviezen van de Commissie werkgelegenheid en sociale zaken en de Commissie rechten van de vrouw en gendergelijkheid (A6-0249/2006),
- A. overwegende dat één op de vier mensen in Europa gedurende hun leven ten minste één keer een ernstige episode van geestelijke gezondheidsproblemen doormaken; overwegende dat geestelijke gezondheidsproblemen iedereen in de EU direct of indirect treffen en dat ieder jaar naar schatting 18,4 miljoen mensen tussen 18 en 65 jaar in de Europese Unie aan een ernstige depressie lijden; overwegende dat burgers zich dankzij een goede geestelijke gezondheid op intellectueel en emotioneel vlak kunnen ontplooiën en zich in het maatschappelijk leven, het onderwijs en het beroepsleven kunnen integreren; overwegende dat een slechte geestelijke gezondheid daarentegen een bron van uitgaven, sociale uitsluiting en stigmatisering is,
- B. overwegende dat geestelijke gezondheidsaandoeningen de levenskwaliteit van degenen die er direct of indirect door worden getroffen, ernstig aantasten,

¹ PB C 310 van 16.12.2004, blz. 41.

² PB L 303 van 2.12.2000, blz. 16.

³ PB C 86 van 24.3.2000, blz. 1.

⁴ Aangenomen teksten, P6_TA(2006)0115.

- C. overwegende dat er voor de samenleving enorme economische kosten verbonden zijn aan geestelijke gezondheidsproblemen en dat deze volgens sommige schattingen in de lidstaten van de Europese Unie tussen de 3 en 4% van het BBP bedragen,
- D. overwegende dat geestelijke gezondheidsaandoeningen een zeer grote impact op economie, gezondheid en maatschappij hebben en dat deze impact alleen maar groter zal worden omdat deze aandoeningen gezien de vergrijzing en maatschappelijke veranderingen vaker zullen voorkomen,
- E. overwegende dat elk jaar ongeveer 58.000 burgers van de Europese Unie zelfmoord plegen, d.w.z. meer dan het jaarlijkse aantal verkeersdoden en HIV/aids-doden, en voorts overwegende dat tien keer zoveel mensen een zelfmoordpoging doen,
- F. overwegende dat, in het licht van de verdeling van bevoegdheden in het EG-Verdrag, de toegevoegde waarde van een communautaire strategie inzake de geestelijke gezondheid van de Europeanen voornamelijk op het gebied van preventie te vinden is,
- G. overwegende dat in sommige Europese landen tot 85% van de aan de geestelijke gezondheidszorg bestede financiële middelen worden gebruikt om grote instellingen te onderhouden,
- H. overwegende dat een gebrek aan besef voor en investeringen in de bevordering van de geestelijke gezondheid tot een verslechtering van de gezondheid en tot arbeidsongeschiktheid onder de burgers en tot maatschappelijke problemen heeft bijgedragen,
- I. overwegende dat ongeveer 40% van alle gedetineerden aan een of andere vorm van psychische stoornis lijden en dat de waarschijnlijkheid dat zij zelfmoord plegen zeven keer zo hoog is als bij burgers in de samenleving, en voorts overwegende dat inadequate detentie de stoornis kan verergeren en een beletsel voor resocialisatie kan vormen,
- J. overwegende dat in de hele Europese Unie te weinig aandacht en middelen aan de geestelijke gezondheid van kinderen en jongeren worden besteed, ook al nemen geestelijke gezondheidsproblemen bij jongeren hand over hand toe,
- K. overwegende dat er een duidelijke geslachtsspecifieke dimensie bestaat op het gebied van de gezondheid, met name wat betreft eetstoornissen, neurodegeneratieve aandoeningen, schizofrenie, stemmingswisselingen, angst, paniek, depressie, alcoholmisbruik en het gebruik van andere stoffen die van invloed op de psyche zijn, alsook zelfmoord en delinquent gedrag, en dat stelselmatiger onderzoek op deze gebieden zou moeten worden verricht,
- L. overwegende dat vrouwen vaker hulp zoeken bij instanties dan mannen en twee keer zoveel psychofarmacologische geneesmiddelen voorgeschreven krijgen dan mannen; overwegende voorts dat uit farmacokinetisch onderzoek blijkt dat vrouwen deze producten minder goed verdragen,
- M. overwegende dat de preventie, vroegtijdige diagnose, interventie en behandeling van psychische stoornissen de persoonlijke, financiële en sociale gevolgen daarvan aanzienlijk beperken,
- N. overwegende dat veel mensen aan een neurodegeneratieve ziekte lijden en dat hun aantal naar verwachting nog verder zal stijgen, onder andere door de hogere levensverwachting en

de daarmee gepaard gaande vergrijzing,

- O. overwegende dat in de meeste lidstaten van de Europese Unie, zowel voor kinderen met ontwikkelings- en gedragsstoornissen die een normale - met name educatieve - ontwikkeling in de weg kunnen staan, als voor volwassenen met chronische en ernstige stoornissen en voor personen met leerproblemen, een verschuiving plaatsvindt van langdurige geïnstitutionaliseerde zorg naar ondersteuning in de samenleving, maar ook overwegende dat dit tot nu toe zonder behoorlijke planning en financiering van gemeenschapsdiensten gebeurt,
- P. overwegende dat geestelijke gezondheidsproblemen die gekoppeld gaan met geweld tegen vrouwen en meisjes slecht in kaart zijn gebracht; overwegende dat er dikwijls geen rekening wordt gehouden met de verhalen van slachtoffers en dat veel mishandelde vrouwen en meisjes er niet voor uit willen komen dat ze mishandeld zijn, tenzij artsen en medisch personeel hier rechtstreeks naar vragen,
- Q. overwegende dat de eerste vereiste voor geestelijke gezondheid erin bestaat dat men in een gezonde gezinssituatie opgroeit, die voorziet in materiële en psychologische zekerheid en ouderliefde,
 - 1. verwelkomt het engagement van de Commissie inzake de bevordering van de geestelijke gezondheid; roept ertoe op hieraan meer prioriteit te geven in het gezondheidsbeleid en het onderzoeksbeleid van de Unie; is van mening dat dit thema moet worden geïntegreerd in het beleid en de wetgeving van alle directoraten van de Commissie en van alle ministeries van de lidstaten, die zich moeten verbinden tot de harmonisering van de huidige nationale en internationale geestelijke gezondheidsindicatoren teneinde vergelijkbare gegevens op EU-niveau te kunnen verzamelen;
 - 2. is van mening dat in het Groenboek niet naar behoren rekening is gehouden met de geslachtsspecifieke dimensie; verlangt bijgevolg dat systematisch rekening wordt gehouden met dit aspect bij voorstellen voor maatregelen ter bevordering van de geestelijke gezondheid, bij de preventie en bij het onderzoek, waar de studies tot nu toe ontoereikend en inadequaat waren, zodat op het gebied van de preventie en de behandeling van deze ziekten aanzienlijk minder vooruitgang is geboekt dan bij andere ziekten;
 - 3. meent dat artsen een uiterst belangrijke rol bij de follow-up van patiënten vervullen;
 - 4. is van mening dat een goede geestelijke gezondheid een voorwaarde vormt voor de gezondheid en het welzijn van de Europese burgers in het algemeen en voor een gezonde en goed presterende economie in de EU; stimuleert en ondersteunt alle maatregelen die tot doel hebben psychische stoornissen te voorkomen;
 - 5. benadrukt dat nagedacht moet worden over de beste manier om de beschikbare communautaire instrumenten te gebruiken, zoals het 7e kaderprogramma voor onderzoek, teneinde capaciteiten op te bouwen waarmee het onderzoek op het gebied van de geestelijke gezondheid in de Unie ondersteund kan worden;
 - 6. is van mening dat elk toekomstig voorstel van de Commissie met betrekking tot de geestelijke gezondheid tot stand moet komen in partnerschap en overleg met en met de deelname van hen die geestelijke gezondheidsproblemen ondervinden, met hun familieleden, hun verzorgers en met NGO's die hun belangen behartigen, verenigingen van familieleden en andere belanghebbenden, om de besluitvormingsprocessen representatiever en

veelomvattender te maken, en dat dit de netwerkvorming tussen familieleden van psychiatrische patiënten moet bevorderen;

