



KOMISIA EURÓPSKÝCH SPOLOČENSTIEV

Brusel, 14.10.2005
KOM(2005) 484 v konečnom znení

ZELENÁ KNIHA

**Zlepšovanie duševného zdravia obyvateľstva.
K stratégii duševného zdravia pre Európsku úniu**

OBSAH

1.	Úvod.....	3
2.	Duševné zdravie – rozhodujúce pre obyvateľov, spoločnosť a politiky	4
3.	Situácia – zlé duševné zdravie, rastúci problém pre eú	4
4.	Formovanie odoziev: Politické iniciatívy v oblasti duševného zdravia.....	5
4.1.	Európske spoločenstvo, jeho mandát a činnosti v oblasti duševného zdravia	5
4.2.	Duševné zdravie v členských štátoch.....	7
5.	Potreba stratégie eú v oblasti duševného zdravia.....	7
6.	Hľadanie riešení – možnosti pre opatrenia	8
6.1.	Podpora duševného zdravia a riešenie zlého duševného zdravia prostredníctvom preventívnych opatrení.....	8
6.1.1.	Podpora duševného zdravia obyvateľstva.....	8
6.1.2.	Riešenie zlého duševného zdravia prostredníctvom preventívnych opatrení	10
6.2.	Podpora spoločenského začlenenia mentálne chorých a postihnutých ľudí a ochrana ich základných práv a dôstojnosti	11
6.3.	Zlepšovanie informovanosti a poznania v oblasti duševného zdravia v EÚ.....	12
7.	Poradenský proces pre vytvorenie stratégie eú v oblasti duševného zdravia.....	13
7.1.	Vytvorenie dialógu s členskými štátmi o duševnom zdraví.....	13
7.2.	Založenie platformy EÚ pre duševné zdravie.....	13
7.3.	Vytvorenie styčného bodu medzi politikou a výskumom v oblasti duševného zdravia	13
8.	Nasledujúce kroky.....	14

ZELENÁ KNIHA

Zlepšovanie duševného zdravia obyvateľstva. K stratégii duševného zdravia pre Európsku úniu

1. Úvod

Duševné zdravie európskeho obyvateľstva je zdrojom na dosiahnutie niektorých zo strategických politických cieľov EÚ, medzi ktoré patria úloha vrátiť Európu späť na cestu dlhodobej prosperity, trvalé udržanie záväzkov Európy týkajúcich sa solidarity a sociálnej spravodlivosti a zavedenie hmatateľných praktických výhod do kvality života európskeho obyvateľstva¹.

Duševné zdravie obyvateľov EÚ sa však môže výrazne zlepšiť:

- duševné choroby nepriaznivo ovplyvňujú každého štvrtého občana a môžu viesť k samovraždám, ktoré sú príčinou mnohých úmrtí;
- zlé duševné zdravie spôsobuje hospodárskym, sociálnym, vzdelávacím, ako aj trestným a súdnym systémom výrazné straty a je pre ne veľkou záťažou;
- stigmatizácia, diskriminácia a nerešpektovanie ľudských práv a dôstojnosti duševne chorých a postihnutých ľudí stále existujú a sú výzvou pre základné európske hodnoty .

Túto situáciu je možné zlepšiť. Už sa začalo s viacerými iniciatívami. Je však potrebný ďalší vývoj a upevnenie súčasných opatrení. Európska ministerská konferencia Svetovej zdravotníckej organizácie (WHO) venovaná duševnému zdraviu, ktorá sa konala v januári 2005, stanovila rámec komplexných opatrení a ustanovila rozhodný politický záväzok v oblasti duševného zdravia. Vyzvala Európsku komisiu, ktorá bola spolupracujúcim partnerom konferencie, aby prispela k implementácii tohto rámca opatrení v súlade so svojimi kompetenciami a očakávaniami Rady a v spolupráci s WHO.

