



EUROOPAN YHTEISÖJEN KOMISSIO

Bryssel 14.10.2005
KOM(2005) 484 lopullinen

VIHREÄ KIRJA

**Väestön mielenterveyden parantaminen
Tavoitteena Euroopan unionin mielenterveysstrategia**

SISÄLLYSLUETTELO

1.	Johdanto	3
2.	Mielenterveys – olennainen tekijä yksilöiden, yhteiskunnan ja politiikanalojen kannalta	4
3.	Nykytilanne – psyykinen pahoinvointi asettaa yhä suurempia haasteita EU:lle.....	4
4.	Haasteisiin vastaaminen: mielenterveyttä koskevat poliittiset aloitteet.....	5
4.1.	Euroopan yhteisö, sen toimivaltuudet ja toiminta mielenterveyden alalla	5
4.2.	Mielenterveys jäsenvaltioissa.....	7
5.	EU:n mielenterveysstrategian tarve	7
6.	Ratkaisujen etsiminen – toimintavaihtoehtoja	8
6.1.	Mielenterveyden edistäminen ja psyykkisen pahoinvoinnin ennaltaehkäisy.....	8
6.1.1.	Väestön mielenterveyden edistäminen.....	8
6.1.2.	Psyykkisen pahoinvoinnin ennaltaehkäisy.....	10
6.2.	Mielenterveysongelmaisten ja psyykkisesti vajaakuntoisten sosiaalisen osallisuuden edistäminen ja heidän perusoikeuksiensa ja ihmisarvonsa suojeleminen	11
6.3.	EU:n mielenterveystilannetta käsittelevän tiedon ja tietämyksen parantaminen.....	12
7.	EU:n mielenterveysstrategian kehittämiseen tähtäävä kuulemismenettely	13
7.1.	Mielenterveysaiheisen vuoropuhelun aikaan saaminen jäsenvaltioiden kanssa	13
7.2.	EU:n mielenterveysfoorumien perustaminen	13
7.3.	Mielenterveyttä koskevan politiikan ja tutkimuksen välisen foorumin kehittäminen	14
8.	Seuraavat vaiheet	14

VIHREÄ KIRJA

Väestön mielenterveyden parantaminen Tavoitteena Euroopan unionin mielenterveysstrategia

1. JOHDANTO

Euroopan väestön mielenterveys on voimavara EU:n tiettyjen strategisten tavoitteiden kannalta, esimerkiksi kun halutaan saada Eurooppa takaisin pitkäaikaisen hyvinvoinnin polulle, pitää yllä solidaarisuutta ja sosiaalista oikeudenmukaisuutta ja saada aikaan Euroopan kansalaisten elämänlaatuun vaikuttavia uusia käytännön etuja¹.

EU:n väestön mielenterveyttä voidaan kuitenkin parantaa huomattavasti.

- Joka neljäs kansalainen voi psyykkisesti pahoin. Mielenterveysongelmat voivat johtaa itsemurhiin ja ovat siten liian monien kuolemantapausten syynä.
- Psyykkinen pahoinvointi aiheuttaa huomattavia menetyksiä ja taakkoja talous-, yhteiskunta- ja koulutusjärjestelmille samoin kuin rikosoikeus- ja oikeusjärjestelmille.
- Vielä nykyisinkin ihmisiä leimataan ja syrjitään ja heidän ihmisoikeuksiaan ja ihmisarvoaan loukataan psyykkisen sairauden tai vamman vuoksi. Sellainen kohtelu on eurooppalaisten ydinarvojen vastaista.

Tilannetta on mahdollista parantaa. Monia aloitteita onkin jo tehty. Nykyistä toimintaa on kehitettävä ja lujitettava. Tammikuussa 2005 järjestetyssä WHO:n eurooppalaisessa ministeritason mielenterveyskonferenssissa vahvistettiin kattavat toimintapuitteet ja sitouduttiin vahvasti edistämään mielenterveyttä. Euroopan komissio kuului konferenssin yhteistyökumppaneihin. Konferenssissa komissiota pyydettiin osallistumaan toimintapuitteiden täytäntöönpanoon toimivaltansa rajoissa ja neuvoston odotusten mukaisesti sekä yhteistyössä WHO:n kanssa.

Tämä vihreä kirja on ensimmäinen vastaus konferenssissa esitettyyn pyyntöön ja sisältää ehdotuksen EU:n mielenterveysstrategian vahvistamisesta. Strategia toisi lisäarvoa: luotaisiin puitteet jäsenvaltioiden välistä tietojenvaihtoa ja yhteistyötä varten, olisi mahdollista lisätä toiminnan yhtenäisyyttä terveyspolitiikan alalla ja muilla politiikanaloilla jäsenvaltioissa ja yhteisön tasolla, ja mahdollistettaisiin asianomaisten sidosryhmien laajamittainen osallistuminen ratkaisujen kehittämiseen.

Tämän vihreän kirjan tarkoituksena on käynnistää EU:n toimielinten, EU:n jäsenvaltioiden, terveysalan ammattilaisten, muilla aloilla toimivien sidosryhmien, kansalaisyhteiskunnan (potilasyhdistykset mukaan luettuina) ja tutkimusyhteisön välillä keskustelu, jossa pohditaan, mikä on mielenterveyden merkitys EU:n kannalta, tarvitaanko EU:n tasoista strategiaa ja mitkä olisivat strategian mahdolliset painopisteet.

Osa tässä vihreässä kirjassa esitetyistä, kansanterveyden alan toimia koskevista ehdotuksista kuuluu yhteisön toimivaltaan EY:n perustamissopimuksen 152 artiklan määräysten mukaisesti. Pitemmälle menevät ehdotukset kuuluvat jäsenvaltioiden yksinomaiseen

toimivaltaan. Muihin politiikanlohkoihin kytkeytyviin toimintaehdotuksiin sovelletaan asianomaisia oikeusperustoja.

Komission tarkoituksena on julkaista kuulemismenettelyn tulokset sekä tarvittaessa EU:n mielenterveysstrategiaa käsittelevä ehdotuksensa vuoden 2006 loppuun mennessä.

2. MIELENTERVEYS – OLENNAINEN TEKIJÄ YKSILÖIDEN, YHTEISKUNNAN JA POLITIIKANALOJEN KANNALTA

Ei ole terveyttä ilman mielenterveyttä. *Yksilöiden* kannalta mielenterveys on voimavara, jonka avulla he pystyvät käyttämään älyllisiä ja emotionaalisia kykyjään sekä löytämään ja täyttämään roolinsa yhteiskunnallisessa toiminnassa, koulussa ja työelämässä. *Yhteiskunnan* kannalta yksilöiden hyvä mielenterveys edistää hyvinvointia, solidaarisuutta ja sosiaalista oikeudenmukaisuutta. Psykkinen pahoinvointi sitä vastoin aiheuttaa monenlaisia kustannuksia, menetyksiä ja taakkoja yksilöille ja yhteiskunnallisille järjestelmille.

Mielenterveys, psykkinen pahoinvointi ja mielenterveyteen vaikuttavat tekijät:

WHO on määritellyt **mielenterveyden** seuraavasti: ”Mielenterveys on hyvinvoinnin tila, jossa yksilö ymmärtää omat kykynsä, pystyy toimimaan elämän normaalitilanteissa, pystyy työskentelemään tuottavasti tai tuloksellisesti, ja pystyy toimimaan yhteisönsä jäsenenä”².

Psyykkisellä pahoinvoinnilla tarkoitetaan mielenterveyden ongelmia ja psyykkistä rasittuneisuutta, ahdistuneisuuteen ja oireisiin liittyvää toimintakyvyn alenemista sekä diagnostisoitavissa olevia mielenterveyden häiriöitä, kuten skitsofreniaa ja depressiota.

Ihmisten mielenterveyteen **vaikuttavia tekijöitä on useita** (liite 1). Niitä ovat muun muassa biologiset tekijät (esim. perinnölliset tekijät ja sukupuoli), yksilölliset tekijät (esim. henkilökohtaiset kokemukset), perhe ja sosiaaliset tekijät (esim. sosiaalinen tuki) sekä taloudelliset ja ympäristöön liittyvät tekijät (esim. sosiaalinen asema ja elinolosuhteet).

3. NYKYTILANNE – PSYKKINEN PAHOINVOINTI ASETTAA YHÄ SUUREMPIA HAASTEITA EU:LLE

Terveys

Arvioiden mukaan yli 27 prosenttia Euroopan aikuisväestöstä kärsii yhden vuoden aikana vähintään yhdestä psyykkisen pahoinvoinnin muodosta (ks. liite 2)³.

Ahdistuneisuushäiriöt ja masennus ovat yleisimmät psyykkisen pahoinvoinnin muodot EU:ssa. On arvioitu, että masennus on vuonna 2020 yleisin sairauksien aiheuttaja maailman kehittyneissä maissa⁴.

Tämänhetkisten tietojen mukaan EU:ssa noin 58 000 ihmistä vuodessa tekee itsemurhan (liite 3). Tämä määrä ylittää tieliikennekuolemien, henkirikosten uhrien ja HIV-/AIDS-kuolemien vuotuisen määrän⁵.