7. wijst op de forse verschillen in de uitgaven voor geestelijke gezondheid in de diverse lidstaten, zowel in absolute termen als in percentage van de totale uitgaven voor geestelijke gezondheid;
8. is van mening dat verschillende maatregelen nodig zijn om de drie doelstellingen bevordering van de geestelijke gezondheid, verbetering van de geestelijke gezondheid en preventie van psychische stoornissen te kunnen bereiken; is van mening dat die maatregelen gericht moeten zijn op het verstrekken van de juiste informatie, het verkrijgen van relevante kennis en de ontwikkeling van de nodige mentaliteit en vaardigheden om de geestelijke en lichamelijke gezondheid veilig te stellen en de levenskwaliteit van de Europese burgers te verbeteren;
9. benadrukt de noodzaak om voorzichtig te zijn met termen als "geestelijke gezondheidsproblemen", "geestesziekten", "ernstige psychische aandoeningen" en "persoonlijkheidsstoornissen";
10. benadrukt het grote belang van vroegtijdige screening, detectie en diagnostiek en van een geïntegreerde behandeling op maat;
11. beklemtoont de noodzaak om door middel van de nodige maatregelen de aperte ongelijkheid in de behandeling van geestesziekten te bestrijden;
12. roept ertoe op personen met leerhandicaps op te nemen in toekomstige strategieën, aangezien zij met soortgelijke problemen kampen als personen met psychische aandoeningen, zoals sociale uitsluiting, institutionalisering, schending van de mensenrechten, discriminatie, stigmatisering en gebrek aan ondersteuning voor deze personen zelf, hun familieleden en hun verzorgers; roept tegelijkertijd op tot grotere inspanningen om cognitief hoogbegaafde kinderen en jongeren als dusdanig te erkennen en hen beter te ondersteunen;
13. beklemtoont het belang van wederzijdse hulp en de belangrijke rol van de ervaringen van mensen met behandelingen, ziekten en herstel;
14. verwelkomt het feit dat de Commissie kinderen, werknemers, ouderen en benadeelde leden van de samenleving tot de belangrijkste doelgroepen telt, maar zou daarbij ook groepen willen voegen als personen met ernstige psychische aandoeningen, met langdurige en terminale ziekten, mensen met een handicap, gedetineerden, ethische groepen en andere minderheden, daklozen, migranten, personen met onzekere banen en werklozen, alsmede het scala aan gezondheids- en zorgkwesties die specifiek van belang zijn voor vrouwen;
15. erkent dat persoonlijkheidsstoornissen bijzondere uitdagingen stellen op het gebied van diagnose, behandeling, controle en zorg, en meer onderzoek en specifieke beleidslijnen vergen; vraagt de Commissie ook aandacht te besteden aan agressie, de determinanten van agressief gedrag en de psychische gevolgen daarvan;
16. erkent dat mannen en vrouwen verschillende behoeften hebben op het vlak van geestelijke gezondheid en roept op tot meer onderzoek naar met name het verband tussen gedwongen behandeling in een instelling en zelf toegebracht letsel en het hogere percentage voorschriften van psychotrope medicijnen bij vrouwen;

17. beklemtoont de noodzaak van onderzoek naar de aangetoonde verschillen in hersenstructuur en hersenactiviteit van mannen en vrouwen teneinde voor mannen en vrouwen op het gebied van geestelijke gezondheid een aparte aanpak en behandeling te ontwikkelen;
18. wenst dat aan moeders voor en na de geboorte van hun kind hulp wordt verstrekt teneinde depressies en andere psychopathologische symptomen die zich bij een groot aantal vrouwen in deze situatie voordoen, te voorkomen;
19. is van mening dat de goede geestelijke gezondheid van moeders en ouders ertoe bijdraagt dat kinderen zich vrijelijk ontwikkelen en tot gezonde volwassenen opgroeien;
20. roept op tot een multidisciplinaire benadering van samenwerkende instanties om complexe situaties op het vlak van geestelijke gezondheidsproblemen aan te pakken, bijvoorbeeld voor een optimale ondersteuning van kinderen of adolescenten met ontwikkelings-, gedrags- of eetstoornissen en/of kinderen wier ouders vaak zelf geestelijke gezondheidsproblemen hebben (of langdurig in een instelling worden opgenomen);
21. constateert dat het maatschappelijk gedefinieerde beeld van hoe het lichaam van een meisje of een vrouw eruit moet zien, van invloed is op hun geestelijke gezondheid en welzijn, hetgeen o.a. tot een toename van eetstoornissen leidt;
22. wijst erop dat de oorzaak van geestelijke gezondheidsproblemen en geestesziekten vaak naar de vroege kinderjaren terug te voeren is en beklemtoont het belang van onderzoek naar een gezonde vroege kindertijd;
23. benadrukt het belang van permanente opleiding en bijscholing van de intermediairs: onderwijspersoneel, hulpverleners, sociale en justitiële diensten en werkgevers;
24. uit zijn voldoening over het feit dat in het Groenboek wordt erkend dat maatschappelijke en omgevingsfactoren, zoals persoonlijke ervaringen, familie, maatschappelijke ondersteuning, levensomstandigheden (zoals armoede, leven in grote steden en isolement in landelijke gebieden) en arbeidsomstandigheden (zoals onzekerheid over het werk, werkloosheid en lange werktijden) een rol spelen bij de geestelijke gezondheid van mensen; benadrukt dat psychische aandoeningen de belangrijkste reden voor vervroegde pensionering en arbeidsongeschiktheid vormen;
25. is van mening dat goede arbeidsomstandigheden bijdragen aan de geestelijke gezondheid en roept de werkgevers op tot de invoering van een beleid ten behoeve van "geestelijke gezondheid op het werk" als noodzakelijk onderdeel van hun verantwoordelijkheid inzake gezondheid en veiligheid op het werk, om ervoor te zorgen dat mensen met geestelijke gezondheidsproblemen de 'best mogelijke banen' krijgen en dat zij zo goed mogelijk op de arbeidsmarkt worden geïntegreerd, en pleit voor bekendmaking en monitoring van dit beleid binnen het kader van de bestaande wetgeving inzake gezondheid en veiligheid, waarbij ook rekening dient te worden gehouden met de behoeften en standpunten van de werknemers;
26. is verheugd over de maatschappelijke initiatieven binnen het maatschappelijk en werkgelegenheidsbeleid ter bevordering van de niet-discriminatoire behandeling van personen met een slechte geestelijke gezondheid, de maatschappelijke integratie van geestelijk gehandicapten en de preventie van stress op het werk;
27. legt met betrekking tot de Europese werkgelegenheidsstrategie de nadruk op de invloed van

geestelijke gezondheid op de werkgelegenheid en op de invloed van werkloosheid op de geestelijke gezondheid van mensen;

28. is van mening dat de lidstaten samen moeten werken om effectieve strategieën te vinden en ten uitvoer te leggen om het aantal zelfdodingen, met name onder jongeren en andere risicogroepen, te verminderen;
29. verzoekt om meer erkenning voor het verband tussen discriminatie, geweld en een slechte geestelijke gezondheid, waarbij het belang moet worden onderkend van de bestrijding van alle vormen van geweld en discriminatie als onderdeel van de strategie om de geestelijke gezondheid via preventie te verbeteren;
30. beschouwt de vergrijzing van de Europese bevolking als een van de grootste uitdagingen op het gebied van geestelijke gezondheid en dringt erop aan dat meer aandacht wordt besteed aan onderzoek naar de mechanismen en oorzaken van neurodegeneratieve ziekten en andere psychiatrische ziekten bij ouderen en de preventie en zorg daarvan, met inbegrip van de ontwikkeling van nieuwe therapieën;
31. meent voorts dat het verband tussen alcohol- en drugsgebruik en geestesziekten moet worden beklemtoond; is van mening dat alcohol- en drugsverslaving grote problemen zijn voor de geestelijke en de lichamelijke gezondheid en voor de maatschappij als geheel; vraagt de Commissie met spoed te inventariseren welke afkickprogramma's en behandelmethodes het meest effectief zijn;
32. benadrukt dat personen met psychische stoornissen op een waardige en menselijke manier moeten worden behandeld en verzorgd en dat de medische zorg en ondersteuning doeltreffend en van hoge kwaliteit moet zijn en overal voor alle patiënten toegankelijk moet zijn; dat er duidelijkheid moet bestaan omtrent hun rechten om al dan niet te worden behandeld; dat zij waar mogelijk in staat moeten worden gesteld om bij beslissingen over hun eigen behandeling te worden betrokken en collectief moeten worden geraadpleegd over de dienstverlening; dat de voorgeschreven medicijnen zo min mogelijk bijwerkingen moeten hebben; dat er informatie en advies moet worden verstrekt aan mensen die veilig willen stoppen met het gebruik van medicijnen;
33. is van mening dat dwang en gedwongen medicatie contraproductief zijn; is van mening dat alle vormen van behandeling in een instelling en gedwongen medicatie van beperkte duur moeten zijn en, waar mogelijk, regelmatig opnieuw moeten worden bekeken en afhankelijk moeten zijn van de toestemming van de patiënt of, bij ontstentenis daarvan en alleen in geval van uiterste nood, van toestemming van de bevoegde autoriteiten;
34. is van mening dat elke beperking van de persoonlijke vrijheid moet worden vermeden en verwijst daarbij in het bijzonder naar fysieke opsluiting die monitoring, controle en toezicht vereist door de democratische instellingen die verantwoordelijk zijn voor de bescherming van de individuele rechten, om aldus misbruik tegen te gaan;
35. roept ertoe op de bestrijding van stigmatisering tot kernpunt van iedere toekomstige strategie te maken, namelijk door jaarlijkse campagnes te voeren over geestelijke gezondheidsproblemen om onwetendheid en onrechtvaardigheid te bestrijden, aangezien met geestelijke gezondheidsproblemen verbonden stigmatisering tot uitsluiting leidt, zowel wat betreft werkgelegenheid als in familieverband en zowel door de gemeenschap als door professionele hulpverleners; meent voorts dat met het oog op de verbetering van de

geestelijke gezondheid en de omstandigheden van de patiënten alle fundamentele maatschappelijke en burgerrechten moeten worden gegarandeerd, zoals het recht op huisvesting en economische steun voor degenen die niet kunnen werken en het recht om te trouwen en zijn eigen zaken te regelen; meent voorts dat stigmatisering in feite een vorm van discriminatie is en met antidiscriminatie wetten moet worden aangepakt;

