



EIROPAS KOPIENU KOMISIJA

Briselē, 14.10.2005  
COM(2005) 484 galīgā redakcija

## **ZAĻĀ GRĀMATA**

**Iedzīvotāju garīgās veselības uzlabošana  
Veidojot Eiropas Savienības stratēģiju par garīgo veselību**

## TURINYS

1.	Ievads .....	3
2.	Garīgā veselība – būtiska iedzīvotājiem, sabiedrībai un politikām.....	4
3.	Garīgā neveselība: aizvien lielāka ES problēma.....	4
4.	politikas iniciatīvas garīgās veselības jomā .....	5
4.1.	Eiropas Kopiena, tās pilnvaras un darbības garīgās veselības jomā .....	5
4.2.	Garīgā veselība dalībvalstīs.....	7
5.	Nepieciešamība pēc ES stratēģijas par garīgo veselību .....	7
6.	Risinājumu meklēšana – rīcības iespējas .....	8
6.1.	Garīgās veselības veicināšana un profilaktiski pasākumi garīgās neveselības jautājumu risināšanai.....	8
6.1.1.	Iedzīvotāju garīgās veselības profilakse.....	8
6.1.2.	Profilaktiski pasākumi garīgās neveselības jautājumu risināšanai.....	10
6.2.	Garīgi neveselu personu vai personu ar garīgu traucējumu izraisītu invaliditāti sociālā integrācija un viņu pamattiesību un cieņas aizsardzība .....	11
6.3.	Informācijas un zināšanu par garīgo veselību uzlabošana ES .....	12
7.	Apspriežu process ES stratēģijas par garīgo veselību izstrādei .....	13
7.1.	Dialoga ar dalībvalstīm radīšana par garīgo veselību .....	13
7.2.	ES platformas par garīgo veselību izveide.....	13
7.3.	Politikas un pētniecības par garīgo veselību saskarsmes izveide.....	13
8.	Turpmāki pasākumi.....	14

# ZALĀ GRĀMATA

## Iedzīvotāju garīgās veselības uzlabošana Veidojot Eiropas Savienības stratēģiju par garīgo veselību

### 1. IEVADS

Eiropas iedzīvotāju garīgā veselība ir līdzeklis, kuru izmantojot, varētu sasniegt vairākus ES stratēģiskās politikas mērķus, piemēram, atgūt Eiropas virzību uz ilglaicīgu pārticību, saglabāt Eiropas apņemšanos nodrošināt solidaritāti un sociālo taisnīgumu, kā arī nodrošināt taustāmus, praktiskus Eiropas iedzīvotāju dzīves kvalitātes uzlabojumus<sup>1</sup>.

Tomēr ES iedzīvotāju garīgo veselību ievērojami varētu uzlabot, jo:

- Garīgā neveselība skar ceturto daļu iedzīvotāju, tā var novest līdz pašnāvībai, kas ir cēlonis pārāk daudziem nāves gadījumiem;
- Garīgā neveselība rada ievērojamus zaudējumus ekonomikas, sociālās aprūpes, izglītības, kā arī krimināltiesību un tiesu sistēmā;
- Joprojām pastāv garīgi neveselu cilvēku un cilvēku ar garīgu slimību izraisītu invaliditāti stigmatizēšana, diskriminēšana, netiek ievērotas viņu cilvēktiesības un cieņa, tādējādi apdraudot Eiropas vērtības.

Ir iespējami uzlabojumi. Ir daudz jau darīts. Ir nepieciešama esošo darbību tālāka izstrāde un apvienošana. 2005. gada janvārī PVO Eiropas ministru konferencē par garīgo veselību tika izveidots plāns visaptverošai rīcībai un radīta stingra politiska apņemšanās par garīgo veselību. Eiropas Komisija, minētās konferences sadarbības partnere, vēlas sniegt savu artavu rīcības plāna īstenošanā atbilstoši savai kompetencei, partnerībā ar PVO un atbilstīgi tam, ko sagaida Padome.

Šī Zaļā grāmata ir pirmā reakcija uz šādu mudinājumu. Ar to tiek ierosināts izveidot ES stratēģiju par garīgo veselību. Veidojot dalībvalstu pieredzes apmaiņas un sadarbības plānu, tiktu pievienota papildu vērtība; līdzot palielināt veselības politikas sektora un ar to nesaistītu politikas sektoru darbības saskaņotību gan dalībvalstīs, gan Kopienas līmenī; kā arī dodot iespēju iesaistīt plašu ieinteresēto personu loku risinājumu meklēšanā.

Šīs Zaļās grāmatas mērķis ir aizsākt diskusiju ar Eiropas institūcijām, valdībām, veselības aprūpes speciālistiem, citu sektoru sadarbības partneriem, pilsoniskās sabiedrības locekļiem, tai skaitā pacientu tiesību aizstāvības organizācijām un pētniecības aprindām, par garīgās veselības aktualitāti ES, par ES līmeņa stratēģijas nepieciešamību un tās iespējamām prioritātēm.

Atbilstoši EK Līguma 152. pantam daži šajā Zaļajā grāmatā izteiktie rīcības priekšlikumi sabiedrības veselības jomā ir Kopienas kompetencē. Turpmāki priekšlikumi būs tikai dalībvalstu ziņā. Rīcības priekšlikumiem citās politikas jomās būs jāizmanto attiecīgā tiesiskā bāze.

Komisijas nolūks ir publicēt apspriešanās procesa rezultātus, vajadzības gadījumā pievienojot ES stratēģijas priekšlikumu par garīgo veselību līdz 2006. gada beigām.

## 2. GARĪGĀ VESELĪBA – BŪTISKA IEDZĪVOTĀJIEM, SABIEDRĪBAI UN POLITIKĀM

Veselība nav iedomājama bez garīgās veselības. *Iedzīvotājiem* garīgā veselība ir līdzeklis, ar kuru tie var īstenot savu intelektuālo un emocionālo potenciālu, atrast un piepildīt savu lomu sadzīvē, izglītībā un nodarbinātības jomā. *Sabiedrībai* laba iedzīvotāju garīgā veselība palīdz nodrošināt pārticību, solidaritāti un sociālo taisnīgumu. Turpretī, garīgā neveselība rada dažādas izmaksas, zaudējumus un apgrūtinājumu gan iedzīvotājiem, gan sabiedrības sistēmām.

### Garīgā veselība, garīgā neveselība un tās noteicošie faktori:

PVO garīgo veselību definē kā „labklājības stāvokli, kurā indivīds spēj īstenot savas spējas, var tikt galā ar ierasto dzīves stresu, produktīvi un auglīgi strādāt un ir spējīgs dot savu artavu kopienas dzīvē”<sup>2</sup>.

**Garīgā neveselība** nozīmē garīgās veselības sarežģījumus un spriedzi, darbības traucējumus, kas saistīti ar nemieru, simptomiem, un diagnosticējamus garīgus traucējumus, piemēram, šizofrēniju un depresiju.