Psyykinen ja fyysinen terveys kytkeytyvät tiukasti toisiinsa. Tästä on osoituksena muun muassa se, että mielenterveyskysymysten huomioon ottaminen yleissairaalahoitossa voi lyhentää hoidon kestoa huomattavasti, minkä ansiosta vapautuu taloudellisia resursseja.

Vaikutukset hyvinvointiin, solidaarisuuteen ja sosiaaliseen oikeudenmukaisuuteen

Psyykinen pahoinvointi aiheuttaa monenlaisia vaikutuksia:

Psyykkisestä pahoinvoinnista johtuvien mielenterveysongelmien kokonaiskustannusten on arvioitu olevan EU:ssa 3–4 prosenttia BKT:sta. Kustannukset johtuvat lähinnä menetetyistä tuottavuudesta⁶. Mielenterveyden häiriöt ovat yleisimpiä perusteita varhais- ja työkyvyttömyyseläkkeen myöntämiseen⁷.

Lasten käyttäytymishäiriöt aiheuttavat kustannuksia yhteiskunta-, koulutus- ja rikosoikeus- ja oikeusjärjestelmille (ks. liite 4)⁸.

Lisäksi on otettava huomioon aineettomat kustannukset, joiden taustalla on mielenterveysongelmaisten ja psyykkisesti vajaakuntoisten kohtelu yhteiskunnassa. Vaikka hoitomuodot ovat parantuneet ja psykiatrinen hoito on kehittynyt, mielenterveysongelmaiset ja psyykkisesti vajaakuntoiset joutuvat yhä sosiaalisen syrjäytymisen, leimaamisen ja syrjinnän kohteiksi ja heidän perusoikeuksiaan ja ihmisarvoaan loukataan.

4. HAASTEISIIN VASTAAMINEN: MIELENTERVEYTTÄ KOSKEVAT POLIITTISET ALOITTEET

Psyykkisen pahoinvoinnin aiheuttamat ongelmat tiedostetaan entistä laajemmin, ja siksi poliittiset päätöksentekijät, terveysalan ammattilaiset ja muut sidosryhmät ovat ryhtyneet etsimään ratkaisuja; tuoreimpana esimerkkinä on tammikuussa 2005 järjestetty WHO:n eurooppalainen ministeritason mielenterveyskonferenssi⁹.

Yleisesti on sovittu, että ensisijaisena tavoitteena on asettaa mielenterveysongelmaisten saataville tehokkaita ja laadukkaita mielenterveysalan palveluja ja hoitoja¹⁰.

Lääketieteelliset toimenpiteet ovat keskeisessä asemassa, kun haasteisiin pyritään vastaamaan. Lääketieteelliset keinot eivät kuitenkaan yksin riitä, kun halutaan käsitellä ja muuttaa mielenterveyteen vaikuttavia sosiaalisia tekijöitä. Siksi tarvitaan WHO:n strategian mukaista kattavaa lähestymistapaa: on tarjottava hoitoa ja hoivaa yksilöille, mutta tarvitaan myös koko väestöön suuntautuvia toimia mielenterveyden edistämiseksi, psyykkisen pahoinvoinnin ehkäisemiseksi sekä leimaavuuteen ja ihmisoikeuksiin liittyvien haasteiden käsittelemiseksi. Tällainen lähestymistapa vaatisi taakseen useita toimijoita: muun muassa terveystalouden alalta, muilta politiikanaloilta sekä sidosryhmistä, joiden päätökset vaikuttavat väestön mielenterveyteen. Potilasyhdistyksillä ja kansalaisyhteiskunnalla olisi oltava merkittävä rooli ratkaisujen kehittämisessä.

4.1. Euroopan yhteisö, sen toimivaltuudet ja toiminta mielenterveyden alalla

EY:n perustamissopimuksen 152 artiklassa määrätään yhteisön kansanterveysalan toimintaa koskevista valtuuksista. Artiklassa määrätään seuraavaa: ”Kaikkien yhteisön politiikkojen ja toimintojen määrittelyssä ja toteuttamisessa varmistetaan ihmisten terveyden korkeatasoinen suojelu.”¹¹ Yhteisön toiminta täydentää kansallista politiikkaa, jonka tavoitteena on terveyden parantaminen, sairauksien ja tautien ehkäiseminen, terveysvalistus ja -kasvatus ja huumausaineiden aiheuttamien terveyshaittojen vähentäminen. Yhteisön toiminnan on määrä edistää jäsenvaltioiden välistä yhteistyötä kyseisillä aloilla. Terveyspalvelujen ja sairaanhoidon järjestäminen kuuluu jäsenvaltioiden yksinomaiseen toimivaltaan. Yhteisön muiden politiikkojen osalta sovelletaan asianomaisia oikeusperustoja.

Näiden toimivaltuuksien pohjalta voidaan todeta, että mielenterveys on Euroopan yhteisön toimintaan kuuluva kysymys seuraavin perustein:

- Väestön hyvä mielenterveys voi osaltaan edistää EU:n tiettyjen strategisten tavoitteiden saavuttamista.
- Yhteisön tehtävänä on edistää ja tukea jäsenvaltioiden välistä yhteistyötä ja poistaa niiden välisiä eroja.
- Yhteisön on kaikkien politiikkojensa ja toimintojensa kautta pyrittävä siihen, että varmistetaan ihmisten terveyden korkeatasoinen suojelu.

Viime vuosina on kehitetty useita mielenterveyteen liittyviä aloitteita yhteisön eri politiikanaloilla:

- Mielenterveys on kuulunut vuodesta 1997 lähtien yhteisön **terveyspolitiikkaan** eri hankkeiden ja poliittisten aloitteiden muodossa¹² (liite 5). *EU:n kansanterveysalan toimintaohjelma (2003–2008)*¹³ on toiminnan oikeusperusta. Mielenterveyttä sivuavista painopistealueista voidaan mainita huumausaineiden väärinkäyttö ja alkoholin aiheuttamat haitat.
- Yhteisön **sosiaali- ja työllisyyspolitiikkaan** kuuluvat aloitteet ovat painottuneet mielenterveysongelmaisten kohtaaman syrjinnän torjuntaan, psyykkisesti vajaakuntoisten sosiaalisen osallisuuden edistämiseen sekä työhön liittyvän stressin ehkäisemiseen. Toteutetuista toimista voidaan mainita muun muassa seuraavat:
 - direktiivi 2000/78/EY, jossa kielletään muun muassa vammaisuuteen perustuva syrjintä työssä¹⁴
 - Euroopan vammaisten teemavuonna 2003 toteutetut toimet
 - työperäistä stressiä käsittelevä eurooppalainen puitesopimus, joka tehtiin työmarkkinaosapuolten välillä vuonna 2004.
- Yhteisön **tutkimuksen puiteohjelmat** ovat olleet ja ovat jatkossakin tärkeä rahoituslähde mielenterveyttä käsittelevälle eurooppalaiselle tutkimustoiminnalle¹⁵. Esimerkiksi ”MHEDEA-2000”-projektissa tehtiin Euroopan laajuinen arviointi psyykkisestä vajaakuntoisuudesta¹⁶.
- **Tietoyhteiskuntaa ja viestimiä koskevassa politiikassa** on tuettu tieto- ja viestintäteknikkaan perustuvien välineiden kehittämistä ennaltaehkäisy-, diagnosointi- ja hoitotarkoituksiin¹⁷.
- **Aluepolitiikassa** tuetaan alueiden rakenteellista sopeuttamista edistäviä terveydenhuoltoalan infrastruktuuri-investointeja.
- **Koulutuspolitiikassa** mielenterveys otetaan huomioon toimintalinjojen kehittämisessä (esimerkiksi tietoyhteiskunnassa tarvittavan avainosaamisen osalta) ja eri projekteissa.
- **Vapauteen, oikeuteen ja turvallisuuteen** liittyvän yhteisön politiikan alalla toteutettavan Daphne II -ohjelman tavoitteena on torjua lapsiin, nuoriin ja naisiin kohdistuvaa väkivaltaa¹⁸. Sellainen väkivalta voi johtaa mielenterveysongelmiin.

Yhteisön tasolla ei kuitenkaan vielä ole kattavaa mielenterveysstrategiaa, joka yhdistäisi kaikki edellä mainitut toimet. Strategian avulla voitaisiin lisätä nykyisten ja tulevien aloitteiden yhtenäisyyttä ja vaikuttavuutta.

4.2. Mielenterveys jäsenvaltioissa

Jäsenvaltioiden välillä (ja myös niiden *sisällä*) on merkittäviä eroja. Esimerkkinä voidaan mainita itsemurhien määrä: Pienin itsemurhaluku on Kreikassa (3,6/100 000 asukasta) ja suurin Liettuassa (44/100 000 asukasta). Liettuan itsemurhaluku on maailman suurin¹⁹. Mielenterveyteen osoitettujen terveydenhoitomäärärahojen osuus vaihtelee myös huomattavasti jäsenvaltioittain (ks. liite 6).