36. erkent dat het stigma deels bestaat uit de wijdverspreide misvatting dat geestesziekten acuut en voor het leven zijn, terwijl moet worden benadrukt dat mensen met de juiste hulp helemaal kunnen herstellen, een remissie kunnen beleven of een toereikend niveau van functionaliteit of stabiliteit kunnen bereiken;
37. benadrukt de noodzaak om de geestelijke gezondheidsdiensten dusdanig te hervormen dat zij gegrondvest zijn op hoogkwalitatieve thuiszorg door gemeenschapsdiensten of beschermd wonen met toegang tot behoorlijke gezondheids- en sociale zorg; met een regelmatige monitoring en evaluatie; met respijtzorg voor personen met geestelijke gezondheidsproblemen en hun verzorgers; met een één-loket-systeem voor de toegang tot gezondheidszorg, sociale hulpverlening, huisvesting, opleiding, vervoer, uitkeringen en andere diensten; benadrukt dat deze vorm van geestelijke gezondheidszorg ondersteund dient te worden door een reeks zorgdiensten in instellingen voor acute, chronische of veiligheidsbehoeften, waarbij echter altijd een onafhankelijke monitoring dient plaats te vinden wanneer iemand gedwongen in een instelling wordt behandeld;
38. beklemtoont met het oog hierop de noodzaak om steun te verlenen aan door psychiatrische patiënten opgerichte coöperaties en aan alle activiteiten die gericht zijn op de integratie van gebruikers van geestelijke gezondheidsdiensten en voormalige patiënten en om middelen toe te wijzen voor de opleiding van medewerkers, zodat deze rekening kunnen houden met alle behoeften van psychiatrische patiënten;
39. beklemtoont dat huisartsen en andere vakmensen uit de eerstelijnsgezondheidszorg continu moeten worden opgeleid op het gebied van geestelijke gezondheid;
40. erkent dat de lokale overheid een integrale rol moet spelen bij de bevordering van een goede geestelijke gezondheid, mensen met een zwakke geestelijke gezondheid in plaatselijke gemeenschappen moet steunen en de afzonderlijke multidisciplinaire lijnen binnen de geestelijke gezondheidszorg bij elkaar moet brengen;
41. is van mening dat in het geval van een dubbele diagnose bij personen met geestelijke gezondheidsproblemen en verslavingsproblemen in de regel een simultane behandeling moet plaatsvinden;
42. benadrukt dat er een onderling verband bestaat tussen psychische en fysieke aspecten van de gezondheid, dat psychische stoornissen een biologische, maatschappelijke, emotionele of historische oorzaak kunnen hebben die eerst moet worden aangepakt omdat andere benaderingen anders geen zin hebben en dat sommige psychiatrische geneesmiddelen de onderliggende biologische toestand in feite kunnen verergeren;
43. vraagt meer aandacht voor de psychische gevolgen en symptomen van somatische ziekten; benadrukt dat in de protocollen van ziekenhuizen evenveel belang moet worden gehecht aan het geestelijk als aan het lichamelijk welzijn van patiënten, met name bij de behandeling van ernstige en/of ongeneeslijke ziekten; en meent dat (para)medische medewerkers die in andere gespecialiseerde vakgebieden werken, continu in psychopathologie moeten worden opgeleid,

omdat stoornissen vaak niet gediagnosticeerd of onderschat worden;

44. steunt de opmerkingen van de Commissie over deinstitutionalisering, aangezien een langdurig verblijf in psychiatrische instellingen tot een verlenging en verergering van psychopathologische aandoeningen, versterking van stigmatisering en sociale uitsluiting kan leiden; erkent echter dat grotere inspanningen moeten worden ondernomen om het publiek ervan te overtuigen dat er betere resultaten worden bereikt wanneer personen met ernstige psychische stoornissen of leermoeilijkheden gemeenschapszorg krijgen;
45. stelt voor dat de Commissie via het programma ter bevordering van de volksgezondheid gegevens verzamelt over geestesziekten, herstelpercentages van behandelde patiënten en de doeltreffendheid van hun reïntegratie in de maatschappij;
46. stelt voor dat de Commissie locaties en voorbeelden van goede praktijken identificeert en daarover gedetailleerde gegevens verstrekt aan alle lidstaten, waarbij deze "voorbeeldlocaties" vergelijkbaar zijn met de WHO-locaties in het kader van het WHO-programma "Nations for Mental Health"; is van mening dat voorbeeldlocaties, "voorbeeldbehandelingen" en "voorbeeldpreventiestrategieën" belangrijk kunnen zijn om de ongelijkheid in de geestelijke gezondheid tussen lidstaten te verminderen; verzoekt de Commissie de kennisinstututen te betrekken bij het identificeren van voorbeeldlocaties, voorbeeldbehandelingen en voorbeeldpreventiestrategieën;
47. meent dat goede werkwijzen en relevante informatie moeten worden verspreid en voor alle burgers beschikbaar moeten worden gemaakt, omdat (volgens Resolutie 46/119 van de Algemene Vergadering van de VN) iedereen recht heeft op de best beschikbare geestelijke gezondheidszorg;
48. is van mening dat de term "behandeling" een ruime interpretatie moet krijgen, met nadruk op de identificatie en eliminatie van sociale en milieufactoren, terwijl het gebruik van medicatie als laatste redmiddel dient te worden gezien, vooral als het om kinderen en jongeren gaat; hekelt de toenemende medicalisering en pathologisering van levensfasen zonder een uitgebreid onderzoek naar de oorzaken; vraagt dat rekening wordt gehouden met genetische factoren en met factoren zoals persoonlijke ervaringen, gezin, sociale steun en levens- en arbeidsomstandigheden die een rol spelen bij geestesziekten;
49. is voorts van mening dat naast behandeling een adequate sociale en arbeidsomgeving en steun door de familie en de gemeenschap nodig zijn om geestelijke gezondheidsproblemen te voorkomen en het geestelijk welzijn, de therapeutische strategie voor mensen die aan psychische stoornissen lijden en hun revalidatie te bevorderen; beklemtoont de behoefte aan onderzoek naar omgevingen die bevorderlijk zijn voor de geestelijke gezondheid en het herstel;
50. dringt er bij de Commissie op aan om steun te verlenen aan verdere hervormingen in lidstaten waar sprake is geweest van misbruik van de psychiatrie, in de vorm van medicatie of opsluiting, of inhumane praktijken zoals kooibedden en overmatig gebruik van afzonderingsruimten, vooral in de nieuwe lidstaten, en verzoekt de Commissie de hervorming van de psychiatrie op de agenda van de onderhandelingen voor toetreding tot de EU te plaatsen; is van mening dat een gevangenis geen geschikte omgeving is voor mensen met een psychische aandoening en dat actief naar alternatieven moet worden gezocht;
51. roept op tot versterking van het onderzoek naar therapeutische en psychologische

interventies, naar de ontwikkeling van effectievere medicijnen met minder bijwerkingen, naar determinanten van psychische stoornissen en zelfdoding, naar resultaatmetingen voor investeringen in de bevordering van de geestelijke gezondheid en naar methodes die aan een geslaagd herstel en remissie bijdragen; roept in het bijzonder op tot extra aandacht voor onderzoek naar geneesmiddelen die beter geschikt zijn voor kinderen; beklemtoont voorts dat het onderzoek niet beperkt mag blijven tot farmaceutica, maar ook moet worden uitgebreid tot epidemiologische, psychologische en economische studies over de gemeenschap en de sociale determinanten van geestesziekten; roept voorts op tot een grotere betrokkenheid van gebruikers van geestelijke gezondheidsdiensten bij alle aspecten van het onderzoek inzake geestelijke gezondheid;