Cilvēku garīgās veselības stāvokli nosaka **daudzi faktori** (1. pielikums), tai skaitā: bioloģiski (piem., ģenētika, dzimums), individuāli (piem., personīgā pieredze), tādi, kas saistīti ar ģimenes stāvokli, sociālajiem apstākļiem (piem., sociālais atbalsts), kā arī ekonomiski un vides (piem., sociālais stāvoklis un dzīves apstākļi) faktori. Pašreizējā situācija.

## 3. GARĪGĀ NEVESELĪBA: AIZVIEN LIELĀKA ES PROBLĒMA

### Veselības aprūpes dimensija

Tiek lēsts, ka vairāk nekā 27% pieaugušu Eiropas iedzīvotāju savas dzīves laikā piedzīvo vismaz viena veida garīgās neveselības pazīmes (skatīt 2. pielikumu)<sup>3</sup>.

ES visizplatītākās garīgās neveselības formas ir spriedzes radīti veselības traucējumi un depresija. Paredzams, ka līdz 2020. gadam depresija būs lielākais slimību izraisītājs attīstītajās pasaules valstīs<sup>4</sup>.

Pašreiz ES ik gadu aptuveni 58 000 cilvēku iet bojā pašnāvībā (3. pielikums), un šis rādītājs ir lielāks nekā gada radītāji par nāves gadījumiem satiksmes negadījumos, slepkavībās vai no HIV/AIDS<sup>5</sup>.

Garīgā un fiziskā veselība ir savstarpēji cieši saistītas. Piemēram, ja garīgās veselības aspektu integrētu vispārējās stacionārās aprūpē, hospitalizācijas laiku varētu ievērojami samazināt, tādējādi ietaupot ekonomiskos līdzekļus.

## **Ietekme uz labklājību, solidaritāti un sociālo taisnīgumu**

Garīgās neveselības ietekme izpaužas dažādi.

Tiek lēsts, ka garīgās neveselības izmaksas ES ir 3–4% no IKP, galvenokārt ražīguma zuduma dēļ<sup>6</sup>. Garīgie traucējumi ir vieni no galvenajiem agrīnas pensionēšanās un invaliditātes pensiju pieprasījumu cēloņiem<sup>7</sup>.

Uzvedības traucējumi bērnībā rada izmaksas sociālajā, izglītības, krimināltiesību un tiesu sistēmā (skatīt 4. pielikumu)<sup>8</sup>.

Citas nemateriālas izmaksas ir saistītas ar sabiedrības attieksmi pret garīgi neveselām personām vai personām ar garīgas slimības izraisītu invaliditāti. Lai gan ir uzlabojušās ārstēšanas iespējas un ir pilnveidojusies psihiatriskā aprūpe, garīgi slimi cilvēki vai cilvēki ar garīgās veselības traucējumu izraisītu invaliditāti joprojām sastopas ar sociālu atstumtību, stigmatizāciju, diskriminēšanu vai to, ka netiek ievērotas viņu pamattiesības un tiek aizskarta viņu cieņa.

### **4. POLITIKAS INICIATĪVAS GARĪGĀS VESELĪBAS JOMĀ**

Tas, ka garīgo neveselību sāk uzskatīt par problēmu, politikas veidotājiem, veselības aprūpes profesionāļiem un citām ieinteresētajām personām licis sākt meklēt risinājumus, un 2005. gada janvāra PVO Eiropas ministru konference par garīgo veselību šeit jāmin kā visnesenākais piemērs<sup>9</sup>.

Pastāv vienošanās, ka, pirmkārt, ir jānodrošina efektīvi un kvalitatīvi garīgās veselības aprūpes un ārstēšanas pakalpojumi, tiem jābūt pieejamiem visiem, kas ir garīgi neveseli<sup>10</sup>.

Lai gan medicīniska iejaukšanās problēmu risināšanā ir ļoti svarīga, ar to vien nevar atrisināt un izmainīt sociāla rakstura noteicošos faktoros. Tādēļ saskaņā ar PVO stratēģiju ir vajadzīga visaptveroša stratēģija, kurā tiktu skarta indivīdu ārstēšanas un aprūpes sniegšana līdztekus rīcībai, kas vērsta uz visiem iedzīvotājiem, lai veicinātu garīgo veselību, izvairītos no garīgās neveselības un risinātu tās problēmas, kas rodas stigmatizēšanas un cilvēktiesību neievērošanas gadījumos. Šāda pieeja prasa daudzu aprindu iesaistīšanos, tai skaitā veselības aprūpes un ar veselību tieši nesaistītu politikas sektoru un ieinteresēto personu līdzdarbību, jo tā rezultātā pieņemtie lēmumi ietekmēs iedzīvotāju garīgo veselību. Pacientu tiesību aizstāvības organizācijām un pilsoniskajai sabiedrībai risinājumu izveides procesā jāparedz nozīmīga loma.

#### **4.1. Eiropas Kopiena, tās pilnvaras un darbības garīgās veselības jomā**

EK Līguma 152. pantā ir noteiktas pilnvaras rīkoties Kopienas līmenī sabiedrības veselības jomā. Minētais pants apliecina, ka „nosakot un īstenojot visas Kopienas politikas un darbības, tiek nodrošināts augsts cilvēku veselības aizsardzības līmenis”<sup>11</sup>. Kopienas rīcība papildina valstu veselības uzlabošanas, slimību profilakses, veselības informācijas un izglītības politikas, kā arī darbību, lai samazinātu narkotiku izraisīta kaitējuma ietekmi un veicinātu dalībvalstu sadarbību šajās jomās. Tikai dalībvalstu ziņā ir lēmumi par veselības aprūpes un veselības aprūpes pakalpojumu organizēšanu. Attiecībā uz citām Kopienas politikām piemēro atbilstošu tiesisko bāzi.

Ņemot vērā minēto atbildības dalījumu, garīgā veselība ir Eiropas Kopienas jautājums tāpēc, ka:

- Iedzīvotāju laba garīgā veselība var papildināt vairākas ES stratēģiskās politikas mērķus;
- Kopienai ir jāveicina un jāatbalsta dalībvalstu sadarbība un jānovērš nevienlīdzība starp dalībvalstīm; kā arī
- Kopienas pienākumos ietilpst sniegt ieguldījumu cilvēku augsta līmeņa veselības aizsardzības pilnveidē, izmantojot visas tās politikas un darbības .