Vuonna 2004 julkaistussa raportissa ”The state of mental health in the European Union”²⁰ todetaan, että eri jäsenvaltioissa ei kiinnitetä yhdenmukaisesti huomiota mielenterveyteen, mikä johtuu maiden välisistä eroista, erilaisista tilanteista, perinteistä ja kulttuureista.

Vuonna 2005 ilmestyneeseen julkaisuun ”Mental health promotion and mental disorder prevention across European Union Member States: an overview”²¹ on koottu maakohtaiset selvitykset, joista käyvät ilmi eri jäsenvaltioiden haasteet, toimintalinjat ja rakenteet.

Jäsenvaltioiden välisten erojen vuoksi on mahdotonta tehdä yksinkertaisia päätelmiä tai ehdottaa yhdenmukaisia ratkaisuja. Jäsenvaltioiden välinen tietojenvaihto ja yhteistyö on kuitenkin järkevää, minkä lisäksi on otettava huomioon keskinäisen oppimisen mahdollisuudet.

Useissa ministerineuvoston vuodesta 1999 lähtien antamissa asiakirjoissa²² on toivottu, että jäsenvaltiot tekisivät EU:n tasolla mielenterveyden alan yhteistyötä. Asiaa korostetaan kesäkuussa 2005 annetuissa neuvoston päätelmissä, joissa jäsenvaltioita kehoitetaan kiinnittämään asiaankuuluvaa huomiota WHO:n eurooppalaisessa ministeritason mielenterveyskonferenssissa saatujen tulosten täytäntöönpanoon. Komissiota kehoitetaan tukemaan konferenssitulosten täytäntöönpanoa toimivaltansa pohjalta.

5. EU:N MIELENTERVEYSSTRATEGIAN TARVE

EU-tasoisien mielenterveysstrategian vahvistaminen toisi lisäarvoa:

- (1) Luotaisiin puitteet jäsenvaltioiden välistä tietojenvaihtoa ja yhteistyötä varten.
- (2) Olisi mahdollista lisätä toiminnan yhtenäisyyttä eri politiikanaloilla.
- (3) Tarjottaisiin foorumi, jonka avulla ratkaisujen kehittämiseen saadaan mukaan sidosryhmiä, potilasyhdistykset ja kansalaisyhteiskunnan järjestöt mukaan luettuina.

Kuulemismenettelyssä olisi kartoitettava, miten yhteisön politiikat ja rahoitusvälineet, esimerkiksi tutkimuksen puiteohjelmat, osaltaan edistävät väestön mielenterveyden parantamista. Jäsenvaltioita kannustetaan arvioimaan yhdessä alueiden ja komission kanssa, miten rakennerahastoja voidaan entistä paremmin käyttää pitkäaikaishoidon ja terveysinfrastruktuurin kohentamiseen mielenterveyden alalla. Komission toteuttamana horisontaalisena toimenpiteenä voitaisiin tuottaa tietoja ja tietämystä mielenterveydestä EU:ssa, mielenterveyteen vaikuttavista tekijöistä ja psyykkisen pahoinvoinnin käsittelyä koskevista mahdollisuuksista.

Strategian kehittämisessä olisi käytettävä hyödyksi Euroopan aluetta käsittelevää WHO:n strategiaa, EU:n ohjelmiin kuuluvista toimista saatuja tuloksia sekä jäsenvaltioissa kertyneitä kokemuksia.

Komissio ehdottaa, että EU:n strategia painottuisi seuraaviin näkökohtiin:

- (1) Edistetään koko väestön mielenterveyttä.
- (2) Toteutetaan toimia psyykkisen pahoinvoinnin ennaltaehkäisemiseksi.
- (3) Parannetaan mielenterveysongelmaisten ja psyykkisesti vajaakuntoisten elämänlaatua edistämällä heidän sosiaalista osallisuuttaan ja suojelemalla heidän oikeuksiaan ja ihmisarvoaan.
- (4) Kehitetään mielenterveyttä käsittelevä EU:n laajuinen tiedotus-, tutkimus- ja tietämysjärjestelmä.

6. RATKAISUJEN ETSIMINEN – TOIMINTAVAIHTOEHTOJA

Nykyiset poliittiset sitoumukset on muutettava käytännön toimiksi. EU:n kansanterveysalan ohjelmiin kuuluvat hankkeet ovat osoittaneet, että tällaisia toimia on mahdollista toteuttaa tuloksellisesti ja kustannustehokkaasti. Muissa hankkeissa on osaltaan pystytty parantamaan tietämystä ja tietoa mielenterveydestä EU:ssa.

”Implementing Mental Health Promotion Action (IMPHA)” -verkosto²³ on kehittänyt Internet-tietokannan, jossa selostetaan ajankohtaisia ohjelmia, tarkastellaan ennaltaehkäisy- ja edistämistoimista saatuja tuloksia ja esitellään mielenterveyden edistämistä ja mielenterveyshäiriöiden ehkäisemistä koskeva ”Mental health promotion and Mental Disorder Prevention. A Policy for Europe”-toimintasuunnitelma²⁴.

6.1. Mielenterveyden edistäminen ja psyykkisen pahoinvoinnin ennaltaehkäisy

Mielenterveyden edistämisessä ja psyykkisen pahoinvoinnin ennaltaehkäisemisessä käsitellään mielenterveyteen vaikuttavia tekijöitä (yksilölliset tekijät, perhe, yhteisö ja sosiaaliset tekijät) lisäämällä ennaltaehkäiseviä tekijöitä (esimerkiksi selviytymiskykyä) ja vähentämällä riskitekijöitä²⁵ (liite 7). Koulut ja työpaikat ovat tärkeitä toimintakohteita, sillä ihmiset viettävät niissä suuren osan ajastaan.

6.1.1. Väestön mielenterveyden edistäminen

Imeväisikäisten, lasten ja nuorten mielenterveyden edistäminen

Ensimmäiset elinvuodet ovat mielenterveyden kannalta varsin olennaisia, ja siksi lasten ja nuorten mielenterveyden edistäminen on investointi tulevaisuuteen. Vanhempien valmiuksien opettaminen on keino edistää lapsen kehitystä. Kun koulussa sovelletaan kokonaisvaltaista lähestymistapaa, on mahdollista lisätä sosiaalisia valmiuksia, parantaa selviytymiskykyä ja vähentää kiusaamista, ahdistuneisuutta ja masennusoireita.

Esimerkkejä onnistuneista toimista (EU:n osarahoittamissa projekteissa)²⁶:

Imeväisikäiset ja lapset: äitien kärsimän synnytyksenjälkeisen masennuksen hoito; vanhempien valmiuksien parantaminen; terveydenhoitajien suorittamat kotikäynnit tulevien ja uusien vanhempien auttamiseksi; terveydenhoitajien palvelut kouluissa.

Nuoret: nuorten kehitystä tukeva kouluympäristö ja pedagoginen eetos; opiskelijoille, vanhemmille ja opettajille suunnattu mielenterveysaiheinen materiaali.

Työssäkäyvän väestön mielenterveyden edistäminen

Hyvä mielenterveys parantaa työkykyä ja tuottavuutta. Huonot työolosuhteet – esimerkiksi työtovereiden taholta tuleva pelottelu – huonontavat mielenterveyttä, johtavat sairauslomiin ja aiheuttavat lisäkustannuksia. Euroopassa jopa 28 prosenttia työntekijöistä ilmoittaa kokevansa stressiä työssä²⁷. Terveys kohenee ja taloudellinen kehitys vauhdittuu, kun parannetaan yksilöiden valmiuksia ja vähennetään stressinaiheuttajia työympäristössä.

Esimerkkejä onnistuneista toimista (EU:n osarahoittamissa projekteissa)²⁸:

Osallistava työpaikka ja hallintokulttuuri; psyykkisen pahoinvoinnin tunnistaminen henkilöstön keskuudessa; työjärjestelyjen ja henkilöstön tarpeiden vastaavuus (esimerkiksi joustava työaika).

Ikääntyvien mielenterveyden edistäminen

Ikääntyvä EU:n väestö ja ikääntymisestä johtuvat mielenterveysvaikutukset edellyttävät tehokkaita toimia. Vanhuus tuo mukanaan monia stressinaiheuttajia, jotka voivat lisätä psyykkistä pahoinvointia. Niihin kuuluvat esimerkiksi toimintakyvyn aleneminen ja sosiaalinen eristyneisyys. Vanhuusiän masennus ja ikään liittyvät neuropsykiatriset tilat, kuten dementia, lisäävät mielenterveyshäiriöiden aiheuttamaa taakkaa. On osoittautunut, että tukitoimet parantavat ikääntyvän väestön psyykkistä hyvinvointia.

Esimerkkejä onnistuneista toimista (EU:n osarahoittamissa projekteissa)²⁹:

Sosiaaliset tukiverkot; fyysiseen aktiviteettiin kannustaminen ja osallistuminen eri yhteisöjen toimintaan ja vapaaehtoistyöhön.