Táto zelená kniha je prvou reakciou na túto výzvu. Navrhuje vytvoriť stratégiu EÚ v oblasti duševného zdravia. Takto by sa zvýšila hodnota: vytvorením rámca pre výmenu a spoluprácu medzi členskými štátmi; podporou zlepšovania spojitosti opatrení v sektoroch zdravotníckej a nezdravotníckej politiky v členských štátoch a na úrovni Spoločenstva; a umožnením zapojenia širokého spektra rôznych záujmových skupín do tvorby riešení.

Účelom tejto zelenej knihy je začať diskusiu s európskymi inštitúciami, vládami, odborníkmi v oblasti zdravotníctva, záujmovými skupinami z iných sektorov, občianskou spoločnosťou, ako aj s organizáciami pacientov a výskumnou obcou o význame duševného zdravia pre EÚ, potrebe stratégie na úrovni EÚ a jej možných prioritách.

V súlade s ustanoveniami článku 152 Zmluvy o ES spadajú niektoré návrhy opatrení v oblasti duševného zdravia uvedené v tejto zelenej knihe do kompetencie Spoločenstva. Ďalšie návrhy budú výlučne v kompetencii členských štátov. Pre návrhy opatrení v iných politických oblastiach budú platiť príslušné právne predpisy.

Zámerom Komisie je do konca roku 2006 uverejniť výsledky poradenského procesu spolu, ak to bude vhodné, so svojim návrhom stratégie duševného zdravia pre EÚ.

2. DUŠEVNÉ ZDRAVIE – ROZHODUJÚCE PRE OBYVATEĽOV, SPOLOČNOSŤ A POLITIKY

Bez duševného zdravia niet skutočného zdravia. Pre *občanov* je duševné zdravie zdrojom, ktorý im umožňuje uskutočňovať svoj duševný a citový potenciál a nájsť a naplniť svoju úlohu v spoločenskom, školskom a pracovnom živote. V prípade *spoločností* dobré duševné zdravie obyvateľov prispieva k prosperite, solidarite a sociálnej spravodlivosti. Naopak, zlé duševné zdravie predstavuje pre obyvateľov a sociálny systém mnohonásobné náklady, straty a záťaž.

Duševné zdravie, zlé duševné zdravie a jeho rozhodujúce činitele:

WHO opisuje **duševné zdravie** ako: „stav telesnej a duševnej pohody, v ktorom si jednotlivec uvedomuje svoje schopnosti, dokáže zvládnuť obvyklý životný stres, môže pracovať produktívne a úspešne a dokáže byť prínosom pre svoju spoločnosť“².

Zlé duševné zdravie zahŕňa problémy s duševným zdravím a psychickou záťažou, narušené fungovanie spojené s núdzou, príznaky a diagnostikovateľné duševné choroby, ako schizofrénia a depresia.

Duševný stav ľudí je určovaný **rozmanitosťou faktorov** (príloha 1) vrátane biologických (napr. genetika, pohlavie), individuálnych (napr. osobné skúsenosti), rodinných a sociálnych (napr. podpora spoločnosti) a hospodárskych a environmentálnych (napr. spoločenské postavenie a životné podmienky).

3. SITUÁCIA – ZLÉ DUŠEVNÉ ZDRAVIE, RASTÚCI PROBLÉM PRE EÚ

Zdravotný rozmer

Odhaduje sa, že v priebehu jedného roka viac ako 27 % dospelých Európanov zažilo aspoň jednu formu duševnej choroby (pozri prílohu 2)³.

Najbežnejšími formami zlého duševného zdravia v EÚ sú úzkostné poruchy a depresia. Očakáva sa, že do roku 2020 bude depresia najvýznamnejšou príčinou chorôb v rozvinutých krajinách⁴.

V EÚ zomiera v súčasnosti každý rok asi 58 000 obyvateľov v dôsledku samovraždy (príloha 3), čo je viac ako počet úmrtí spôsobených dopravnými nehodami, vraždami alebo HIV/AIDS⁵.

Duševné a fyzické zdravie veľmi úzko súvisia. Jeden záver: Zaradenie duševného zdravia do poskytovania všeobecnej nemocničnej starostlivosti môže výrazne skrátiť dobu hospitalizácie, čím sa uvoľnia hospodárske zdroje.