Pēdējo gadu laikā dažādu Kopienas politiku ietvaros ir izstrādātas vairākas īpašas iniciatīvas:

- Kopienas **veselības aprūpes politikā** kopš 1997. gada ietilpst garīgās veselības jautājumi, kuru risināšanai paredzēti īpaši projekti un politikas iniciatīvas<sup>12</sup> (5. pielikums). *ES Sabiedrības veselības programma 2003.–2008. gadam*<sup>13</sup> nodrošina darbības juridisko pamatu. Citas saistītās prioritātes risina narkotiku lietošanas un alkohola lietošanas radīto seku jautājumu.
- Ar Kopienas **sociālās un nodarbinātības politiku** saistītās iniciatīvas vērstas uz garīgi neveselu cilvēku nediskriminēšanu, cilvēku ar garīgu slimību izraisītu invaliditāti sociālo integrāciju un stresa mazināšanu darba vietā, ieskaitot šādu rīcību:
  - Direktīvas 2000/78/EK pieņemšana, ar kuru cita starpā nodarbinātības sfērā ir aizliegts diskriminēt, pamatojoties uz invaliditāti<sup>14</sup>;
  - Darbības Eiropas gada cilvēkiem ar invaliditāti (2003.) ietvaros; kā arī
  - Eiropas pamatnolīguma starp sociālajiem partneriem pieņemšana par darba izraisītu stresu 2004. gadā.
- Kopienas **Pamatprogrammas pētniecībai** ir bijušas un joprojām ir nozīmīgs finansējuma avots Eiropas pētniecībai par garīgo veselību<sup>15</sup>. Piemēram, „MHEDEA-2000” projekts, kura ietvaros tika veikts apsekojums par garīgās veselības traucējumu izraisītu invaliditāti Eiropā<sup>16</sup>.
- **Informācijas sabiedrība un plašsaziņas līdzekļu politika** atbalstīja uz informācijas un komunikācijas tehnoloģijām balstītu instrumentu izstrādi lietošanai profilakses jomā, diagnostikā un aprūpē<sup>17</sup>.
- Reģionālā politika atbalsta tādas infrastruktūras investīcijas veselības sektorā, kas kalpotu reģiona strukturālas pielāgošanās uzdevumiem.
- **Izglītības politika** risina garīgās veselības jautājumus savas politikas darba ietvaros (piem., par svarīgākajām zināšanu sfērām uz zināšanām balstītai sabiedrībai) un ar projektiem.
- Kopienas brīvības, tiesiskuma un drošības politikas ietvaros DAPHNE II programmā notiek cīņa pret vardarbību pret bērniem, jauniešiem un sievietēm<sup>18</sup>. Šāda vardarbība var radīt garīgās veselības problēmas.

Tomēr vēl nav izveidota visaptveroša stratēģija par garīgo veselību, kas saistītu visas minētās darbības Kopienas līmenī. Šāda stratēģija stiprinātu pašreizējo un topošo iniciatīvu saskaņotību un efektivitāti.

#### 4.2. Garīgā veselība dalībvalstīs

Pastāv ievērojamas atšķirības starp dalībvalstīm un dalībvalstīs. Kaut vai rādītāji par pašnāvību skaitu: Grieķijā tas ir 3,6 uz 100 000 iedzīvotāju, savukārt Lietuvā – 44 uz 100 000 iedzīvotāju, kas ir augstākais rādītājs pasaulē<sup>19</sup>. Veselības aprūpes budžeta daļas, kas paredzētas garīgajai veselībai dalībvalstīs, arī ievērojami atšķiras (skatīt 6. pielikumu).

2004. gada ziņojumā “The state of mental health in the European Union”<sup>20</sup> (Garīgās veselības stāvoklis Eiropas Savienībā) konstatēts, ka garīgās veselības stāvoklis visās dalībvalstīs nav vienāds, drīzāk, rādītāji atspoguļo ievērojamas atšķirības starp valstīm, valstu stāvokli, tradīcijām un kultūrām.

Izklāsti par valstīm apkopoti 2005. gada izdevumā “Mental health promotion and mental disorder prevention across European Union Member States: an overview”<sup>21</sup> (Garīgās veselības veicināšana un garīgo traucējumu profilakse Eiropas Savienības dalībvalstīs: pārskats), kurā apskatītas dalībvalstu problēmas, politika un struktūras.

Tā kā starp dalībvalstīm pastāv lielas atšķirības, vienkārši secinājumi nav iespējami, tāpat nav iespējams radīt vienādus risinājumus. Tomēr pastāv pieredzes apmaiņas un sadarbības iespējas starp dalībvalstīm, ir iespējas savstarpēji mācīties.

Virkne Ministru Padomes pieņemtu dokumentu laikā kopš 1999. gada<sup>22</sup> norāda uz dalībvalstu vēlmi izmantot sadarbību garīgās veselības jomā ES līmenī. 2005. gada jūnijā pieņemtie Padomes secinājumi šādu nostāju stiprināja, aicinot dalībvalstis veltīt pienācīgu uzmanību PVO Eiropas Ministru konferences par garīgo veselību rezultātu īstenošanai. Komisija, ievērojot tās kompetenci, tika aicināta atbalstīt šo īstenošanas procesu.

#### 5. NEPIECIEŠAMĪBA PĒC ES STRATĒGIJAS PAR GARĪGO VESELĪBU

ES līmeņa stratēģijas par garīgo veselību izveidošana pievienotu papildu vērtību:

- (1) Radot dalībvalstu pieredzes apmaiņas un sadarbības pamatus;
- (2) Sekmējot dažādos politikas sektoros veiktās darbības konsekvenci;
- (3) Izveidojot platformu, lai risinājumu rašanā iesaistītu ieinteresētās personas, tai skaitā pacientu tiesību aizsardzības un pilsoniskās sabiedrības organizācijas.

Komisijai jānosaka, kā izmantot Kopienas politikas un finanšu instrumentus, piemēram, pētniecības pamatprogrammas, lai tādējādi palīdzētu uzlabot iedzīvotāju garīgo veselību. Dalībvalstis kopā ar reģioniem un Komisiju tiek aicinātas novērtēt, kā labāk izmantot struktūrfondus, lai ilgtermiņā uzlabotu veselības aprūpes iespējas un veselības aprūpes infrastruktūru garīgās veselības jomā. Varētu izmantot Komisijas ieguldījumu horizontāli, lai gūtu informāciju un zināšanas par garīgās veselības stāvokli ES, par garīgās veselības noteicošajiem faktoriem un iespējām risināt ar garīgo neveselību saistītos jautājumus.

Stratēģijas izstrādē jāizmanto PVO stratēģija Eiropas Reģionam, ES programmās paredzēto pasākumu rezultāti, kā arī dalībvalstīs esošie zinātniskie dati.

Komisija ierosina, ka ES stratēģija varētu būt vērsta uz šādiem aspektiem:

- (1) Veicināt garīgo veselību visiem;
- (2) Profilaktiski pasākumi garīgās neveselības jautājumu risināšanai;
- (3) Uzlabot dzīves kvalitāti garīgi neveseliem cilvēkiem vai cilvēkiem ar garīgu traucējumu izraisītu invaliditāti, izmantojot sociālu integrāciju un viņu tiesību un cieņas aizsardzību; kā arī
- (4) Pilnveidot informāciju, pētniecību un zināšanu sistēmu par garīgo veselību ES.

## 6. RISINĀJUMU MEKLĒŠANA – RĪCĪBAS IESPĒJAS

Ir nepieciešamība pārvērst esošo politisko apņemšanos rīcībā. ES Sabiedrības veselības programmu projekti ir pierādījuši, ka darbība ir iespējama un ka tā var būt veiksmīga un rentabla. Citi projekti ir palīdzējuši uzlabot zināšanu un informācijas bāzi par garīgo veselību ES.

Sadarbības tīklā „Implementing Mental Health Promotion Action (IMPHA)”<sup>23</sup> (Uzlabojot garīgo veselību veicinošu darbību) ir izstrādāta interneta datu bāze, kurā apraksta esošās programmas, arī – pierādījumu pārskats profilaksei un veicināšanai un rīcības plāns „Garīgās veselības veicināšana un garīgo traucējumu profilakse. Politika Eiropai”<sup>24</sup>.