52. is voorts van mening dat meer onderzoek nodig is naar stigmatisering en naar middelen ter bestrijding daarvan, naar de ervaringen van individuele gebruikers van geestelijke gezondheidsdiensten en hun verzorgers, naar de werkrelaties tussen de verschillende diensten en zorgverleners en voormalige gebruikers van geestelijke gezondheidsdiensten, alsook naar grensoverschrijdende dienstverlening;
53. is van mening dat de geestelijke gezondheidsdiensten, teneinde effectief te kunnen zijn en het vertrouwen van de burgers te kunnen genieten, voldoende financiële middelen dienen te krijgen om de kosten te dekken die voor de individuele burgers, de gezondheidszorg, de sociale dienstverlening en de samenleving als geheel met psychische stoornissen zijn verbonden;
54. meent dat het van essentieel belang is om voor de bevordering van de geestelijke gezondheid hoogwaardige, geïndividualiseerde methodes toe te passen, rekening houdend met de specifieke behoeften van personen en doelgroepen;
55. erkent de waardevolle bijdrage van de familieleden en verstrekkers van informele zorg aan de ondersteuning van personen met geestelijke gezondheidsproblemen en erkent tevens dat ook zij behoefte aan zorg zullen hebben en informatie en ondersteuning van professionals nodig hebben om zorg te kunnen blijven verlenen; erkent voorts de waardevolle bijdrage die gebruikers van geestelijke gezondheidsdiensten kunnen leveren door elkaar te ondersteunen;
56. beklemtoont dat het noodzakelijk is een woordenschat en terminologie te gebruiken die stigmatisering tegengaat, bijvoorbeeld maatregelen om met betrekking tot elke soort psychische stoornis vooroordelen weg te werken, de mentaliteit te veranderen en stereotypen te veroordelen;
57. roept de Commissie op een "coördinatie- en controlegroep voor geestelijke gezondheid" op te richten die tot taak heeft informatie te verzamelen over de praktijk en de bevordering van de geestelijke gezondheid in de EU, om na te gaan of de bestaande professionals en infrastructuur voor geestelijke gezondheidszorg adequaat zijn (qua aantallen en opleiding) en om informatie over de beste werkwijzen te verspreiden in alle lidstaten en bij alle partijen die bij de behandeling van de geestelijke gezondheid betrokken zijn; onderstreept dat patiëntenorganisaties, behandelaars, zorginstellingen en kennisinstituten bij deze Coördinatie- en controlegroep moeten worden betrokken;
58. verzoekt de Commissie om het Groenboek aan te vullen met een voorstel voor een richtlijn inzake de geestelijke gezondheid in Europa en de verdediging en naleving van de burger- en grondrechten van mensen die aan psychische stoornissen lijden;

59. dringt er bij de EU- en de ACS-landen op aan om in het kader van het ontwikkelingsbeleid en het Cotonou-partnerschap nauw samen te werken bij de investering in een goede geestelijke gezondheid;
60. verzoekt zijn Voorzitter deze resolutie te doen toekomen aan de Raad en de Commissie, alsmede aan de regeringen van de lidstaten, de kandidaat-lidstaten, de ACS-landen en WHO-Europa.

TOELICHTING

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

(‘We hebben in de afgelopen weken onze stem hervonden en moeten nu weer leren met opgeheven hoofd verder te gaan.’)

- Stefan Heym - november 1989, Alexanderplatz, Oost-Berlijn

Stefan Heyms toespraak van november 1989 tot de enorme mensenmassa die was samengestroomd om het wrede DDR-regime te verdrijven, moet ons tot leidraad dienen bij het revolutioneren en hervormen van de praktijk van de geestelijke gezondheidszorg in Europa, die zo vaak ondergefinancierd is en op onnadenkende wijze wreed kan zijn. Wij moeten in de geestelijke gezondheidszorg normen voor zorg, behandeling, therapie, herintegratie en patiënteninspraak invoeren die wij ook van de beste stelsels voor de fysieke gezondheidszorg zouden verwachten. Wij kunnen dit Groenboek over de geestelijke gezondheid daarom van harte toejuichen en onderschrijven. Wij zien nu uit naar snelle en uitvoerige voorstellen om deze goede woorden om te zetten in daden ten behoeve van een effectieve wetgeving en codificatie.

De uitdaging van de geestelijke gezondheid bestaat erin de bestaande stelsels, houdingen en mogelijkheden te veranderen. In de afgelopen veertig jaar hebben we afscheid genomen van donkere tijden in de geestelijke gezondheidszorg. In sommige delen van ons continent is er sprake geweest van misbruik van de psychiatrie; in andere heerste een op wegsluiting gebaseerd idee van inrichtingen, dat het geweten van het publiek vaak onder het motto "uit het oog, uit het hart" door institutionalisering suste, zonder daarbij al te veel te doen voor de genezing en herintegratie van de patiënten; in andere vertrouwde men al te sterk op medicatie, in nog weer andere op de gevangenis in plaats van het ziekenhuis; maar nergens was er sprake van een echt besef voor de bevordering van de geestelijke gezondheid.

Wij denken vaak dat wij de tijden waarin de mensenrechten van geesteszieke patiënten werden geschonden, ver achter ons hebben gelaten. In vele opzichten is dat ook wel zo. We voeren weliswaar nog steeds debatten over gedwongen behandeling, soms zijn de beslissingen over ontslag uit of gedwongen opname in een inrichting onjuist, nu en dan worden gevallen bekend van misbruik in de intramurale zorg en er is soms onenigheid over onverenigbare of in de verdrukking geraakte rechten van patiënten, families en gemeenschappen. Maar al met al zijn er minder sloten en grendels, hebben patiënten meer keuzemogelijkheden en medezeggenschap en zijn er wettelijke controlemechanismen om erop toe te zien dat de rechten van de patiënt niet worden misbruikt.

En toch leven we in minstens één opzicht nog steeds in donkere tijden: stigmatisering is een wijd verspreid fenomeen in al onze landen. Stigmatisering is een schending van de mensenrechten, die dan onopzettelijk mag zijn en voortvloeit uit angsten die op onwetendheid berusten, maar is even schadelijk voor het individu als andere vormen van misbruik. Het leven met een psychische aandoening is moeilijk genoeg, ook zonder de bijkomende last en pijn van afwijzing en stigmatisering.

Wanneer wij de Commissie ertoe oproepen uit haar Groenboek een kader voor geestelijke gezondheid te ontwikkelen, moet dit beleid gebaseerd zijn op de feiten op het vlak van psychische stoornissen en op de verplichting van de agenda van Lissabon om de waarde van investeringen in het geestelijk welzijn hoger te schatten.

Ons beleid is gebaseerd op de volgende feiten:

- Psychische stoornissen vormen de snelst groeiende gezondheidslast, waarbij unipolaire depressie de meest voorkomende stoornis is.
- 450 miljoen mensen in onze wereld lijden aan een neurologische of psychische stoornis.
- Een op de vier burgers zal zelf worden getroffen door een dergelijke aandoening.
- 121 miljoen burgers lijden aan een depressie – 3 op de 100 burgers worden ieder jaar door een depressie getroffen.
- Per jaar pleegt 1 miljoen mensen in onze wereld zelfmoord. Jaarlijks doen 10 miljoen mensen een zelfmoordpoging.
- Neuropsychiatrische stoornissen zijn verantwoordelijk voor één derde van alle gevallen van arbeidsongeschiktheid, 15 % van de kosten van intramureel behandelde patiënten, circa een vierde van de totale kosten voor medicatie en de helft van de cliëntenlast van maatschappelijk werkers; alleen al in het Verenigd Koninkrijk zorgen deze aandoeningen jaarlijks voor het verlies van 90 miljoen werkdagen.
- Mensen leven langer en, over het geheel gezien, gezonder, maar op hoge leeftijd wordt een toenemend aantal mensen zwak van lichaam en geest.
- Diegenen die een kind of een volwassene of ouder familielid verzorgen, hebben geen ondersteuning gekregen bij de aanpassing aan het nieuwe systeem van gemeenschapszorg voor personen met geestelijke gezondheidsproblemen.
- Drugsverslaving en –criminaliteit, alcoholisme, ongelukken, absentisme, vandalisme, recalcitrante leerlingen, daklozen en vele andere 'problemen' van de samenleving hebben in feite te maken met geestelijke gezondheidsproblemen.

Indien wij niet in het juiste scala aan diensten investeren – intramurale zorg, acute en langdurige zorg, zorg in gesloten en half-open inrichtingen, dagzorg, thuiszorg en het voor deze diensten nodige personeel – zullen wij hen die thans ziek zijn niet kunnen genezen, verzorgen of herintegreren. Indien wij niet in een geestelijk gezond leven van onze burgers investeren zullen de bovenstaande cijfers en de daarmee verbonden kosten steeds verder en in hoog tempo stijgen. Indien wij niet investeren in bewustmaking op het gebied van geestelijke gezondheid en psychische stoornissen, zullen de daarvoor voorziene begrotingen armzalig blijven en zullen stigmatiseringen en vooroordelen hoogtij vieren.

Patiënten en gebruikers van diensten komen terecht steeds meer in het middelpunt van de aandacht te staan. Zij zullen beter geïnformeerd worden, sterker bij beslissingen die hen betreffen worden betrokken en gebruik maken van hun nieuwe rechten om slecht presterende diensten links te laten liggen en voor veranderingen te zorgen. Zij moeten worden beschouwd als partners, zowel bij het opstellen van hun eigen behandelplan als bij de planning van de dienstverlening. Zorgverleners moeten doen wat de besten op de meeste gebieden van de gezondheidszorg doen – uitleggen en overleggen voordat tot het nemen van beslissingen wordt overgegaan. In dat geval zal de patiënt niet alleen hun professionele inschatting respecteren, maar wellicht ook een beetje meer inzicht krijgen in wat er mis is en een stuk van hun angsten over de behandeling verliezen. Met het oog op de mensenrechten is dit de juiste manier van doen; maar deze werkwijze zorgt ook voor een passender en effectiever behandelings- en zorgprogramma.