Vplyv na prosperitu, solidaritu a sociálnu spravodlivosť

Dôsledky zlého duševného zdravia sú rozmanité:

Zlé duševné zdravie stojí EÚ približne 3 % - 4 % HDP, najmä v dôsledku straty produktivity⁶. Duševné choroby sú hlavnou príčinou predčasného odchodu do dôchodku a priznania invalidného dôchodku⁷.

Poruchy správania v detstve spôsobujú náklady v sociálnom, vzdelávacom, ako aj trestnom a súdnom systéme (pozri prílohu 4)⁸.

Ďalšie nehmotné náklady sú spojené s tým, ako sa spoločnosť správa k duševne chorým a postihnutým osobám. Napriek zlepšeným možnostiam liečby a pozitívnemu vývoju v psychiatrickej liečbe ľudia so zlým duševným zdravím alebo postihnutím naďalej pociťujú vylúčenie zo spoločnosti, stigmatizáciu, diskrimináciu alebo nerešpektovanie svojich základných práv a dôstojnosti.

4. FORMOVANIE ODOZIEV: POLITICKÉ INICIATÍVY V OBLASTI DUŠEVNÉHO ZDRAVIA

Stále intenzívnejšie vnímanie zlého duševného zdravia ako problému podnietilo tvorcov politiky, odborníkov v oblasti zdravotníctva a iné záujmové skupiny k hľadaniu riešení, naposledy na európskej ministerskej konferencii WHO venovanej duševnému zdraviu, ktorá sa konala v januári 2005⁹.

Existuje dohoda, že prvoradou prioritou je zabezpečiť účinnú a vysokokvalitnú starostlivosť o duševné zdravie a liečebné služby, ktoré budú k dispozícii ľuďom so zlým duševným stavom¹⁰.

Aj keď lekárske zásahy zohrávajú hlavnú úlohu pri zvládnutí náročných úloh, samotné však nemôžu vyriešiť a zmeniť sociálne činitele. V súlade so stratégiou WHO je preto potrebný jednotný prístup, ktorý zahŕňa poskytovanie liečby a starostlivosti jednotlivcom, ale aj opatrenia pre celé obyvateľstvo s cieľom podporiť duševné zdravie, zabrániť duševným chorobám a riešiť náročné úlohy spojené so stigmou a ľudskými právami. Do takéhoto prístupu by sa malo zapojiť mnoho aktívnych účastníkov, vrátane sektorov zdravotníckej a nezdravotníckej politiky a záujmových skupín, ktorých rozhodnutia majú vplyv na duševné zdravie obyvateľstva. Organizácie pacientov a občianska spoločnosť by mali zohrávať vedúcu úlohu pri tvorbe riešení.

4.1. Európske spoločenstvo, jeho mandát a činnosti v oblasti duševného zdravia

Mandát pre činnosti na úrovni Spoločenstva v oblasti duševného zdravia je vymedzený v článku 152 Zmluvy o ES. Stanovuje, že „pri vymedzení a implementácii všetkých politík a činností Spoločenstva je zabezpečená vysoká úroveň ochrany ľudského zdravia“¹¹. Činnosti Spoločenstva dopĺňajú vnútroštátne politiky zlepšovania zdravia, prevencie chorôb a ochorení, informovanosti a vzdelávania zdravotníckej oblasti, ako aj znižovania poškodení spôsobených drogami a podporujú spoluprácu medzi členskými štátmi v týchto oblastiach. Za organizáciu zdravotníckych služieb a starostlivosti sú výlučne zodpovedné členské štáty. Pre ostatné politiky Spoločenstva platia príslušné právne predpisy.

Na základe týchto kompetencií je duševné zdravie pre Európske spoločenstvo hlavným bodom, a to prostredníctvom:

- prispenia, že dobré duševné zdravie obyvateľstva môže pomôcť naplniť niektoré strategické politické ciele EÚ;
- úlohy Spoločenstva povzbudzovať a podporovať spoluprácu medzi členskými štátmi a riešiť nerovnosti medzi nimi; a
- povinnosti Spoločenstva prispievať k vysokej úrovni ochrany ľudského zdravia prostredníctvom všetkých svojich politík a činností.