### 6.1. Garīgās veselības veicināšana un profilaktiski pasākumi garīgās neveselības jautājumu risināšanai

Garīgās veselības veicināšana un garīgās neveselības profilakse ir tieši vērsta uz indivīdu, ģimeni, kopienu un garīgās veselības sociālajiem faktoriem, stiprinot aizsargfaktoros (piem., pretestība) un samazinot riska faktoros<sup>25</sup> (7. pielikums). Skolas un darba vietas, kur cilvēki pavada visvairāk laika, ir būtiskas darbības vietas.

#### 6.1.1. Iedzīvotāju garīgās veselības profilakse

*Garīgās veselības veidošana zīdaiņiem, bērniem un pusaudžiem*

Tā kā garīgā veselība ir īpaši atkarīga no tās veidošanās posma indivīda dzīves sākumgados, bērnu un pusaudžu garīgās veselības veicināšana ir ieguldījums nākotnē. Mācot prasmi būt par vecākiem, var uzlabot bērna attīstību. Visaptveroša pieeja skolās var palielināt sociālās prasmes, uzlabot pretotiesspēju un samazināt simptomus, ko rada ārpusreglamenta attiecības, bailes un nomāktība.

*ES projektu gaitā konstatētie veiksmīgas rīcības piemēri<sup>26</sup>:*

Zīdaiņi un bērni: novērst mātes pēcdzemdību depresiju; uzlabot prasmes būt vecākiem; medmāsas mājās vizītes, lai palīdzētu topošajiem un jaunajiem vecākiem; medmāsas darbība skolā.



Pusaudži un jaunieši: veicinoša vide un morālie uzskati skolā; studentiem, vecākiem un skolotājiem paredzētie materiāli par garīgo veselību.

#### *Garīgās veselības veicināšana strādājošo vidū*

Labā garīgā veselība palielina darbības spējas un ražīgumu, savukārt slikti darba apstākļi, tai skaitā iebiedēšana no darba biedru puses, rada sliktu garīgo veselību, darbības spēju un palielina izmaksas. Līdz pat 28% nodarbināto Eiropā norāda, ka viņiem darbā ir stress<sup>27</sup>. Darbības, lai uzlabotu indivīda darba spējas un samazinātu stresu radošus faktorus darba vidē, uzlabo veselību un palīdz ekonomikas attīstībai.

#### *ES projektu gaitā konstatētie veiksmīgas rīcības piemēri<sup>28</sup>:*

Līdzdalību veicinoša darbavieta un vadības kultūra; garīgas neveselības konstatēšana darbiniekiem; darba apstākļi, kas atbilst darbinieku vajadzībām (piem., elastīgs darba laiks).

#### *Vecāka gada gājuma cilvēku garīgās veselības veicināšana*

ES iedzīvotāju novecošanās un ar to saistītās garīgās veselības problēmas prasa efektīvu rīcību. Vecums rada vairākus stresu izraisošus aspektus, kas var palielināt garīgās veselības traucējumus, piemēram, samazināt darbības spēju un palielināt sociālo atstumtību. Dzīves vēlnā posma depresija un ar vecumu saistīti neiropsihiiski stāvokļi, piemēram, plānprātība, palielinās garīgo traucējumu slogu. Atbalsta darbības ir pierādījušas, ka ar tām var uzlabot vecākā gada gājuma iedzīvotāju garīgo labklājību.

#### *ES projektu gaitā konstatētie veiksmīgas rīcības piemēri<sup>29</sup>:*

Sociālā atbalsta sadarbības tīkli; fiziskās aktivitātes veicināšana un līdzdalība kopienas un brīvprātīgo darbības programmās.

#### *Mazāk aizsargātu sabiedrības grupu problēmu risināšana*

Zems sociālais un ekonomiskais statuss palielina neaizsargātību pret garīgu neveselību. Darba zaudējums un nodarbinātības trūkums var pazemināt pašapziņu un radīt depresiju. Migrantiem un citām marginalizētām grupām ir paaugstināts garīgās neveselības risks. Darbības, kas vērstas uz bezdarbniekiem, lai tie atkal atgrieztos darba tirgū, var būt rentablas. Atbalsts mazaizsargātām grupām var uzlabot garīgo veselību, stiprināt sociālo kohēziju un ļaut izvairīties no saistītā sociālā un ekonomiskā sloga.

#### *ES projektu gaitā konstatētie veiksmīgas rīcības piemēri<sup>30</sup>:*

Konsultācijas riska grupām; atbalsts iekļūšanai darba tirgū; atbalsts garīgi neveseliem cilvēkiem vai cilvēkiem ar garīgās veselības traucējumu radītu invaliditāti nodarbinātībai.

#### ***Iespējamās iniciatīvas Kopienas līmenī:***

Ierosinājumus, kas izstrādāti apspriežu gaitā, reaģējot uz Zaļo grāmatu, varētu uzskatīt par ieguldījumu Komisijas priekšlikumam **Padomes Rekomendācijai par garīgās veselības veicināšanu**<sup>31</sup>

## 6.1.2. Profilaktiski pasākumi garīgās neveselības jautājumu risināšanai

### Depresijas profilakse

Depresija ir viena no nopietnākajām veselības problēmām ES.

Komisijas ekspertu 2004. gada ziņojums „Action against Depression” (Rīcība pret depresiju) analizē depresiju un tās iespaidu uz sabiedrības veselību, kā arī ietekmi uz sociālajām un ekonomiskajām sistēmām, tajā norādītas arī rīcības iespējas<sup>32</sup>.

Dzīves prasmju apgūšana, ārpusreglamenta attiecību profilakse skolās, stresa mazināšanas pasākumi darbavietās, kā arī fiziskas aktivitātes vecāka gada gājuma cilvēku grupām var mazināt depresijas simptomus. Sabiedrības izpratne par depresijas problēmu varētu veicināt palīdzības meklēšanu un samazināt stigmatizēšanu un diskriminēšanu.

#### Dažas veiksmīgas darbības:

Kognitīva uzvedības intervence; psiholoģisks atbalsts riska grupām; veselības aprūpes profesionāļu apmācība par depresijas profilaksi, atpazīšanu un ārstēšanu.

#### Vielu izraisītu traucējumu ietekmes mazināšana

Alkohola, narkotiku un citu psihoaktīvu vielu lietošana bieži vien ir riska faktors garīgās veselības sarežģījumiem vai arī šādu sarežģījumu sekas. Narkotikas un alkohols ir Kopienas līmeņa veselības politikas noteiktās prioritātes:

#### - Narkotikas

2004. gadā Padome pieņēma ES Narkotiku apkarošanas stratēģiju 2005.–2012. gadam<sup>33</sup>. 2005. gadā Padome pieņēma Narkotiku apkarošanas rīcības plānu 2005.–2008. gadam<sup>34</sup>. Līdz 2006. gada beigām Komisija plāno sniegt ziņojumu par to, kā dalībvalstīs notiek Padomes rekomendācijas īstenošana<sup>35</sup>.