Heikoimmassa asemassa olevien yhteiskunnallisten ryhmien tukeminen

Alhainen sosioekonominen asema altistaa psyykkiselle pahoinvoinnille. Työpaikan menettäminen ja työttömyys voivat heikentää itsetuntoa ja johtaa masennukseen. Muun muassa siirtolaiset ja syrjäytyneet ryhmät ovat muita alttiimpia psyykkiselle pahoinvoinnille. Työttömien uudelleentyöllistämiseen tähtäävät tukitoimet voivat olla kustannustehokkaita. Heikoimmassa asemassa olevia ryhmiä tukemalla voidaan parantaa mielenterveyttä, lisätä sosiaalista yhteenkuuluvuutta ja välttää yhteiskunnalle ja taloudelle aiheutuvia taakkoja.

Esimerkkejä onnistuneista toimista (EU:n osarahoittamissa projekteissa)³⁰:

Riskiryhmiin suunnattu neuvonta; työllistymiseen tähtäävä tuki; mielenterveysongelmaisten ja psyykkisesti vajaakuntoisten tuettu työllistyminen.

Mahdollinen yhteisön tasolla toteutettava aloite:

Tämän vihreän kirjan perusteella järjestettävässä kuulemismenettelyssä esitetyt ehdotukset voitaisiin sisällyttää komission ehdotukseen mielenterveyden edistämisestä annettavaksi neuvoston suositukseksi³¹.

6.1.2. Psykkisen pahoinvoinnin ennaltaehkäisy

Masennuksen ehkäiseminen

Masennus kuuluu vakavimpiin terveysongelmiin EU:ssa.

Vuonna 2004 julkaistussa komission asiantuntijaraportissa ”Actions Against Depression” tarkastellaan masennusta ja sen vaikutuksia kansanterveyteen sekä yhteiskunta- ja talousjärjestelmiin ja esitetään eri toimintavaihtoehtoja³².

Masennusoireita voidaan vähentää kouluissa (esimerkiksi opettamalla elämäntaitoja ja ehkäisemällä koulukiusaamista), työpaikoilla (toteuttamalla stressin vähentämiseen tähtäviä toimia) ja ikääntyneiden keskuudessa (kannustamalla fyysiseen aktiviteettiin). Masennusta käsittelevien tiedotustoimien avulla on mahdollista kannustaa ihmisiä hakemaan apua ja vähentää leimaamista ja syrjintää.

Esimerkkejä onnistuneista toimista:

Kognitiivis-behavioraaliset toimet; riskiryhmiin kuuluville annettu psykologinen tuki; masennuksen ehkäisemistä, tunnistamista ja hoitoa käsittelevän koulutuksen antaminen terveysalan ammattilaisille.

Päihteiden käytöstä johtuvien mielenterveyshäiriöiden vähentäminen

Alkoholi, huumausaineet ja muut psykoaktiiviset aineet ovat usein mielenterveysongelmiin johtavia riskitekijöitä tai mielenterveysongelmien seurauksia. Huumausaineet ja alkoholi kuuluvat yhteisön terveyspolitiikan painopisteisiin.

- Huumausaineet

Neuvosto vahvisti vuonna 2004 EU:n huumausainestrategian vuosiksi 2005–2012³³. Vuonna 2005 neuvosto vahvisti huumausaineita koskevan EU:n toimintasuunnitelman vuosiksi 2005–2008³⁴. Komission on määrä antaa vuoden 2006 loppuun mennessä kertomus neuvoston suosituksen täytäntöönpanosta jäsenvaltioissa³⁵.

- Alkoholi

Neuvosto antoi vuonna 2001 nuorten alkoholinkäyttöä käsittelevän suosituksen. Komissio arvioi parhaillaan suosituksen täytäntöönpanoa ja laatii kattavaa yhteisön strategiaa alkoholiin liittyvien haittojen vähentämiseksi.

Itsemurhien ehkäisy

Jäsenvaltioissa ollaan kehittämässä itsemurhien ehkäisystrategioita. Seuraavat ehkäisevät toimet ovat osoittautuneet toimiviksi: itsemurhavälineiden saatavuuden rajoittaminen,

terveydenhoitopalvelujen tarjoajien koulutus sekä itsemurhayritysten jälkeisen erikoissairaanhoidon ja jatkohoidon välinen yhteistyö.

Esimerkki onnistuneesta toimesta:

EAAD (European Alliance against Depression, eurooppalainen liittoutuma depressiota vastaan) pyrkii masennuksen ja itsetuhoisuuden vähentämiseen perustamalla tietojenvaihtoon tarkoitettuja alueellisia verkostoja, joissa on mukana terveydenhuoltosektori, potilaita ja heidän sukulaisiaan, kunnallisia ihmissuhdetoimijoita sekä suuren yleisön edustajia. Pilottihankkeessa itsemurhien ja itsemurhayritysten määrät pienenevät 25 prosenttia, erityisesti nuorten keskuudessa³⁶.

Mahdollinen yhteisön tasolla toteutettava aloite:

Tämän vihreän kirjan perusteella järjestettävässä kuulemismenettelyssä esitetyt ehdotukset voitaisiin sisällyttää komission ehdotukseen masennuksen ja itsetuhoisuuden vähentämisestä annettavaksi neuvoston suositukseksi.

6.2. Mielen terveysongelmaisten ja psyykkisesti vajaakuntoisten sosiaalisen osallisuuden edistäminen ja heidän perusoikeuksiensa ja ihmisarvonsa suojeleminen

Mielen terveysongelmaiset ja psyykkisesti vajaakuntoiset kohtaavat muiden taholta pelokasta ja ennakkoluuloista suhtautumista, jonka taustalla on usein psyykkistä pahoinvointia koskevia väärinkäsityksiä. Leimautuminen aiheuttaa inhimillistä kärsimystä, sosiaalista syrjäytymistä ja saattaa olla esteenä asunnon tai työpaikan saannille. Leimautumisvaara voi jopa estää avun hakemisen. EY:n perustamissopimuksen 13 artikla on oikeusperusta yhteisön tasolla toteutettavalle toiminnalle, jonka tarkoituksena on muun muassa vammaisuuteen perustuvan syrjinnän torjuminen. Suuren yleisön, työmarkkinaosapuolten, viranomaisten ja valtioiden keskuudessa on lisäksi saatava aikaan asennemuutoksia: psyykkisestä pahoinvoinnista ja hoitomuodoista on tiedotettava entistä paremmin ja mielen terveysongelmaisten ja psyykkisesti vajaakuntoisten sopeutumista työelämään on edistettävä, jotta kaikilla yhteiskunnan sektoreilla suhtauduttaisiin entistä hyväksyvämmiin ja ymmärtävämmiin mielen terveyskysymyksiin.

Toimintamallin muuttaminen

Mielen terveyspalvelujen *deinstitutionisointi* (laitospalvelujen purkaminen) ja palvelujen sijoittaminen perusterveydenhuollon yksiköihin, avoterveydenhuollon keskuksiin ja yleisiin sairaaloihin – potilaan ja perheen tarpeiden mukaan – voivat edistää sosiaalista osallisuutta. Suuret psykiatriset sairaalat tai turvakodit voivat helposti lisätä leimautumista. Monet maat uudistavat psykiatrisia palveluja: ne luopuvat toimintamallista, jossa psykiatrisia palveluja tarjotaan suurissa psykiatrisissa laitoksissa, ja siirtyvät tarjoamaan avoterveydenhuollon mielen terveyspalveluja (joissakin uusissa jäsenvaltioissa suuret laitokset muodostavat edelleen huomattavan osan mielen terveyspalvelujen infrastruktuurista). Samanaikaisesti potilaille ja heidän perheilleen sekä henkilöstölle annetaan opastusta aktiiviseen osallistumiseen ja voimaantumiseen tähtäävissä strategioissa³⁷.

Komission toimeksiannosta laaditussa ”Included in Society” -selvityksessä³⁸ todettiin, että vammaisten elämänlaatua voidaan yleisesti parantaa, kun laitospalveluja korvataan avoterveydenhuollon palveluilla. Uudessa selvityksessä on määrä tarkastella ja esittää, miten

nykyisten taloudellisten resurssien käyttöä voitaisiin optimoida vammaisten tarpeiden kannalta ja mitkä ovat deinstitutionalisoinnin kustannukset³⁹.

Muiden kansainvälisten organisaatioiden toiminta:

WHO:n Terveyttä edistävien sairaaloiden verkoston yhteyteen on perustettu *terveyttä edistäviä psykiatrisia palveluja käsittelevä työryhmä*⁴⁰, joka on kartoittanut mielenterveyden edistämisen hyviä käytäntöjä psykiatrisen hoidon alalla.

Euroopan neuvosto käynnistää vuonna 2006 hankkeen, jossa kehitetään ”European reference tool for ethics and human rights in mental health” (etiikkaa ja ihmisoikeuksia mittaava eurooppalainen vertailuväline mielenterveyden alalle).

Osa potilaista hakeutuu vapaaehtoisesti psykiatriseen laitoshoitoon. Potilaiden *pakkohoito* psykiatrisissa laitoksissa ja tahdosta riippumatta annettu hoito loukkaavat vakavasti potilaiden oikeuksia. Niihin olisi turvaututtava vasta viimeisenä keinona, kun vähemmän rajoittavat vaihtoehdot ovat olleet tuloksettomia.