Er heeft een geleidelijke overgang plaatsgevonden van geïsoleerde institutionele zorg naar gemeenschapsdiensten. Dit geldt voor personen met langdurige en soms ernstige stoornissen evenals voor personen met leerproblemen. Om succesvol te kunnen zijn moeten dergelijke

diensten adequaat worden gefinancierd en op multidisciplinair teamwork stoelen. Ook moeten zij het publiek ervan overtuigen dat zulke methoden zowel voor patiënten als voor gemeenschappen goed functioneren. Sensatieverhalen in de media over patiënten die uit inrichtingen worden ontslagen en zichzelf of anderen iets ergs aandoen, kunnen jarenlange inspanningen ten behoeve van een humaner systeem tenietdoen en tonen aan hoe belangrijk behoorlijke controlemechanismen zijn. Dat geldt ook voor onzekerheid bij het publiek over de vraag of iemand die zich op straat 'vreemd' gedraagt wel naar behoren onder toezicht staat.

Ons stelsel voor geestelijke gezondheidszorg vertoont vijf belangrijke gebreken:

- ontoereikendheid van gemeenschappelijke diensten;
- gebrek aan medezeggenschap van gebruikers van diensten en hun verzorgers;
- onvermogen of onwil van verschillende organisaties om samen te werken;
- ernstige financieringstekorten;
- een beleid inzake de bevordering van geestelijke gezondheid dat in de meeste landen uitblinkt door vrijwel volstrekte afwezigheid.

Iemand met geestelijke gezondheidsproblemen heeft behoefte aan een één-loket-systeem waarbij één organisatie zorgt voor het contact, voor toegang tot medische zorg, huisvesting en alle andere noodzakelijke sociale zorg, voor inkomen, juridische hulp en herintegratie. Met andere woorden: één enkele organisatie die verantwoordelijk is voor alle behoeften van de patiënt en die een betrouwbare partner vormt die de weg weet in de wirwar van dienstverleners. Dit moet hand in hand gaan met de expertise en de toewijding van artsen, therapeuten en verplegers, onderzoekers, beheerders van ziekenhuizen, klinieken en gemeenschapsteams en de ondersteuning van NGO's die de belangen van de patiënten behartigen. Wie ziek is of van een ziekte geneest, heeft behoefte aan een veilig tehuis, niet geïsoleerd in torenflats of vervallen inrichtingen, maar in gemeenschappen, waar de levendige omgeving deel uitmaakt van de nodige steun en stabiliteit. Patiënten hebben behoefte aan toegang tot activiteiten die tot het genezingsproces bijdragen en aan ondersteuning door familieleden en burens. Al deze dingen zijn even belangrijk als medicatie of therapie, maar de patiënt is, tenminste voorlopig, niet altijd in staat deze variëteit aan ondersteuning zelf te organiseren.

Daarom zullen velen onder ons eens op deze vorm van verlichte zorg aangewezen zijn. Wetenschappelijke en maatschappelijke vorderingen hebben tot nieuwe uitdagingen en nieuwe kosten in de geestelijke gezondheidszorg en de sociale hulpverlening geleid. De hogere levensverwachting van een gezonde bevolking betekent dat velen op hoge leeftijd in grote mate afhankelijk zullen zijn en vaak onder zowel psychische als fysieke gebreken zullen lijden; levensstijl, druk in het onderwijs of op het werk, veranderingen in de familiestructuur, isolatie, verdrijvingen kunnen allemaal de oorzaak vormen van geestelijke gezondheidsproblemen – psychosen, neurosen, vaak met een daaraan gekoppelde verslaving; nieuwe medicijnen, therapieën en behandelingsvormen hebben de kosten doen escaleren; aan nieuwe bedden, centra, dagzorg en gemeenschapsteams zijn telkens nieuwe kosten verbonden. Bovendien hebben wisselende beleidsopvattingen over de vraag wanneer en waar er behandeling en zorg dienen plaats te vinden veelal voor nog grotere onzekerheid gezorgd wat betreft standaardproblemen van een gebrek aan besef en ontoereikende middelen, die samen tot vooroordelen leiden en aanleiding geven tot stigmatisering.

De centrale vraag is hoe de aandacht van de politiek sterker op de geestelijke gezondheid kan worden gericht en hoe hiervoor meer middelen kunnen worden uitgetrokken. Geestelijke gezondheid is een thema dat de gemoederen van de politiek en het publiek alleen beroert wanneer er sprake is van een crisis. In het Verenigd Koninkrijk is er, toen een man in het

leeuwenverblijf van de dierentuin in London sprong en een andere een man doodstak in de metro, qua financiën, initiatieven en hervormingen meer vooruitgang op het vlak van geestelijke gezondheid geboekt dan ooit tevoren, omdat het gehele kabinet zich tot handelen genoopt zag en de pers, het parlement, het publiek en NGO's dat eisten. Deze vooruitgang ging evenwel ten koste van het vertrouwen van het publiek en bracht een toenemende stigmatisering met zich mee.

De bevordering van de geestelijke gezondheid profiteert dus niet eens op indirecte manier van negatieve verhalen. Onder regeringen, politici en zelfs beleidsmakers in de gezondheidszorg is er weinig besef voor de bevordering van de geestelijke gezondheid. De belangrijkste reden daarvoor is dat zij geen idee hebben wat daarmee bedoeld is of waarom zij zich daarvoor zouden moeten interesseren. Geestelijke gezondheid wordt doodgezwegen. Van de kant van het publiek, zorgverleners en media wordt niet constant druk uitgeoefend op de regering en de beleidsmakers in de gezondheidszorg om meer te ondernemen, meer geld uit te trekken en meer te bereiken. Anders dan in het geval van hartkwalen, aids of kanker is er weinig besef over wat er kan worden gedaan op het vlak van behandeling, genezing en herintegratie. Er is nog minder besef over wat er kan worden gedaan om psychische aandoeningen te voorkomen en de geestelijke gezondheidszorg te bevorderen. Bovendien zijn er weinig resultaatmetingen waar gezondheidsministeries en hun ambtenaren, laat staan politici en het publiek, iets van begrijpen. Overheden, werkgevers, vakbonden, scholen, universiteiten, lokale besturen en gemeenschappen, families en individuen moeten allemaal worden geholpen om te kunnen beseffen welke rol zij kunnen spelen bij het waarborgen van het geestelijk welzijn en om zo in staat te worden gesteld geestelijke gezondheidsproblemen te voorkomen, verminderen of verlichten.

De uitdaging waarmee wij als beleidsmakers mee zijn geconfronteerd, is te begrijpen wat het betekent om een geestelijk gezondheidsprobleem te hebben. Vrijwel zeker betekent dit dat je een etiket krijgt opgeplakt, niet voor vol wordt aangezien, veracht, gevreesd en, in meer of mindere mate, uitgesloten – in de samenleving, in de familie, op het werk, bij sport en spel en zelfs binnen de gezondheidszorg en de sociale dienstverlening. Je kunt onmogelijk aan deze mechanismen ontkomen; je kunt niet presteren; je kunt niet de gewenste bijdrage aan de samenleving leveren; je bent niet in staat het volwaardige leven te leiden dat je wilt leven.

Vervolgens moeten wij onze verantwoordelijkheden als beleidsmakers erkennen. Een dienstverlening die niet de steun heeft van zorgverleners, het publiek en de politiek, laat patiënten en hun familieleden dubbel in de steek. Zo'n dienstverlening zorgt niet voor gepaste behandeling en zorg en brengt wat betreft het vertrouwen van het publiek een neerwaartse spiraal op gang, waardoor de stigmatisering wordt versterkt.

Wij moeten voor educatie en voorlichting zorgen om de rode draad van vooroordelen te kunnen kappen die door de houdingen van het publiek, de berichtgeving door de media en de overheidsprioriteiten loopt. We moeten luisteren naar en leren van de gebruikers van diensten en hen niet alleen als patiënten, maar ook als partners beschouwen en bij het beleid betrekken. Wij moeten over ons zelf en de samenleving nadenken en erkennen dat we het toelaten dat geïnstitutionaliseerde stigmatisering ons politiek, ons sociale stelsel en de gezondheidszorg aantast. Onze doelstelling moet erin bestaan het publiek te overtuigen en de Commissie en de lidstaten tot handelen te bewegen. Wanneer het publiek eenmaal overtuigd is, zal het druk uitoefenen op de Europese Unie om tot actie over te gaan. Wanneer de Europese Unie tot actie overgaat, zal de overtuiging van het publiek mogelijk zijn.