#### - Alkohols

2001. gadā Padomes pieņēma Ieteikumu par alkohola lietošanas novēršanu jauniešu vidū. Komisija vērtē šī ieteikuma īstenošanu un gatavo visaptverošu Kopienas stratēģiju, lai samazinātu ar alkohola lietošanu saistītu kaitējumu ietekmi.

#### Pašnāvības profilakse

Pašnāvības profilakses stratēģijas izstrādā dalībvalstīs. Pierādījumi par pašnāvību profilaksi liecina, ka ir: jāierobežo informācijas pieejamība par pašnāvības paņēmieniem, jāapmāca veselības aprūpes sniedzēji un jābūt sadarbības saiknei starp sekundāro aprūpi un tālāku aprūpi pēc pašnāvības mēģinājuma.

### *Veiksmīga rīcība:*

Eiropas Alianse pret depresiju (EAAD) lūko samazināt depresiju un pašnāvnieciskas tieksmes, radot reģionālus informācijas sadarbības tīklus, iesaistot veselības sektoru, pacientus un to radniekus, kopienas garu veicinošas struktūras un sabiedrību. Izmēģinājumu projekta norise pierādījusi, ka pašnāvību skaits un pašnāvības mēģinājumi samazinājušies par 25%, jo īpaši jauniešu vidū<sup>36</sup>.

### *Iespējamās iniciatīvas Kopienas līmenī:*

Ierosinājumus, kas izstrādāti apspriežu gaitā, reaģējot uz Zaļo grāmatu, varētu uzskatīt par ieguldījumu Komisijas priekšlikumam **Padomes Ieteikumam par depresijas un pašnāvniecisku tieksmju samazināšanu.**

## **6.2. Garīgi neveselu personu vai personu ar garīgu traucējumu izraisītu invaliditāti sociālā integrācija un viņu pamattiesību un cieņas aizsardzība**

Garīgi neveseli cilvēki vai cilvēki ar garīgu traucējumu izraisītu invaliditāti sastopas ar citu cilvēku bailēm un aizspriedumiem, kas bieži vien balstīti uz acgārnīgiem pieņēmumiem par garīgu neveselību. Šāda stigma palielina personīgas ciešanas, cilvēku sociālu atstumtību, var pat kavēt mājokļa atrašanos un nodarbinātības iespējas. Tā var arī cilvēkus atturēt no palīdzības meklēšanas, baidoties tapt „iezīmētam”. EK Līguma 13. pantā noteikts juridiskais pamats rīcībai Kopienas līmenī, lai cīnītos pret diskrimināciju, kas, cita starpā, balstās uz invaliditāti. Pastāv nepieciešamība mainīt sabiedrības, sociālo partneru, valsts iestāžu un valdību attieksmi: uzlabojot sabiedrības informētību par garīgu neveselību, par ārstēšanas iespējām, kā arī mudinot integrēt darba vidē garīgi slimus cilvēkus un cilvēkus ar šāda rakstura invaliditāti, jo tas varētu radīt lielāku izpratni un vēlmi pieņemt šādus cilvēkus.

### *Paradigmas maiņa*

Tā dēvētā garīgās veselības pakalpojumu *deinstitutionalizēšana* un attiecīgu pakalpojumu radīšana primārās aprūpes iestādēs, kopienas centros un vispārējās ārstniecības slimnīcās atbilstīgi pacientu un ģimenes vajadzībām varētu veicināt sociālo integrāciju. Tas, ka pastāv lielas psihiatriskās ārstēšanas slimnīcas vai patversmes, stigmatizēšanu pat palielina. Psihiatriskās aprūpes pakalpojumu reformēšanas gaitā daudzas valstis atsakās sniegt garīgās veselības aprūpes pakalpojumus lielās psihiatriskās ārstēšanas iestādēs (tomēr dažās jaunajās dalībvalstīs šādas institūcijas veido lielāko daļu garīgās veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanas infrakstrukturā), izvēloties sabiedrībā balstītu pakalpojumu sniegšanu. Tas pilnīgi atbilst praksei sagatavot pacientus un viņu ģimenes, kā arī darbiniekus, aktīvi līdzdarboties un izmantot pārlicinošākas rīcības stratēģijas<sup>37</sup>.

Komisijas veikts apsekojums „Included in Society”<sup>38</sup> (Iekļauts sabiedrībā) apstiprinājis uzskatu, ka institūciju aizstāšana ar sabiedrībā balstītām alternatīvām aprūpes iespējām ļauj cilvēkiem ar invaliditāti nodrošināt augstāku dzīves kvalitāti. Jaunā pētījumā tiks analizēts un apskatīts tas, kā pašreizējie finanšu resursi būtu vislabāk izmantojami, lai apmierinātu cilvēku ar invaliditāti vajadzības, un tiks sniegti pierādījumi institūciju likvidēšanas izmaksām<sup>39</sup>.

### Citu starptautisku organizāciju atbalstoša darbība:

**PVO Veselību veicinošu slimnīcu sadarbības tīklā** *Īpašā uzdevuma grupa par veselību veicinošiem psihiatriskās aprūpes pakalpojumiem*<sup>40</sup> ir definējusi labas garīgās veselības veicināšanas paņēmienus psihiatrijā .

**Eiropas Padome** 2006. gadā plāno sākt izstrādāt „Eiropas standartinstrumentu ētikas un cilvēktiesību ievērošanai garīgās veselības jomā”.

Ir pacienti, kas brīvprātīgi meklē hospitalizācijas iespējas psihiatriskai ārstēšanai. Pacientu *obligāta* ievietošana psihiatriskās aprūpes iestādēs un piespiedu ārstēšana nopietni ietekmē viņu tiesības. Šāda ārstēšanas iespēja piemērojama tikai galējas nepieciešamības gadījumā, kur mazāk stingras ārstēšanas iespējas izrādījušās nederīgas.

Projekts „Compulsory Admission and Involuntary Treatment of Mentally Ill Patients – Legislation and Practice in EU-Member States”<sup>41</sup> (Garīgi neveselu pacientu piespiedu hospitalizācija un ārstēšana – ES dalībvalstu tiesību akti un prakse) pierādījis, ka tiesiskie noteikumi ES valstīs ir ļoti dažādi. Tāpat konkrētās pieejas nosaka kultūras tradīcijas un garīgās veselības aprūpes sistēmu struktūra un kvalitāte. Prakse obligāti ievietot iestādē dalībvalstīs ievērojami atšķiras.

Problēmas saistībā ar garīgo veselību un cilvēka cieņu arī var pastāvēt citās dzīves vidēs, piemēram, veco ļaužu pansionātos, bērnu namos un cietumos.

### ***Iespējamās iniciatīvas Kopienas līmenī:***

- Ierosinājumi, kas izstrādāti apspriežu gaitā, varētu palīdzēt noteikt **labāko praksi, lai veicinātu sociālu integrāciju un aizsargātu garīgi neveselu cilvēku un cilvēku ar garīgu traucējumu izraisītu invaliditāti tiesības.**

- Jautājums par garīgi slimiem cilvēkiem vai cilvēkiem ar garīgu traucējumu izraisītu invaliditāti un stāvokli psihiatriskās aprūpes iestādēs varētu tikt iekļauts ES Pamattiesību aģentūras darbībās, kuras plānots sākt 2007. gada 1. janvārī<sup>42</sup>.