V posledných rokoch sa v rôznych politikách Spoločenstva vypracovalo niekoľko osobitných iniciatív:

- **Zdravotná politika** Spoločenstva sa od roku 1997 zaoberá duševným zdravím prostredníctvom osobitných projektov a politických iniciatív¹² (príloha 5). *Program verejného zdravia EÚ na obdobie rokov 2003-2008*¹³ zabezpečuje právny základ pre opatrenia. Ďalšie súvisiace priority sa týkajú zneužívania drog a škôd, ktoré spôsobuje alkohol.
- Iniciatívy v rámci **sociálnej politiky a politiky zamestnanosti** Spoločenstva sa zamerali na nediskrimináciu ľudí so zlým duševným zdravím, sociálne začlenenie ľudí s duševnými chorobami a prevenciu pred stresom na pracovisku, vrátane:
 - prijatia smernice 2000/78/ES, v ktorej sa okrem iného zakazuje v oblasti zamestnávania diskriminácia na základe postihnutia¹⁴,
 - činností v rámci Európskeho roku ľudí s postihnutím v roku 2003, a
 - prijatia európskej rámcovej dohody o strese v práci medzi sociálnymi partnermi v roku 2004.
- **Rámcové programy** Spoločenstva v oblasti **výskumu** boli a sú významným zdrojom financovania európskeho výskumu v oblasti duševného zdravia¹⁵. Príkladom takéhoto projektu je MHEDEA-2000, v rámci ktorého sa uskutočnilo európske hodnotenie duševnej nespôsobilosti.¹⁶
- **Informačná spoločnosť a mediálna politika** podporili vytvorenie nástrojov informačnej a komunikačnej technológie (IKT), ktoré sa používajú na prevenciu, diagnostiku a starostlivosť¹⁷.
- **Regionálna politika** podporuje investície do infraštruktúry v sektore zdravotníctva, čo prospieva štrukturálnemu prispôbeniu regiónu.
- **Vzdelávacia politika** sa zaoberá duševným zdravím, ako súčasťou svojej politickej práce (napr. rozhodujúce kompetencie pre vedomostnú spoločnosť) a prostredníctvom projektov.
- Ako súčasť politiky Spoločenstva v oblasti **slobody, spravodlivosti a bezpečnosti** bojuje program DAPHNE II proti násiliu voči deťom, mladým ľuďom a ženám¹⁸. Takéto násilie môže spôsobiť problémy s duševným zdravím.

Jednotná stratégia v oblasti duševného zdravia, ktorá by spojila všetky tieto činnosti, však na úrovni Spoločenstva ešte neexistuje. Takáto stratégia by posilnila spojitosť a účinnosť súčasných a budúcich iniciatív.

4.2. Duševné zdravie v členských štátoch

Medzi členskými štátmi (a aj v rámci nich) existujú výrazné rozdiely. Jedným z príkladov je pomer samovrážd, ktorý sa pohybuje od 3,6 prípadov na 100 000 obyvateľov v Grécku po 44 prípadov na 100 000 obyvateľov v Litve, čo je najvyšší pomer na svete¹⁹. Medzi členskými štátmi sú aj výrazné rozdiely pokiaľ ide o časť rozpočtu určeného na zdravotníctvo, ktorá je venovaná duševnému zdraviu (pozri prílohu 6).

Správa za rok 2004 „Stav duševného zdravia v Európskej únii“²⁰ zistila, že duševné zdravie nie je v členských štátoch rovnaké, odráža skôr rôznorodosť medzi krajinami, ich pomermi, tradíciami a kultúrami.

Štúdie z krajín zhromaždené v publikácii vydanéj v roku 2005 „Podpora duševného zdravia a prevencia pred duševnými poruchami v členských štátoch Európskej únie: prehľad“²¹ uvádzajú výzvy, politiky a štruktúry v členských štátoch.

Vzhľadom na rozdiely medzi členskými štátmi nie je možné urobiť jednoduché závery, ani navrhnúť jednotné riešenia. Existuje však oblasť pre výmenu a spoluprácu medzi členskými štátmi a príležitosť učiť sa jeden od druhého.