”Compulsory Admission and Involuntary Treatment of Mentally Ill Patients – Legislation and Practice in EU-Member States” -hankkeessa⁴¹ todettiin, että EU-maiden oikeudelliset säännökset vaihtelevat suuresti. Tosiasiallinen käytäntö määräytyy myös kulttuuriperinteiden, asenteiden sekä mielenterveyden hoitojärjestelmien rakenteen ja laadun mukaan. Pakkohoitoon ottamisen yleisyyttä tarkasteltaessa havaittiin suuria eroja jäsenvaltioiden välillä.

Henkilöiden mielenterveyteen ja ihmisarvoon liittyviä haasteita voi olla myös muissa asuinympäristöissä, kuten vanhusten hoitokodeissa, lastenkodeissa ja vankiloissa.

Mahdollisia yhteisön tasolla toteutettavia aloitteita:

- Kuulemismenettelyssä esitetyt ehdotukset voisivat käsitellä **mielenterveysongelmaisten ja psyykkisesti vajaakuntoisten sosiaalisen osallisuuden edistämiseen ja heidän oikeuksiensa suojelemiseen tarkoitettuja parhaita toimintatapoja.**

- Mielenterveysongelmaiset ja psyykkisesti vajaakuntoiset samoin kuin psykiatristen laitosten tilanne voitaisiin ottaa huomioon **Euroopan perusoikeusviraston** toiminnassa, joka käynnistyy viimeistään 1. tammikuuta 2007⁴².

6.3. EU:n mielenterveystilannetta käsittelevän tiedon ja tietämyksen parantaminen

Mielenterveyttä ei ole otettu tarpeeksi hyvin huomioon nykyisissä terveydenseurantajärjestelmissä. Väestön mielenterveyttä ja psyykkistä vajaakuntoisuutta mittaavien nykyisten kansallisten ja kansainvälisten indikaattoreiden yhdenmukaistamiseksi on toteutettava merkittäviä toimia, jotta saadaan käyttöön EU:n laajuiset vertailukelpoiset tiedot. Tarvitaan lisää tietoja mielenterveyteen vaikuttavista sosiaalisista, demografisista ja taloudellisista tekijöistä samoin kuin mielenterveyden edistämiseen ja ennaltaehkäisyyn suunnatuista infrastruktuureista, toimista ja resursseista.

Olisi selvitettävä, miten saatavilla olevia yhteisön välineitä, kuten seitsemättä tutkimuksen puiteohjelmaa⁴³, voitaisiin käyttää tutkimusvalmiuksien kehittämiseksi ja mielenterveyttä koskevan tutkimuksen tukemiseksi EU:ssa. Nykykäytäntöjä voitaisiin parantaa, jos

tiedettäisiin paremmin, mitkä ovat psyykkisen pahoinvoinnin vaikutukset terveyteen, elämänlaatuun, taloudelliseen ja sosiaaliseen hyvinvointiin, sosiaaliseen osallisuuteen, perusoikeuksiin ja mielenterveyspalveluihin (esimerkiksi oikeudenmukaisuus, saatavuus) ja mikä on mielenterveyden merkitys näiden näkökohtien kannalta.

Mahdollinen yhteisön tasolla toteutettava aloite:

Voitaisiin perustaa **politiikan ja tutkimuksen välinen foorumi**, johon kuuluisivat yhteisö, kansalliset viranomaiset, akateemiset laitokset sekä sidosryhmät. Se voisi antaa neuvoja kysymyksissä, jotka koskevat EU:n kannalta relevantteja mielenterveysindikaattoreita, mielenterveyden seurantaan sekä ensisijaisia tutkimustoimia EU:n tasolla.

7. EU:N MIELENTERVEYSSTRATEGIAN KEHITTÄMISEEN TÄHTÄÄVÄ KUULEMISMENETTELY

Mielenterveys on monitahoinen ja monien alojen kannalta relevantti kysymys, ja siksi on aiheellista laatia EU:n mielenterveysstrategia laajan ja aktiivisen kuulemismenettelyn pohjalta.

Tarkoituksena on toteuttaa seuraavat toimet:

7.1. Mielenterveysaiheisen vuoropuhelun aikaan saaminen jäsenvaltioiden kanssa

Tämä foorumi mahdollistaa jäsenvaltioiden välisen tietojenvaihdon ja yhteistyön. Tavoitteena on muun muassa määrittää ensisijaisia kohteita ja näkökohtia mielenterveyttä koskevaa toimintasuunnitelmaa varten, minkä pohjalta vahvistetaan terveyspolitiikan alan ja muiden politiikanalojen keskeiset toimet sekä niihin liittyvät tavoitteet, vertailukohteet, aikataulut ja seurantajärjestelmä. Malleina voisivat olla WHO:n vahvistama Eurooppaa koskeva mielenterveyden toimintasuunnitelma sekä ”Mental Health Promotion and Mental Disorder Prevention: A Policy for Europe” -toimintasuunnitelma, joka on kehitetty EU:n kansanterveysalan toimintaohjelmassa⁴⁴. Vuoropuhelussa olisi myös tarkasteltava sitä, tarvitaanko edellä ehdotettuja neuvoston suosituksia, joiden aiheina olisivat a) mielenterveyden edistäminen ja b) masennuksen ja itsetuhoisuuden vähentäminen.

7.2. EU:n mielenterveysfoorumin perustaminen

Mielenterveyttä käsittelevä EU:n foorumi edistäisi eri alojen välistä yhteistyötä ja auttaisi pääsemään yhteisymmärrykseen mielenterveyskysymyksistä, sillä foorumiin osallistuisi useita toimijoita, kuten poliittisia päätöksentekijöitä, asiantuntijoita ja sidosryhmiä terveyspolitiikan alalta ja muilta politiikanaloilta sekä kansalaisyhteiskunnan edustajia. Foorumin tehtävänä olisi arvioida keskeisiä mielenterveysnäkökohtia, tunnistaa näyttöön perustuvia hyviä käytäntöjä, laatia toimintasuosituksia – myös yhteisön tasolla – ja tunnistaa mielenterveysongelmaisten ja psyykkisesti vajaakuntoisten sosiaalisen osallisuuden edistämiseen ja heidän perusoikeuksiensa ja ihmisarvonsa suojelemiseen tarkoitettuja parhaita toimintatapoja. Kyseiset arvioinnit, suositukset ja käytännöt voidaan sitten ottaa huomioon jäsenvaltioiden kanssa käytävässä vuoropuhelussa.

7.3. Mielensterveyttä koskevan politiikan ja tutkimuksen välisen foorumin kehittäminen

Kolmannen ryhmän tehtävänä on saada asiaankuuluvat sidosryhmät virittämään vuoropuhelua sellaisen indikaattorijärjestelmän kehittämiseksi, johon kuuluisi tietoja mielensterveydestä ja mielensterveyteen vaikuttavista tekijöistä, vaikutustenarvioinnista sekä näyttöön perustuvasta käytännöstä. Ryhmä selvittäisi, miten voitaisiin tehokkaimmin tunnistaa ensisijaisia tutkimuskohteita ja parantaa tietojärjestelmien, tutkimustiedon ja päätöksenteon välistä vuorovaikutusta. Ryhmän suositukset voitaisiin sisällyttää toimintasuunnitelmaan.

8. SEURAAVAT VAIHEET

Laajalti ollaan yhtä mieltä siitä, että poliittisten päätöstentekijöiden on kiinnitettävä entistä enemmän huomiota mielensterveyden inhimillisiin, yhteiskunnallisiin ja taloudellisiin näkökohtiin ja että kyseisistä näkökohdista on tiedotettava entistä enemmän. Jäsenvaltioissa, EU:ssa sekä WHO:ssa ollaankin tekemässä tärkeitä aloitteita.

Komissio pyytää kaikkia asiasta kiinnostuneita kansalaisia, osapuolia, organisaatioita ja Euroopan unionin toimielimiä ottamaan kantaa tähän vihreään kirjaan ja osallistumaan siten mahdollisen EU:n mielensterveysstrategian ja mielensterveyttä koskevan toimintasuunnitelman laadintaan.

Komissio toivoo saavansa kannanottoja varsinkin seuraaviin kysymyksiin:

- (1) Miten relevantti väestön mielensterveys on kohdassa 1 eriteltyjen EU:n strategisten tavoitteiden kannalta?
- (2) Jos kehitettäisiin kattava EU:n mielensterveysstrategia, toisiko se lisäarvoa nykyiseen ja suunniteltuun toimintaan? Ovatko kohdassa 5 ehdotetut painopisteet asianmukaiset?
- (3) Ovatko kohdissa 6 ja 7 ehdotetut aloitteet tarkoituksenmukaiset, kun tavoitteena on tukea jäsenvaltioiden välistä koordinointia, edistää mielensterveyden integrointia terveystalouteen ja muihin politiikanaloihin, tukea sidosryhmien toimintaa ja parantaa tutkimuksen ja politiikan välisiä yhteyksiä mielensterveyskysymysten alalla?