### **6.3. Informācijas un zināšanu par garīgo veselību uzlabošana ES**

Jautājums par garīgo veselību esošajās veselības uzraudzības programmās netiek pietiekami risināts. Ir vajadzīgs liels darbs, lai pielīdzinātu esošos valstu un starptautiskos indikatorus par garīgo veselību un invaliditāti iedzīvotāju vidū, lai radītu salīdzināmu datu kopumu par visu ES. Vajag vairāk datu par sociāliem, demogrāfiskiem un ekonomiskiem garīgo veselību ietekmējošiem faktoriem, kā arī par veicināšanu un profilaktiskām infrastruktūrām, pasākumiem un resursiem.

Tāpat ir nepieciešamība izmantot jau esošos Kopienas instrumentus, piemēram, Septīto Pētniecības pamatprogrammu<sup>43</sup>, lai veidotu pētniecības jaudu un atbalstītu pētniecību par garīgo veselību ES. Labākas zināšanas par garīgās veselības nozīmīgumu un garīgas neveselības seku ietekmi uz veselību, dzīves kvalitāti, ekonomisko un sociālo labklājību, sociālo integrāciju un pamattiesībām, un garīgās veselības pakalpojumiem (piem., taisnīgumu, piekļuvi) ļautu uzlabot pašreizējo praksi.

### ***Iespējamās iniciatīvas Kopienas līmenī:***

**Saskarsme starp politiku un pētniecību** varētu veidoties, pulcējot Kopienas un valstu iestādes, akadēmiskās institūcijas un ieinteresētās aprindas. Tās loma varētu būt konsultāciju sniegšana par atbilstošiem garīgās veselības indikatoriem ES, garīgās veselības uzraudzību un pētniecības darbību prioritāro jomu ierosināšanu ES līmenī.

## **7. APSPRIEŽU PROCESS ES STRATĒGIJAS PAR GARĪGO VESELĪBU IZSTRĀDEI**

Garīgās veselības transversālā nozīmība dara šo tēmu atbilstīgu ES stratēģijas par garīgo veselību izveidei, pamatojoties uz plašu un iekļaujošu apspriežu procesu.

Ir paredzētas šādas darbības.

### **7.1. Dialoga ar dalībvalstīm radīšana par garīgo veselību**

Šāds forums dotu iespēju dalībvalstu sadarbībai un pieredzes apmaiņai. Viens mērķis būtu noteikt rīcības plāna par garīgo veselību prioritātes un tā elementus, pēc tam – noteikt pamatdarību kopumu veselības politikai un ar veselību nesaistītām politikām līdztekus mērķiem, atskaites kritērijiem, darbības termiņiem un mehānismiem īstenošanas uzraudzībai. PVO Eiropas garīgās veselības rīcības plāns varētu būt piemērs, tāpat arī rīcības plāns “Mental Health Promotion and Mental Disorder Prevention: A Policy for Europe”<sup>44</sup> (Garīgās veselības veicināšana un garīgo traucējumu profilakse: politika Eiropai). Dialoga gaitā būtu jāapsver divu ierosināto Padomes ieteikumu nepieciešamība par: a) garīgās veselības veicināšanu un b) depresijas un pašnāvniecisku tieksmju samazināšanu.

### **7.2. ES platformas par garīgo veselību izveide**

ES garīgās veselības platforma varētu popularizēt starpnozaru sadarbību un vienprātību par garīgo veselību, iesaistot procesā dažādus darītājus, piemēram, politikas veidotājus, ekspertus un ieinteresētās aprindas no veselības sektora un ar veselību nesaistītiem sektoriem, kā arī pilsoniskās sabiedrības pārstāvjus. Platforma varētu analizēt svarīgākos garīgās veselības aspektus, noteikt uz pierādījumiem balstītu praksi, izstrādāt darbības rekomendācijas arī Kopienas līmenī un definēt labāko praksi, lai veicinātu garīgi neveselu cilvēku un cilvēku ar garīgu traucējumu radītu invaliditāti sociālu integrāciju un aizsargātu viņu pamattiesības un cieņu, visu minēto iestrādājot dialogā ar dalībvalstīm.

### **7.3. Politikas un pētniecības par garīgo veselību saskarsmes izveide**

Šīs trešās grupas darbību ietvaros būtu jāiesaista ieinteresētās aprindas, lai veicinātu dialogu par indikatoru sistēmu, kurā būtu informācija par garīgo veselību un tās noteicošajiem faktoriem, ietekmes novērtējums un uz pierādījumiem balstīta prakse. Tādējādi tiktu izpētīts visefektīvākais veids, kā noteikt pētniecības prioritātes un nodrošināt labāku datu sistēmu, pētniecības gaitā gūtu zināšanu un politikas veidošanas saskarsmi. Rekomendācijas varētu iekļaut rīcības plānā.

## 8. TURPMĀKI PASĀKUMI

Pastāv plaša izpratne, ka garīgās veselības cilvēciskā, sociālajā un ekonomiskā dimensijai jābūt labāk saprastai politikas veidotāju apziņā un tā labāk jāsaprot sabiedrībai. Dalībvalstīs, ES un PVO tiek veikts nozīmīgs darbs.

Komisija aicina visus ieinteresētos iedzīvotājus, puses, organizācijas un Eiropas Savienības iestādes sniegt savu artavu, sagatavojot ES stratēģiju un Rīcības plānu par garīgo veselību, iesniedzot piezīmes par šo Zaļo grāmatu.

### **Komisiju jo īpaši interesē viedokļi par šādiem jautājumiem:**

- (1) Cik būtiska ir iedzīvotāju garīgā veselību ES stratēģiskās politikas mērķiem atbilstoši 1. iedaļas aprakstam?
- (2) Vai visaptverošas ES stratēģijas par garīgo veselību izveide palīdzētu radīt pievienoto vērtību un vai 5. iedaļā ir ierosinātas atbilstošas prioritātes?
- (3) Vai 6. un 7. iedaļā ierosinātās iniciatīvas atbilst mērķim atbalstīt dalībvalstu rīcības koordināciju, lai veicinātu garīgās veselības jautājuma iestrādi veselības politikā un ar veselību nesaistītās politikās, ieinteresēto aprindu darbībā un lai radītu labāku saikni starp pētniecību un politiku par garīgās veselības aspektiem?