Wij moeten de mensen met geestelijke gezondheidsproblemen in het gelaat zien. Onze blik vangt

dan de verwarring van emoties en gedachten op. Wij zien angsten en zorgen. Wij zien tranen van frustratie en wanhoop. Maar wij zien ook hoop – de hoop dat wij zullen luisteren; dat wij zullen begrijpen; dat wij ons zullen ontfermen; dat wij zullen handelen; dat wij kunnen helpen.

25.4.2006

ADVIES VAN DE COMMISSIE WERKGELEGENHEID EN SOCIALE ZAKEN

aan de Commissie milieubeheer, volksgezondheid en voedselveiligheid

inzake “De geestelijke gezondheid van de bevolking verbeteren. Naar een strategie inzake geestelijke gezondheid voor de Europese Unie”
(2005/2058(INI))

Rapporteur voor advies: Kathy Sinnott

SUGGESTIES

De Commissie werkgelegenheid en sociale zaken verzoekt de ten principale bevoegde Commissie milieubeheer, volksgezondheid en voedselveiligheid onderstaande suggesties in haar ontwerp-resolutie op te nemen:

1. verwelkomt het Groenboek en het voorstel tot een EU-strategie voor geestelijke gezondheid; is het erover eens dat de geestelijke gezondheid van de EU-bevolking aanzienlijk kan worden verbeterd; is het erover eens dat deze verbetering belangrijk is met het oog op de sociale rechtvaardigheid en de sociaal-economische ontwikkeling van de EU-bevolking;
2. merkt op dat er vele soorten geestesziekten zijn en dat deze met verschillende behoeften gepaard gaan en verschillende soorten ondersteuning vergen;
3. is van mening dat er naast de voorzieningen voor de behandeling van geestesziekten ook voorzieningen moeten worden getroffen om mechanismen ter preventie van psychische aandoeningen zoveel mogelijk te activeren; is van oordeel dat het in het kader hiervan essentieel is bij te houden welke maatschappelijke, omgevings- en andere factoren ten grondslag liggen aan mentale instabiliteit of geestesziekten bij EU-burgers;
4. beveelt aan dat elke strategie op het gebied van geestelijke gezondheid rekening moet houden met de sociaal-economische en culturele verschillen van de onderzochte bevolking;
5. uit zijn voldoening over het feit dat in het groenboek wordt erkend dat maatschappelijke en omgevingsfactoren, zoals persoonlijke ervaringen, familie, maatschappelijke ondersteuning, levensomstandigheden (zoals armoede, leven in grote steden en isolement in landelijke gebieden) en arbeidsomstandigheden (zoals onzekerheid over het werk, werkloosheid en lange werktijden) een rol spelen bij de geestelijke gezondheid van mensen; benadrukt dat psychische aandoeningen de belangrijkste reden voor vervroegde pensionering en arbeidsongeschiktheid vormen;
6. is verheugd over de maatschappelijke initiatieven binnen het maatschappelijk en werkgelegenheidsbeleid ter bevordering van de niet-discriminatoire behandeling van personen met een slechte geestelijke gezondheid, de maatschappelijke integratie van geestelijk gehandicapten en de preventie van stress op het werk;
7. wijst erop dat de deinstitutionalisering van diensten voor de geestelijke gezondheid en de

opname van dergelijke diensten in de primaire gezondheidszorg de maatschappelijke integratie ten goede kunnen komen;

8. merkt op dat in het Groenboek wordt gesteld dat voor de bestrijding van de slechte geestelijke gezondheid in de eerste plaats via medische hulp en hulp vanuit de psychologie moet worden voorzien in doeltreffende en kwalitatief hoogstaande geestelijke gezondheidszorg en behandeling, wat een adequate infrastructuur en voldoende financiële middelen impliceert; meent echter dat voor de bestrijding van een slechte geestelijke gezondheid in de eerste plaats dezelfde aanpak moet worden gehanteerd als voor de bevordering van een goede geestelijke gezondheid en de preventie van geestesziekten; is van mening dat medische behandeling niet in de plaats kan treden van maatschappelijke factoren die aan de basis van de gezondheid van de samenleving in het algemeen liggen; meent dat meer nadruk moet worden gelegd op de preventie van geestelijke gezondheidsproblemen door op voor mensen met een slechte geestelijke gezondheid toegankelijke wijzen in te grijpen in de maatschappelijke en omgevingsfactoren die in punt 6.1 van het Groenboek worden beschreven;
9. wijst erop dat patiënten die aan een geestesziekte lijden, toegang moeten hebben tot alle bestaande behandelingen die hun gezondheidstoestand kunnen verbeteren, ongeacht maatschappelijke of economische factoren; verzoekt de lidstaten derhalve ervoor te zorgen dat alle behandelingen voor geestesziekten toegankelijk zijn voor patiënten en door ziektekostenverzekeringen worden gedekt; verzoekt de lidstaten te zorgen voor een vangnet zodat die burgers die hiervoor niet verzekerd zijn, toch behandeld kunnen worden; raadt aan dat de lidstaten zorgen voor een gezondheids- en veiligheidsbeleid op het werk dat expliciet voorziet in de bevordering van de geestelijke gezondheid en in de preventie, opsporing en beheersing van depressie en in de preventie van zelfdoding, alsook in de opsporing en ondersteuning van die werkplekken waar werknemers een verhoogd risico lopen om een psychische aandoening te krijgen;
10. is van mening dat goede arbeidsomstandigheden bijdragen aan de geestelijke gezondheid en dat bedrijven daarom beleidsmaatregelen moeten treffen ter ondersteuning van werknemers die een slechte geestelijke gezondheid dreigen te ontwikkelen of die reeds hebben;
11. is van mening dat de lidstaten de opleiding en inzet van professionele gezondheidszorgverleners actief moeten nastreven;
12. is van mening dat degenen die als privé-persoon voor mensen met een psychische aandoening zorgen, mogelijk financiële steun behoeven; is van mening dat steun aan zelfhulpgroepen eveneens nodig is;
13. is van mening dat, in het kader van preventie en gepaste zorg, een gevangenis geen geschikte omgeving is voor mensen met een psychische aandoening en dat actief naar alternatieven moet worden gezocht;
14. merkt op dat politieagenten te maken kunnen krijgen met mensen die tekenen van een slechte geestelijke gezondheid vertonen en dat zij bij hun opleiding hierop getraind moeten worden;
15. verheugt zich over het feit dat in punt 6.1 van het Groenboek wordt erkend hoe belangrijk het voor de verbetering van de gezondheid van de EU-bevolking is dat naar een goede geestelijke gezondheid en de preventie van een slechte geestelijke gezondheid wordt gestreefd; is ervan overtuigd dat al het mogelijke moet worden gedaan om duurzame

intersectorale koppelingen met geïntegreerde multisectorale en multidisciplinaire benaderingen tot stand te brengen;

16. roept op tot maatregelen om stigmatisering, mensenrechtenschendingen en discriminatie van mensen te bestrijden, alsmede om de maatschappelijke integratie van mensen met een psychische aandoening actief te stimuleren; beschouwt de afnemers, families en verzorgenden als essentiële partners in de ontwikkeling van diensten op het werk en in de gemeenschap; benadrukt het belang van bewustwordingstrainingen op het werk; beschouwt afnemers, families en verzorgenden als essentiële partners bij de ontwikkeling van diensten en dringt er daarom op aan dat zij zeggenschap krijgen over en ten volle kunnen deelnemen aan elk aspect van de planning en uitvoering van deze diensten;
17. benadrukt de cruciale rol die werkgevers hebben bij het in dienst nemen en houden van mensen die ervaring met geestelijk leed hebben, alsook de rol van de EU bij het bestrijden van de stigmatisering en discriminatie die mensen met een psychische aandoening ervaren; merkt op dat Richtlijn 2000/78/EG inzake arbeid een algemeen kader ter preventie van discriminatie op grond van handicap biedt en onverkort ten uitvoer moet worden gelegd; acht het cruciaal dat psychische aandoeningen in alle lidstaten als een handicap worden beschouwd;
18. merkt op dat volgens het groenboek grote verschillen tussen de zelfmoordcijfers van de lidstaten bestaan; is van mening dat onderzoek moet worden gedaan naar de sociaal-economische, omgevings- en gezondheidsfactoren die aan deze verschillen ten grondslag liggen, evenals naar de gevolgen van hiervoor genoemde factoren op de geestelijke gezondheid van burgers; beveelt aan dat de lidstaten steun verlenen aan netwerken van mensen met psychische aandoeningen en gedragsstoornissen en hun familie, beleidslijnen en programma's ter vermindering van stigmatisering en sociaal isolement bekijken en bepleiten, en voorlichtingsprogramma's opzetten om de bevolking meer kennis over de oorzaken, symptomen en behandelingsopties voor psychische aandoeningen bij te brengen;
19. merkt tevens op dat moet worden vastgelegd onder welke voorwaarden de beschikbare communautaire instrumenten (zoals het 7de kaderprogramma voor onderzoek) mogen worden aangewend voor de uitwerking van onderzoeksmogelijkheden en voor de ondersteuning van onderzoek naar de geestelijke gezondheid in de EU;
20. herinnert de Commissie eraan dat mensen met een handicap en een chronische ziekte kwetsbaar zijn en dat zij in het bijzonder steun nodig hebben om te voorkomen dat zij aan depressie en andere geestesziekten ten prooi vallen;
21. is van mening dat dwang uiterst contraproductief is bij de behandeling van geestelijke gezondheidsproblemen; is het ermee eens dat verplichte opname en/of mantelzorg van patiënten pas mag worden toegepast als minder restrictieve, vrijwillige alternatieven hebben gefaald; benadrukt dat in de processen en procedures voor verplichte opname en behandeling doeltreffende mechanismen moeten worden ingebouwd om de grondrechten van mensen te eerbiedigen; dringt aan op deinstitutionalisering en benadrukt het belang van mantelzorg;
22. is ook van mening dat de bewustmaking van de bevolking, de sociale partners en andere relevante instellingen met betrekking tot slechte geestelijke gezondheid, de preventie ervan en de behandelingsopties, en het aanmoedigen van de integratie van geesteszieken en gehandicapten in de arbeidsmarkt kunnen leiden tot een grotere aanvaarding en begrip door de gemeenschap;