Tähän kuulemismenettelyyn liittyvät kannanotot olisi lähetettävä komissiolle viimeistään **31. toukokuuta 2006** joko sähköpostitse osoitteeseen "mental-health@cec.eu.int" tai postitse seuraavaan osoitteeseen:

European Commission

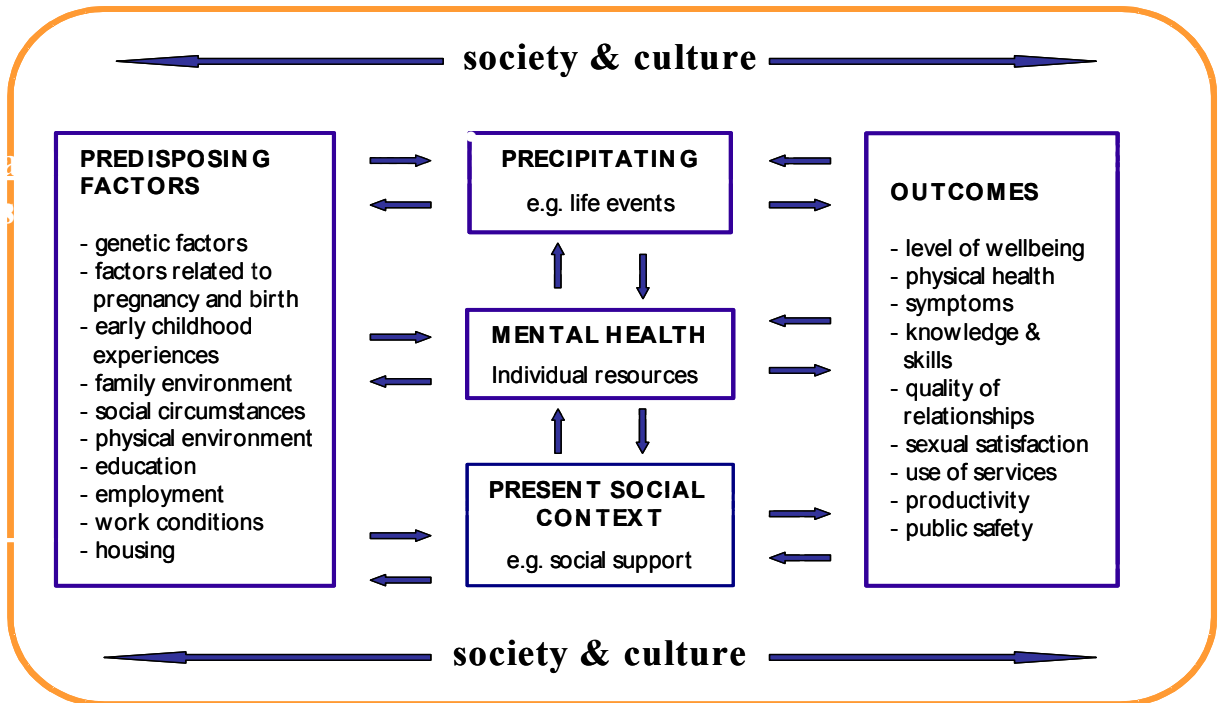
Directorate-general for Health and Consumer Protection

Unit C/2 "Health Information"

L-2920 Luxembourg

Tämä vihreä kirja sekä saadut kannanotot julkaistaan komission Internet-sivustossa⁴⁵, jollei kannanotoissa ole erikseen kielletty julkaisemista. Komission tarkoituksena on esittää vuoden 2006 lopulla selonteko saaduista vastauksista sekä tarvittaessa EU:n mielensterveysstrategiaa käsittelevä ehdotuksensa ja/tai aloitteensa.

ANNEX 1
The functional model of mental health



Source:

Lahtinen, E., Lehtinen, V., Riikonen, E., Ahonen, J. (eds.): Framework for promoting mental health in Europe, Hamina 1999

ANNEX 2

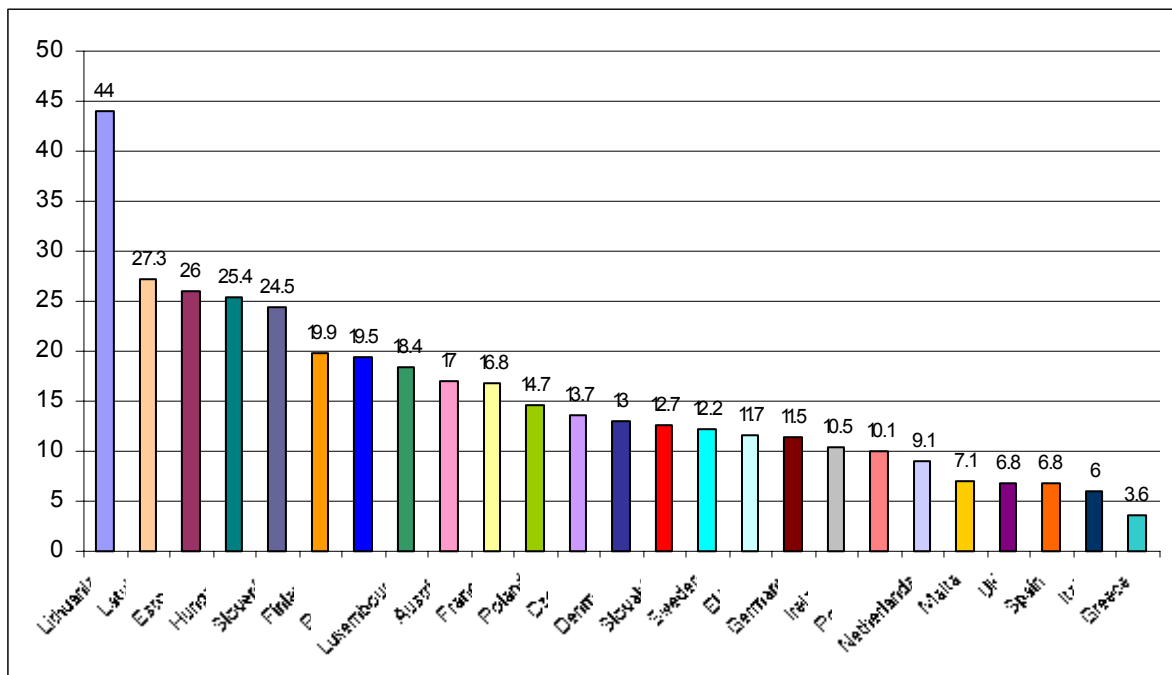
Estimated number of subjects in the general EU population (age 18–65) affected by mental disorders within past 12 months⁴⁶

Diagnosis (DSM-IV)	12-month estimate (%)	12-month estimate (million)
Alcohol dependence	2.4	7.2
Illicit substance dependence	0.7	2.0
Psychotic disorders	1.2	3.7
Major depression	6.1	18.4
Bipolar disorder	0.8	2.4
Panic disorder	1.8	5.3
Agoraphobia	1.3	4.0
Social phobia	2.2	6.7
Generalised Anxiety Disorder (GAD)	2.0	5.9
Specific phobias	6.1	18.5
Obsessive-compulsive Disorder (OCD)	0.9	2.7
Somatoform disorders	6.3	18.9
Eating disorders	0.4	1.2
Any mental disorder	27.4	82.7

Source:

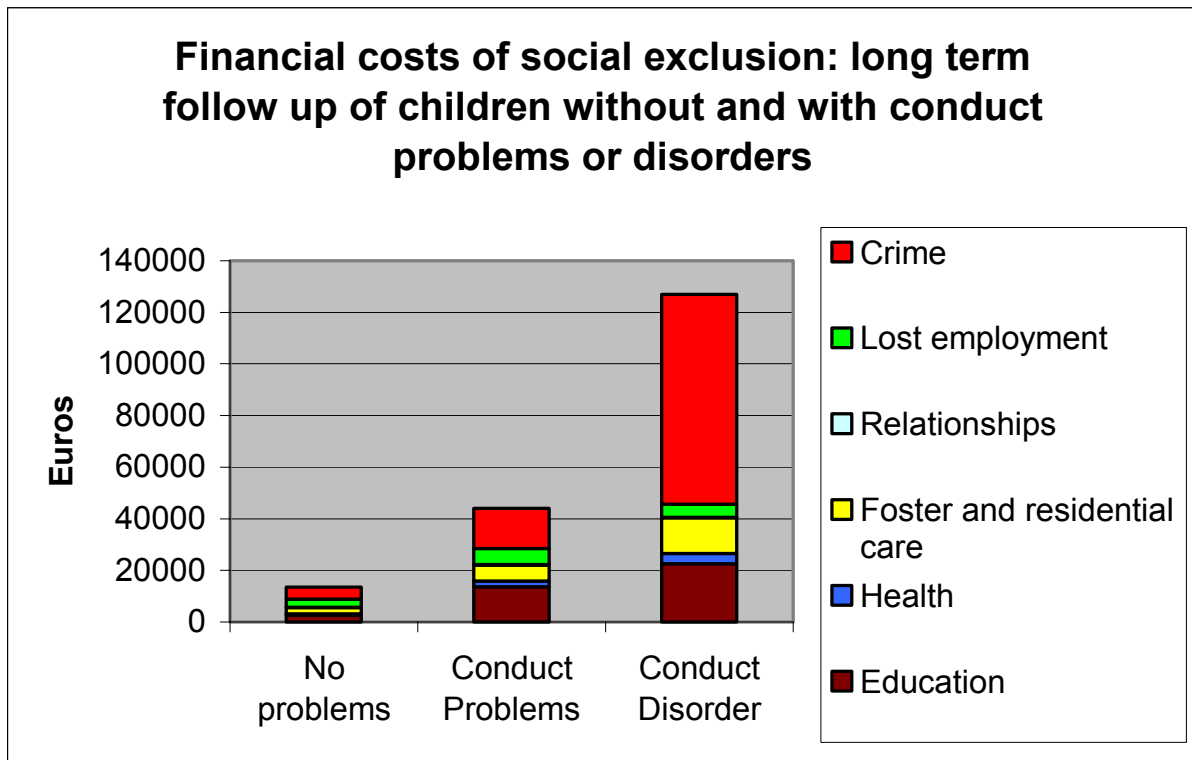
Hans-Ulrich Wittchen, Frank Jacobi (2005). Size and burden of mental disorders in Europe: a critical review and appraisal of 27 studies. *European Neuropsychopharmacology*, Volume 15, Number 4, pp. 357-376. 12-months values rounded by Commission. Percentage values based on Commission's own calculations.