Viedokļi par augšminēto jānosūta Komisijai līdz **2006. gada 31. maijam** pa e-pastu uz adresi [mental-health@cec.eu.int](mailto:mental-health@cec.eu.int) vai pa pastu:

European Commission

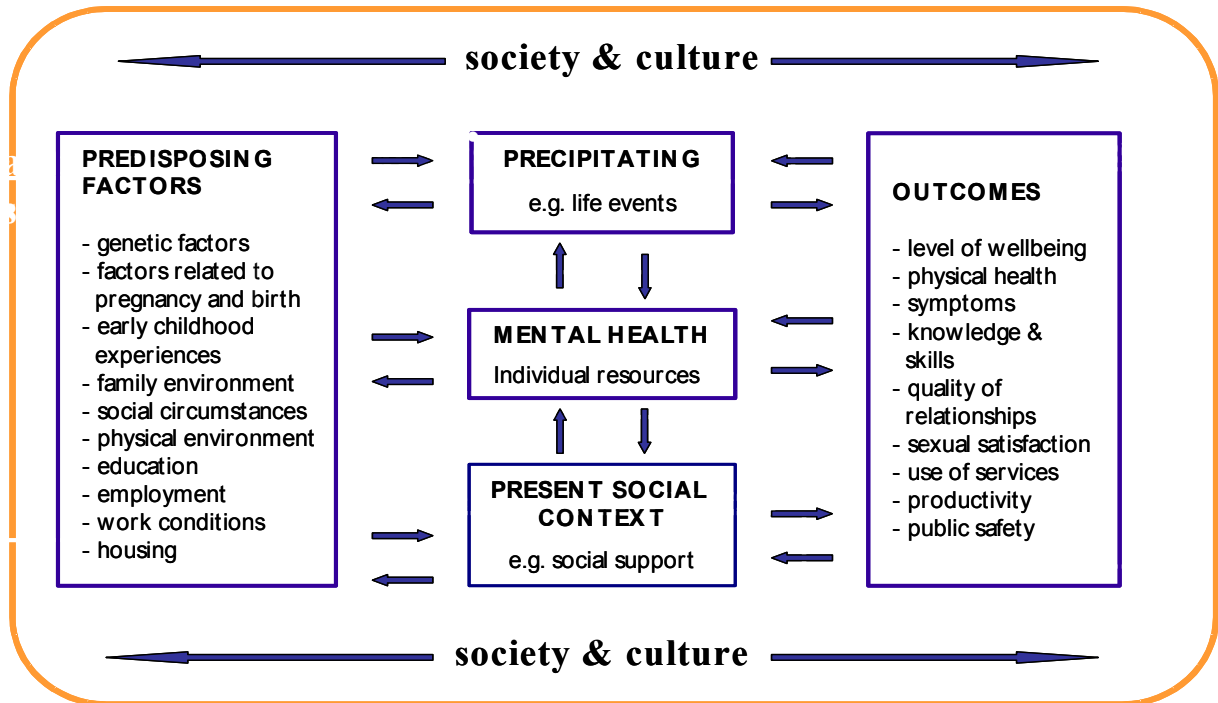
Directorate-general for Health and Consumer Protection

Unit C/2 "Health Information"

L-2920 Luxembourg

Šī Zaļā grāmata un saņemtie komentāri tiks publicēti Komisijas tīmekļa vietnē<sup>45</sup>, ja vien nebūs prasīts tos nublicēt. 2006. gada beigās Komisija plāno publiskot saņemto komentāru analīzi, attiecīgā gadījumā pievienojot priekšlikumus un/vai iniciatīvas ES garīgās veselības stratēģijai.

**1. PIELIKUMS**  
**Garīgās veselības darbības modelis**



**Source:**

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

## **2. PIELIKUMS**

### **Aplēses par ES vispārējo iedzīvotāju skaitu (vecumā no 18-65), kurus pēdējo 12 mēnešu laikā skāruši garīgi traucējumi<sup>46</sup>**

<b>Diagnosis (DSM-IV)</b>	<b>12-month estimate (%)</b>	<b>12-month estimate (million)</b>
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

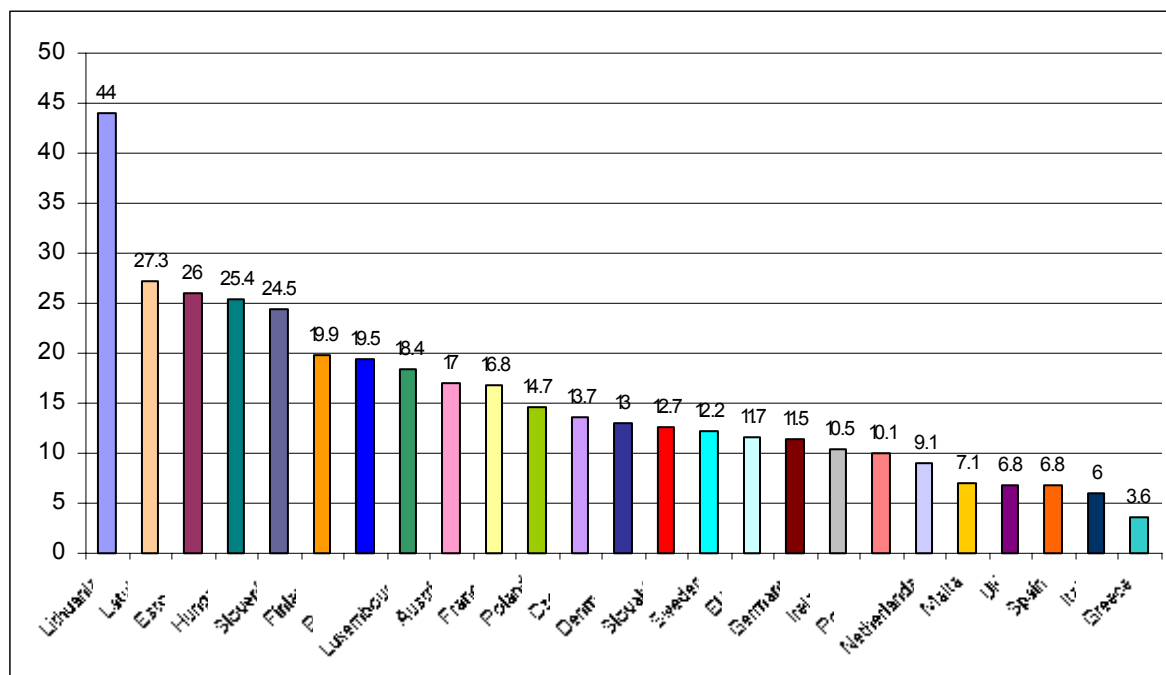
#### **Source:**

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.