23. is van mening dat het streven naar een goede geestelijke gezondheid meer prioriteit moet krijgen in nationale gezondheidsstelsels, aangezien dit zijn weerslag heeft op het persoonlijk, gezins- en maatschappelijk welzijn en aangezien een dergelijk streven in overeenstemming is met de aanbevelingen van de WHO en de IAO;
24. is ervan overtuigd dat het noodzakelijk is meer middelen in te zetten voor het bevorderen van de geestelijke gezondheid door middel van preventief onderzoek, met name met het oog op de vergrijzing in Europa en, hiermee samenhangend, een toenemend aantal gevallen van neurodegeneratieve aandoeningen zoals de ziekte van Alzheimer en de ziekte van Parkinson;
25. wijst op de toenemende medicalisering van het leven, waarin bepaalde situaties steeds meer als ziekte worden bestempeld en als zodanig medisch worden behandeld;
26. merkt op dat de verantwoordelijkheid voor het organiseren en financieren van de gezondheidszorg, dus ook de gezondheidszorg voor geesteszieken, alleen aan nationale regeringen toekomt;
27. benadrukt dat geestelijke gezondheid zowel een gezondheidskwestie als een maatschappelijke kwestie is; wijst er ook op dat het toenemend aantal geestesziekten samen met de steeds beter wordende maar dure behandelingsmogelijkheden een aanzienlijke uitdaging vormt voor de nationale socialezekerheidsstelsels;
28. wijst op de forse verschillen in de uitgaven voor geestelijke gezondheid in de diverse lidstaten, zowel in absolute termen als in percentage van de totale uitgaven voor geestelijke gezondheid;
29. legt met betrekking tot de Europese werkgelegenheidsstrategie de nadruk op de invloed van geestelijke gezondheid op de werkgelegenheid en op de invloed van werkloosheid op de geestelijke gezondheid van mensen;
30. benadrukt de noodzaak om de bevolking beter over kwesties inzake geestelijke gezondheid te informeren, alsmede hoe ontzettend belangrijk het is om geestesziekten (die vaak moeilijk te identificeren zijn) vroegtijdig te ontdekken, zodat het effect daarvan op de gezondheid, de maatschappij en de economie kan worden ingeperkt;
31. is ervan overtuigd dat het nodig is diepgaand onderzoek te doen om een verklaring te vinden voor de bestaande verschillen in organisatie en medische en maatschappelijke zorgverlening voor mensen die aan een psychische stoornis lijden, evenals voor de verschillende resultaten van deze zorg; meent dat om dergelijk onderzoek uit te voeren gezamenlijke definities en werkmethoden nodig zijn en dat de basiseigenschappen van de zorg voor geesteszieken kwaliteit, differentiatie, complexiteit en continuïteit moeten zijn; is van mening dat medische en maatschappelijke instellingen die niet aan hiervoor vermelde beschrijving voldoen, geen gezondheidszorg kunnen verlenen;
32. is ervan overtuigd dat de zorg voor geesteszieken consequent moet worden opgebouwd teneinde te voorkomen dat patiënten onnodig of onterecht voor lange tijd in een ziekenhuis worden opgenomen, terwijl hun ziekte ook door gekwalificeerd personeel in een polikliniek had kunnen worden behandeld; is van mening dat het altijd nodig is om voor therapeutische doeleinden met de maatschappelijke omgeving van de patiënt te communiceren, de patiënt maatschappelijke diensten te verlenen en te voorzien in een programma dat het maatschappelijk potentieel van de patiënt en diens inzetbaarheid op de arbeidsmarkt

maximaliseert; meent dat om deze reden de lidstaten de nodige middelen ter beschikking moeten stellen om zelfstandige woongelegenheid en werk voor in aanmerking komende patiënten te helpen financieren, en om de nodige permanente maatschappelijke en gezondheidszorg voor andere patiënten te verstrekken.

PROCEDURE

Titel	De geestelijke gezondheid van de bevolking verbeteren. Naar een strategie inzake geestelijke gezondheid voor de Europese Unie	
Procedurenummer	2005/2058(INI)]	
Commissie ten principale	ENVI	
Medeadviserende commissie(s) Datum bekendmaking	EMPL 16.3.2006	
Nauwere samenwerking Datum bekendmaking		
Rapporteur voor advies: Datum benoeming	Kathy Sinnott 27.10.2005	
Vervangen rapporteur(s) voor advies		
Behandeling in de commissie	21.3.2006	19.4.2006
Datum goedkeuring	20.4.2006	
Uitslag eindstemming	+	39
	-	0
	0:	0
Bij de eindstemming aanwezige leden	Jan Andersson, Roselyne Bachelot-Narquin, Milan Cabrnoch, Alejandro Cercas, Ole Christensen, Derek Roland Clark, Jean Louis Cottigny, Proinsias De Rossa, Harald Ettl, Carlo Fatuzzo, Joel Hasse Ferreira, Stephen Hughes, Karin Jöns, Jan Jerzy Kułakowski, Sepp Kusstatscher, Jean Lambert, Bernard Lehideux, Elizabeth Lynne, Thomas Mann, Mario Mantovani, Jan Tadeusz Masiel, Ana Mato Adrover, Maria Matsouka, Marie Panayotopoulos-Cassiotou, Pier Antonio Panzeri, Jacek Protasiewicz, José Albino Silva Peneda, Kathy Sinnott, Jean Spautz	
Bij de eindstemming aanwezige plaatsvervangers	Edit Bauer, Mihael Brejc, Udo Bullmann, Françoise Castex, Marian Harkin, Anne E. Jensen, Jamila Madeira, Leopold Józef Rutowicz, Elisabeth Schroedter, Evangelia Tzampazi, Yannick Vaugrenard	
Bij de eindstemming aanwezige plaatsvervangers (art. 178, lid 2)		
Opmerkingen (slechts in één taal beschikbaar)	...	

22.6.2006

ADVIES VAN DE COMMISSIE RECHTEN VAN DE VROUW EN GENDERGELIJKHEID

aan de Commissie milieubeheer, volksgezondheid en voedselveiligheid

inzake "De geestelijke gezondheid van de bevolking verbeteren - Naar een strategie inzake geestelijke gezondheid voor de Europese Unie"
(2006/2058(INI))

Rapporteur voor advies: Marta Vincenzi

SUGGESTIES

De Commissie rechten van de vrouw en gendergelijkheid verzoekt de ten principale bevoegde Commissie milieubeheer, volksgezondheid en voedselveiligheid onderstaande suggesties in haar ontwerpresolutie op te nemen:

- A. overwegende dat burgers zich dankzij een goede geestelijke gezondheid op intellectueel en emotioneel vlak kunnen ontplooiën en zich in het maatschappelijk leven, het onderwijs en beroepsleven kunnen integreren; overwegende dat een slechte geestelijke gezondheid daarentegen een bron van uitgaven, sociale uitsluiting en stigmatisering is,
 - B. overwegende dat er een duidelijke geslachtsspecifieke dimensie bestaat op het gebied van de gezondheid, met name wat betreft eetstoornissen, neurodegeneratieve aandoeningen, schizofrenie, stemmingswisselingen, angst, paniek, depressie, alcoholmisbruik en het gebruik van andere stoffen die van invloed op de psyche zijn, alsook zelfmoord en delinquent gedrag; op deze gebieden zou stelselmatiger onderzoek moeten worden gepleegd,
 - C. overwegende dat vrouwen vaker hulp zoeken bij instanties dan mannen en twee keer zoveel psychofarmacologische geneesmiddelen voorgeschreven krijgen dan mannen; uit farmacokinetisch onderzoek blijkt dat vrouwen deze producten minder goed verdragen,
 - D. overwegende dat slachtoffers van geweld, evenals oorlogsslachtoffers, aan posttraumatische stress lijden en dat deze slachtoffers hiervan alleen kunnen herstellen als zij op lange termijn worden beschermd; overwegende dat stress die gelieerd is aan de vrees voor een nieuwe agressie van schadelijke invloed is op de geestelijke gezondheid en het immuunsysteem,
 - E. overwegende dat geestelijke gezondheidsproblemen die verband houden met geweld tegen vrouwen en meisjes slecht in kaart zijn gebracht; overwegende dat er dikwijls geen rekening wordt gehouden met de verhalen van slachtoffers en dat veel mishandelde vrouwen en meisjes er niet voor uit willen komen dat ze mishandeld zijn, tenzij doktoren en medisch personeel hier rechtstreeks naar vragen,
1. feliciteert de Commissie met haar Groenboek, maar is van mening dat niet naar behoren rekening is gehouden met de geslachtsspecifieke dimensie; verlangt bijgevolg dat systematisch rekening wordt gehouden met dit aspect bij voorstellen voor maatregelen ter

bevordering van de geestelijke gezondheid, bij de preventie en bij het onderzoek, waar de studies tot nu toe ontoereikend en inadequaat waren, zodat op het gebied van de preventie en de behandeling van deze ziekten aanzienlijk minder vooruitgang is geboekt dan bij andere ziekten;