ANNEX 3
Standardised death rate for suicide per 100.000 people across EU Member States in 2002⁴⁷



ANNEX 4

Long term economic costs of mental health problems. Costs converted to Euros and 2002 prices used



Source:

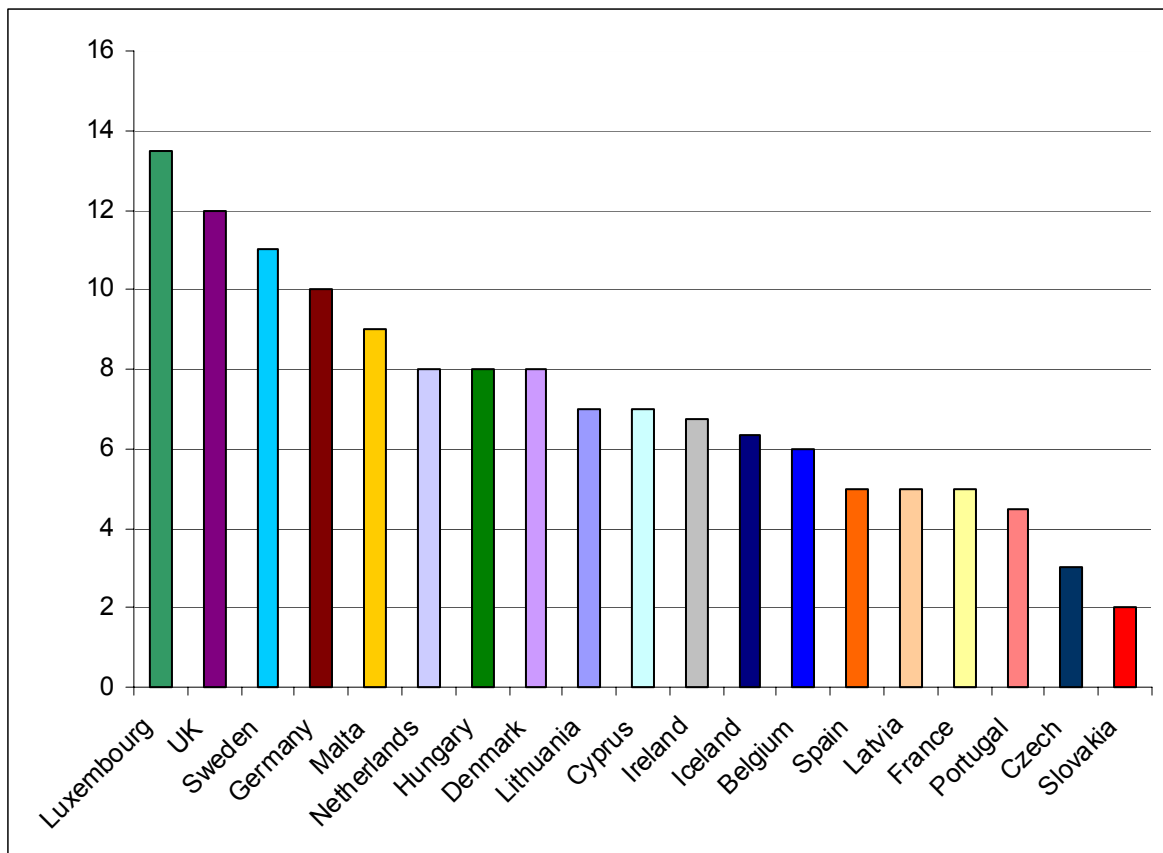
Scott, S.; Knapp, M.; Henderson, J.; Maughan, B.: Financial cost of social exclusion. Follow-up study of anti-social children into adulthood, British Medical Journal (BMJ), 323, 191-196. Costs converted into Euro-values by David McDaid, Mental Health Economics European Network.

ANNEX 5**Summary of selected EC events relating to mental health between 1999 and 2005**

Year	Title of the event	Level	Council resolutions/conclusions
04/1999	Balancing Mental Health Promotion and Mental Health Care	Joint EU/WHO Meeting	
10/1999	European Conference on Promotion of Mental Health and Social Inclusion	EU Presidency	Council resolution on the promotion of mental health
03/2000	Health Determinants in the EU	EU Presidency	Council resolution on action on health determinants
06/2000	Violence and Promotion of Mental Health of Children and Young People	EU Presidency	
09/2000	Prevention of Youth Suicide	EU Presidency	
01/2001	Young People and Alcohol	WHO Ministerial conference/EU Presidency	Council conclusions on a Community strategy to reduce alcohol-related harm
09/2001	Future Mental Health Challenges in Europe: Impact of Other Policies on Mental Health	Joint EU/WHO Meeting	
10/2001	Coping with Stress and Depression-Related Problems in Europe	Joint EU and WHO Presidency	Council conclusions on combating stress and depression-related problems
12/2002	Future Mental Health Challenges in Europe: Strengthening Co-operation between EU and WHO	Joint EU/WHO seminar	
03/2003	Mental Illness and Stigma in Europe: Facing up to the Challenges of Social Inclusion and Equity	Joint EU Presidency, WHO and Council of Europe	Council conclusions on combating stigma and discrimination in relation to mental health

10/2003	Mental Health in Europe: New Challenges, New Opportunities	EC-funded conference/co-sponsored by WHO	
09/2004	The Mental Health of Children and Adolescents	Jointly organised by Commission/WHO/Luxembourg	
01/2005	WHO Europe Ministerial Conference on Mental Health	Commission as a coorganiser	

ANNEX 6
Mental Health Expenditure in European Economic Area countries (% of total health expenditure)



Source:

Mental Health Economics European Network (2004)

ANNEX 7
Social, environmental and economic determinants of mental health

Risk factors	Protective factors
Access to drugs and alcohol	Empowerment
Displacement	Ethnic minorities integration
Isolation and alienation	Positive interpersonal interactions
Lack of education, transport, housing	Social participation
Neighbourhood disorganisation	Social responsibility and tolerance
Peer rejection	Social services
Poor social circumstances	Social support and community networks
Poor nutrition	
Poverty	
Racial injustice and discrimination	
Social disadvantage	
Urbanisation	
Violence and delinquency	
War	
Work stress	
Unemployment	

Source:

WHO: Prevention of Mental Disorders. Effective Interventions and Policy Options, Summary Report, Geneva 2004, p.21