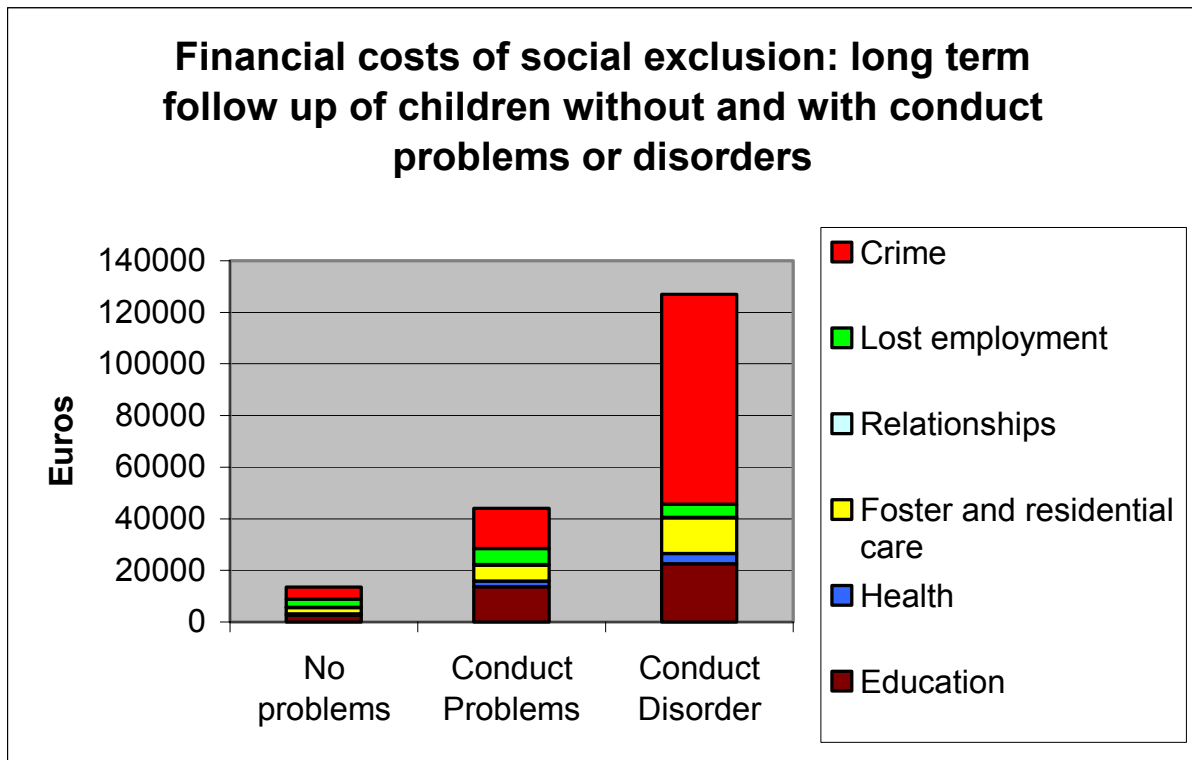
### 3. PIELIKUMS

**Standartizēti dati par nāves gadījumiem pašnāvībā uz 100 000 cilvēku ES dalībvalstīs  
2002. gadā<sup>47</sup>**



#### 4. PIELIKUMS

Garīgās veselības problēmu ekonomiskās izmaksas ilgtermiņā. Izmaksas pārvērstas EUR, piemērojot 2002. gada cenas



**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.

## 5. PIELIKUMS

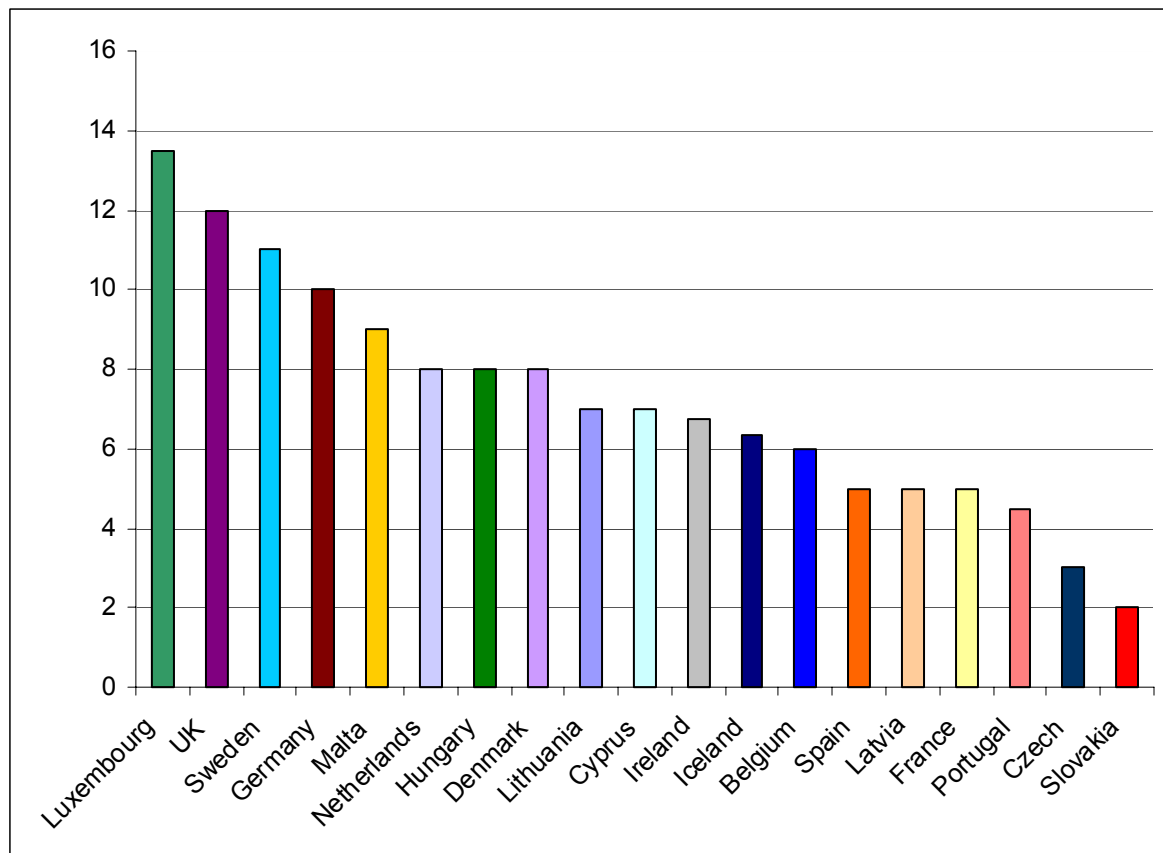
### Apkopoījums par atsevišķiem ES pasākumiem saistībā ar garīgo veselību laikā no 1999. līdz 2005. gadam

<b>Year</b>	<b>Title of the event</b>	<b>Level</b>	<b>Council resolutions/conclusions</b>
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	

## 6. PIELIKUMS

### Izdevumi par garīgo veselību Eiropas ekonomiskās zonas valstīs (% no kopējiem izdevumiem veselības aprūpei)



**Source:**

Mental Health Economics European Network (2004)

## **7. PIELIKUMS**

### **Sociālie, vides un ekonomiskie priekšnoteikumi garīgai veselībai**

<b>Risk factors</b>	<b>Protective factors</b>
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

## ATSAUCES

- 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 Neuropsychopharmacology, 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](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](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](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](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 Reseach  
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.
- 18 [http://europa.eu.int/comm/justice\\_home/funding/daphne/funding\\_daphne\\_en.htm](http://europa.eu.int/comm/justice_home/funding/daphne/funding_daphne_en.htm)
- 19 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  
Mutelle 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](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](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.imhpa.net](http://www.imhpa.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](http://europa.eu.int/comm/health/ph_projects/2002/promotion/fp_promotion_2002_frep_16_en.pdf) and <http://www.imhpa.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](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](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](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),

[ttp://europa.eu.int/comm/health/ph\\_projects/2001/promotion/promotion\\_project\\_2001\\_full\\_en.htm#2](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](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](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](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](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](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](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](http://www.imhpa.net)

45 [http://europa.eu.int/comm/health/ph\\_determinants/life\\_style/mental/green\\_paper/consultation\\_en.htm](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 ource: 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.