2. benadrukt dat nagedacht moet worden over de beste manier om de beschikbare communautaire instrumenten te gebruiken, zoals het 7e kaderprogramma voor onderzoek, teneinde capaciteiten op te bouwen waarmee het onderzoek op het gebied van de geestelijke gezondheid in de Unie ondersteund kan worden;
3. wenst dat eerstelijns hulpverleners een gepaste opleiding krijgen zodat geestelijke gezondheidsproblemen die verband houden met huiselijk geweld, seksueel misbruik, hoogbegaafde kinderen, chemische toxiciteit, milieuvervuiling en acute en chronische stress bij vrouwen en meisjes correct worden gediagnosticeerd;
4. wenst dat het hoofdstuk betreffende de psychologische en psychopathologische problemen van kinderen, jongeren en gezinnen verder wordt uitgewerkt en dat er adequate beleidsmaatregelen worden voorgesteld, aangezien het hier gaat om de preventie van ziekten die, wanneer zij tijdens de puberteit een ernstige vorm aannemen, later op volwassen leeftijd chronisch dreigen te worden;
5. wenst dat aan moeders voor en na de geboorte van hun kind hulp wordt verstrekt teneinde depressies en andere psychopathologische symptomen die zich bij een groot aantal vrouwen in deze situatie voordoen, te voorkomen;
6. laakt de toenemende medicalisatie van de diverse ontwikkelingsstadia van het lichaam van vrouwen en meisjes, waardoor puberteit, zwangerschap of menopauze steeds vaker als "ziekten" of "aandoeningen" worden gedefinieerd die medisch behandeld moeten worden, waarbij voorbij wordt gegaan aan de sociale en culturele definitie van hetgeen met betrekking tot de gezondheid en het lichaam van vrouwen en meisjes normaal is;
7. constateert dat het maatschappelijk gedefinieerde beeld van hoe het lichaam van een meisje of een vrouw eruit moet zien, van invloed is op hun geestelijke gezondheid en welzijn, hetgeen o.a. tot een toename van eetstoornissen leidt;
8. wijst erop dat psychische problemen de eerste oorzaak vormen van vervroegde pensionering en pensionering ten gevolge van een handicap; wenst een concrete strategie om het geestelijk welzijn van ouderen en met name van oudere vrouwen te verbeteren, gezien het feit dat vrouwen langer leven dan mannen, door gebruik te maken van steunnetwerken en vrijwilligersprogramma's;
9. wijst erop dat de geestelijke gezondheid en de lichamelijke gezondheid nauw met elkaar verbonden zijn; benadrukt dat in de protocollen van ziekenhuizen evenveel belang moet worden gehecht aan het geestelijk als aan het lichamenlijk welzijn van patiënten, met name bij de behandeling van ernstige en/of ongeneeslijke ziekten, ten einde aan de verbetering van de levenskwaliteit van patiënten bij te dragen;
10. stemt in met het voorstel om de geestelijke gezondheidsdiensten te deinstitutionaliseren en af te stappen van behandeling in grote psychiatrische inrichtingen, waarbij gestreefd moet worden naar vervanging van deze inrichtingen door kleinschalige opvangstructuren en door gespecialiseerde en gedecentraliseerde diensten, die de maatschappelijke reïntegratie

bevorderen en die afgestemd zijn op de behoeften van de patiënten en hun familieleden; juicht de inspanningen toe om psychiatrische patiënten in de samenleving te integreren en verzoekt de lidstaten dergelijke initiatieven te ondersteunen;

11. verzoekt de lidstaten te zorgen voor een betere voorlichting en sensibilisering van het grote publiek, de gezinnen, de zorgverleners en andere betrokken personen wat betreft geestelijke gezondheidsproblemen, alsmede voor strategieën inzake zorgverlening en preventie die ertoe leiden dat de tolerantie, het begrip en de acceptatie van actieve maatschappelijke participatie van patiënten zullen toenemen;
12. is van oordeel dat familieleden die met een psychiatrische patiënt samenwonen, ondersteund moeten worden, hetzij door open opvangstructuren, hetzij door medische en psychologische hulpverlening aan huis;
13. is van oordeel dat de Commissie en de lidstaten de naar verhouding belangrijke toename van ziekten die verband houden met nieuwe levenswijzen - eetstoornissen, depressie, suïcide, misbruik van geneesmiddelen, gebruik van verdovende middelen - en die vooral het jongere segment van de bevolking treffen, in toom moeten proberen te houden;
14. verzoekt om meer erkenning voor het verband tussen discriminatie, geweld en een slechte geestelijke gezondheid, waarbij het belang moet worden onderkend van de bestrijding van alle vormen van geweld en discriminatie als onderdeel van de strategie om de geestelijke gezondheid via preventie te verbeteren;
15. is van mening dat mannen die vrouwen mishandelen niet alleen gestraft moeten worden maar ook, alvorens zij in vrijheid worden gesteld, een adequate vorming moeten ontvangen om hen empathie, introspectie en zelfbeheersing bij te brengen; is van mening dat mannen die, nadat zij opgesloten hebben gezeten, recidiveren door wederom vrouwen lastig te vallen opnieuw onder toezicht moeten worden geplaatst of vastgezet moeten worden;
16. benadrukt dat blootstelling aan chemische en milieuvervuiling gevolgen heeft voor het lichaam van vrouwen en meisjes en bijgevolg ook voor hun geestelijke gezondheid.

PROCEDURE

Titel	Verbetering van de geestelijke gezondheid van de bevolking. Naar een strategie inzake geestelijke gezondheid voor de Europese Unie			
Procedurenummer	2006/2058(INI)			
Commissie ten principale Datum bekendmaking toestemming	ENVI 16.3.2006			
Medeadviserende commissie(s) Datum bekendmaking	FEMM 16.3.2006	EMPL 16.3.2006	LIBE 16.3.2006	ITRE 16.3.2006
Geen advies Datum besluit	LIBE 19.4.2006	ITRE 20.3.2006		
Nauwere samenwerking Datum bekendmaking				
Rapporteur(s) Datum benoeming	John Bowis 29.11.2005			
Vervangen rapporteur(s)				
Behandeling in de commissie	29.5.2006	13.7.2006		
Datum goedkeuring	13.7.2006			
Uitslag eindstemming	+	51		
	-	0		
	0	1		
Bij de eindstemming aanwezige leden	Adamos Adamou, Georgs Andrejevs, Johannes Blokland, John Bowis, Frieda Brepoels, Dorette Corbey, Chris Davies, Avril Doyle, Mojca Drčar Murko, Edite Estrela, Anne Ferreira, Karl-Heinz Florenz, Alessandro Foglietta, Matthias Groote, Françoise Grossetête, Cristina Gutiérrez-Cortines, Satu Hassi, Marie Anne Isler Béguin, Dan Jørgensen, Christa Kläß, Holger Kraemer, Urszula Krupa, Marie-Noëlle Lienemann, Jules Maaten, Linda McAvan, Roberto Musacchio, Péter Olajos, Adriana Poli Bortone, Frédérique Ries, Guido Sacconi, Karin Scheele, Carl Schlyter, Horst Schnellhardt, Richard Seeber, Kathy Sinnott, Jonas Sjöstedt, Bogusław Sonik, María Sornosa Martínez, Antonios Trakatellis, Thomas Ulmer, Anja Weisgerber, Åsa Westlund, Anders Wijkman			
Bij de eindstemming aanwezige vaste plaatsvervanger(s)	Bairbre de Brún, Jolanta Dićkutė, Jutta D. Haug, Karin Jöns, Caroline Lucas, Justas Vincas Paleckis, Amalia Sartori, Renate Sommer, Glenis Willmott			
Bij de eindstemming aanwezige plaatsvervanger(s) (art. 178, lid 2)				
Datum indiening	18.7.2006			
Opmerkingen (slechts in één taal beschikbaar)	...			