REFERENCES

- 1 Communication “Strategic Objectives 2005-2009. Europe 2010: A Partnership for European Renewal. Prosperity, Solidarity and Security”, COM(2005)12 of 26.01.2005
- 2 WHO, Strengthening mental health promotion, Geneva 2001 (Fact sheet no. 220)
- 3 Wittchen HU, Jacobi F: Size and burden of mental disorders in Europe: a critical review and appraisal of 27 studies. *European Neuropharmacology*, Volume 15 (2005), Number 4, pp. 357-376. Percentage values based on Commission’s own calculations.
- 4 WHO, World Health Report 2001, p. 11. <http://www.who.int/whr/2001>
- 5 Deaths caused by traffic accidents: 50700, homicide: 5350, HIV/AIDS: 5000, WHO figures for 2002. Own calculations based on Eurostat statistics and WHO Health For All Mortality Database Estimation by ILO. http://agency.osha.eu.int/publications/newsletter/8/en/index_23.htm
- 6 As confirmed by Mental Health Economics European Network, project co-funded from Community Health Promotion Programme (1997-2002), implemented by Mental Health Europe-Santé Mentale Europe, (2001-2003), <http://www.mentalhealth-econ.org>.
- 8 Scott S, Knapp M, Henderson J, Maughan B: Financial costs of social exclusion: follow-up study of antisocial children into adulthood, *British Medical Journal*, 323 (2001), 191-196.
- 9 The conference established a Mental Health Declaration for Europe and a Mental Health Action Plan for Europe, both for the WHO European Region. <http://www.euro.who.int/mentalhealth2005>
- 10 Only 26% of adult Europeans with a mental disorder have a contact with formal health services (Alonso, J., Angermeyer, M., Bernert, S. et al. (2004). Use of Mental Health Services in Europe: Results from the European Study on Epidemiology of Mental Disorders (ESEMED) Project. *Acta Psychiatr Scand*; 109 (suppl 420): 47-54.
- 11 Article 152 of the EC Treaty, <http://europa.eu.int/eur-lex/en/treaties/selected/livre235.html>
- 12 An overview is given in the publication: “Action for Mental Health. Activities co-funded from European Community Public Health Programmes 1997-2004”, http://europa.eu.int/comm/health/ph_determinants/life_style/mental_health_en.htm. A list of all completed and ongoing such projects can be found under: http://europa.eu.int/comm/health/ph_projects/project_en.htm
- 13 Decision No 1786/2002/EC of the European Parliament and of the Council of 23 September 2002 adopting a programme of Community action in the field of public health (2003-2008). *Official Journal L 271*, 09.10.2002
- 14 Council Directive 2000/78/EC of 27 November 2000 establishing a general framework for equal treatment in employment and occupation, *Official Journal L303* of 2.12.2000, 16-22
- 15 Fifth Framework Programme for research, technological development and demonstration activities (1998 to 2002), Decision No 182/1999/EC of the European Parliament and of the Council of 22.12.1998, *Official Journal L26/1* of 01.02.1999, Sixth Framework Programme for research, technological development and demonstration activities covering the period 2002-2006, Decision N° 1513/2002/EC of the European Parliament and of the Council of 27.06.2002, *Official Journal L232/1* of 29.08.2002; *Official Journal L294/1* of 29.10.02.
- 16 Mental health disability : a european assessment in the year 2000, MHEDEA-2000, RTD Project QLG5-1999-01042, http://dbs.cordis.lu/fep/cgi/srchidadb?ACTION=D&SESSION=41092005-9-8&DOC=18&TBL=EN_PROJ&RCN=EP_DUR:36&CALLER=PROJ_LIFE
- 17 A list of health-related projects under the Information Society Technologies Programme (IST) under Research Framework Programmes can be found under <http://www.cordis.lu/ist/ka1/health/projectbooklet/others.htm>. Mental health-related projects include MULTIPLE, ALDICT, ACTION, TASK, ASTRID, MEDIATE and VEPSY UPDATED. http://europa.eu.int/comm/justice_home/funding/daphne/funding_daphne_en.htm
- 18 Eurostat. Figures for 2002 (Greece: latest available figure), as in annex 2.
- 20 Project co-funded from the Community Health Monitoring Programme (1998-2002), implemented by the Mutuelle Générale de l’Education Nationale, Paris (2001-2004). The project covered the former 15 Member States of the EU, Norway and Iceland, http://europa.eu.int/comm/health/ph_projects/2001/monitoring/fp_monitoring_2001_frep_06_en.pdf. A corresponding project to collect data and information for the new Member States is currently being implemented as part of the “project “Mental health Information and Determinants for the European Level”, cofunded from the Community Public Health Programme (2003-2008), implemented by STAKES, Finland, <http://www.stakes.fi/mentalhealth/mindful.html>.

21 Established through the project co-funded from the Community Public Health Programme (2003-2008):
Generalitat de Catalunya, European Platform for Mental Health Promotion and Mental Disorder
Prevention: indicators, interventions and strategies. [Http://www.impha.net](http://www.impha.net)

22 Council resolution of 18 November 1999 on the promotion of mental health. Official Journal C 086, 24/03/2000
P. 0001 - 0002, Council Recommendation of 5 June 2001 on the drinking of alcohol by young people. Official
Journal L161, 16/06/2001, P. 0038- 0041
Council conclusions of 5 June 2001 on a Community strategy to reduce alcohol-related harm. Official Journal C
175, 20/06/2001 P. 0001- 0002
Council conclusions of 15 November 2001 on combating stress and depression-related problems. Official Journal C
006 , 09/01/2002 P. 0001 - 0002
Council Conclusions on combating stigma and discrimination in relation to mental illness of 2 June 2003. Official
Journal C 141, 17/06/2003 P.0001-0002
Council conclusions on a Community Mental Health Action of 3 June 2005.
http://europa.eu.int/comm/health/ph_determinants/life_style/mental/docs/ev_20050602_en.pdf

23 Project co-funded under Community Health Promotion Programme (1997-2002): Academic Centre of
Social Sciences, University of Nijmegen: Integrating mental health promotion interventions
into countries's policies, practice and the health care system (2002-2005), www.impha.net

24 The documents can be downloaded under
http://europa.eu.int/comm/health/ph_projects/2002/promotion/fp_promotion_2002_frep_16_en.pdf and
<http://www.impha.net>

25 For further reading: WHO: Promoting Mental Health. Concepts, Emerging Evidence, Practice. Summary
Report, Geneva 2004; WHO: Prevention of Mental Disorders. Effective Interventions and Policy Options,
Summary Report, Geneva 2004. <http://www.who.int/mental/evidence/en>

26 Projects co-funded from the Community Health Promotion Programme: Mental Health Europe-Santé
Mentale Europe, Mental Health Promotion of Adolescents and Young People (2000-2001),
http://europa.eu.int/comm/health/ph_projects/2000/promotion/promotion_project_2000_full_en.htm#14;
Mental Health Europe-Santé Mentale Europe, Mental Health Promotion of Children up to 6 years of Age
(1997-1999),
http://europa.eu.int/comm/health/ph_projects/1998/promotion/promotion_project_1998_full_en.htm#17.

27 Merllie, D. & Paoli, P. (2001) Ten years of working conditions in the European Union. Dublin: European
Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions

28 Projects co-funded from the Community Health Promotion Programme: Belgische Interuniversitair
Centrum, Coping with Stress and Depression-related Problems in Europe (2001-2003),
http://europa.eu.int/comm/health/ph_projects/2001/promotion/promotion_project_2001_full_en.htm#7;
Mental Health Promotion and Prevention Strategies for Coping with Anxiety, Depression and Stress
related disorders in Europe (2001-2003),
http://europa.eu.int/comm/health/ph_projects/2001/promotion/promotion_project_2001_full_en.htm#2

29 as in footnote 21

30 Project co-funded from the Community Health Promotion Programme: Universidad de Deusto, Faculty of
Sociology, Unemployment and Mental Health,
http://europa.eu.int/comm/health/ph_projects/1999/promotion/promotion_project_1999_full_en.htm#6

31 Council Resolution of 18.11.1999 (cf. footnote 22) on the promotion of mental health invited the
Commission to consider, after consultation of the member states, the need to draw up a proposal for a
Council recommendation on the promotion for mental health.

32 Expert Report "Actions against depression. Improving mental and well-being by combating the adverse
health, social and economic consequences of depression", Commission 2004.
http://europa.eu.int/comm/health/ph_determinants/life_style/mental/depression_en.htm

33 http://europa.eu.int/comm/health/ph_determinants/life_style/drug/documents/drug_strategy0512_en.pdf

34 Official Journal C 168 of 08/07/2005, p. 1-18

35 http://europa.eu.int/eur-lex/pri/en/oj/dat/2003/l_165/l_16520030703en00310033.pdf

36 Project co-funded under the Community Public Health Programme 2003-2008, implemented by Ludwig
Maximilians-University Munich (2004-2005), <http://www.eaad.net>

37 Berger, H (1999). Health Promotion - A Change in the Paradigms of Psychiatry. In: Berger, H., K. Krajic,
R. Paul (Hrsg.): Health Promoting Hospitals in Practice: Developing Projects and Networks. Conrad,
Gamburg

38 Project under the European Social Fund: Inclusion Europe, Included in Society (2003-2004),
http://europa.eu.int/comm/employment_social/index/socinc_en.pdf

39 “Comparative cost analysis: Community based services as an alternative to institutions”, tender no.
VT/2005/021, Official Journal on 22 June 2005 N° 2005/S 119-117014
40 <http://www.hpps.net>
41 Project co-funded from the Community Health Monitoring Programme (1997-2002), implemented by
Central Institute of Mental Health, Mannheim (2000-2002).
42 http://europa.eu.int/comm/health/ph_projects/2000/promotion/promotion_project_2000_full_en.htm#8
COM(2005)280 of 30 June 2005
43 Proposal for a Decision of the European Parliament and of the Council concerning the Seventh
Framework Programme of the European Community for research, technological development and
demonstration activities (2007 to 2013) COM(2005) 119 final of 6th April 2005
44 Developed under The project “Implementing Mental Health into Policy Actions (IMHPA)”
www.imhpa.net
45 http://europa.eu.int/comm/health/ph_determinants/life_style/mental/green_paper/consultation_en.htm
46 Total population EU countries (plus Iceland, Norway, Switzerland; age 18-65): 301,7 million
47 Source: Eurostat, For Greece latest year available. Please note that the official statistics very likely
underestimate death from suicide. Recording a death as suicide depends on many factors, including
cultural and religious ones.