Množstvo politických dokumentov, ktoré od roku 1999 prijala Rada ministrov²², signalizovalo želanie členských štátov využívať úroveň EÚ na spoluprácu v oblasti duševného zdravia. Závery Rady prijaté v júni 2005 podporili tento odkaz vyzvaním členských štátov, aby venovali primeranú pozornosť implementácii výsledkov európskej ministerskej konferencie WHO o duševnom zdraví. Komisia bola vyzvaná, aby na základe svojich kompetencií podporila túto implementáciu.

5. POTREBA STRATÉGIE EÚ V OBLASTI DUŠEVNÉHO ZDRAVIA

Vytvorenie stratégie v oblasti duševného zdravia na úrovni EÚ by zvýšilo hodnotu:

- (1) vytvorením rámca pre výmenu a spoluprácu medzi členskými štátmi;
- (2) podporou zvýšenia spojitosti činností v rôznych politických sektoroch;
- (3) vytvorením platformy pre zapojenie záujmových skupín, vrátane organizácií pacientov a občianskej spoločnosti, do tvorby riešení.

Konzultácie, by mali určiť, akým spôsobom prispievajú politiky a finančné nástroje Spoločenstva, ako napríklad rámcové programy výskumu, k zlepšeniu duševného zdravia obyvateľstva. Členským štátom sa odporúča zhodnotiť spolu s regiónmi a Komisiou, ako by bolo možné lepšie využiť štrukturálne fondy na zlepšenie zariadení dlhodobej starostlivosti a infraštruktúru zdravotníctva v oblasti duševného zdravia. Horizontálnym príspevkom Komisie by mohlo byť zhromaždenie informácií a vedomostí o stave duševného zdravia v EÚ, o určujúcich činiteľoch a možnostiach zvládnutia zlého duševného zdravia.

Na vypracovanie stratégie by sa mala využiť stratégia WHO pre európsky región, výsledky činností programov EÚ, ako aj dôkazy, ktoré sú k dispozícii v členských štátoch.

Komisia navrhuje, aby sa stratégia EÚ zamerala na tieto stránky:

- (1) podpora duševného zdravia všetkých;
- (2) riešenie zlého duševného zdravia prostredníctvom preventívnych opatrení;
- (3) zlepšenie kvality života ľudí so zlým duševným zdravím alebo postihnutím prostredníctvom spoločenského začlenenia a ochrany ich práv a dôstojnosti; a
- (4) vytvorenie informačného, výskumného a vedomostného systému EÚ pre duševné zdravie.

6. HĽADANIE RIEŠENÍ – MOŽNOSTI PRE OPATRENIA

Je potrebné premeniť existujúce politické záväzky na opatrenia. Projekty v rámci programov EÚ v oblasti verejného zdravia ukázali, že opatrenia sú možné a môžu byť úspešné a nákladovo efektívne. Ďalšie projekty prispeli k zlepšenej vedomostnej a informačnej základni o duševnom zdraví v EÚ.

Sieť „Uskutočnenie opatrení v oblasti podpory duševného zdravia (IMPHA)“²³ vytvorila internetovú databázu, ktorá opisuje existujúce programy, prehľad dôkazov v prevencii a podpore a akčný plán „Podpora duševného zdravia a prevencia pred duševnými chorobami. Politika pre Európu“²⁴.

6.1. Podpora duševného zdravia a riešenie zlého duševného zdravia prostredníctvom preventívnych opatrení

Podpora duševného zdravia a prevencia pred zlým duševným zdravím sa týkajú individuálnych, rodinných, komunitných a sociálnych činiteľov duševného zdravia posilňovaním ochranných faktorov (napr. odolnosť) a znížením rizikových faktorov²⁵ (príloha 7). Školy a pracoviská, kde ľudia trávia veľkú časť svojho času, sú rozhodujúcimi miestami realizácie opatrení.

6.1.1. Podpora duševného zdravia obyvateľstva

Budovanie duševného zdravia malých detí, detí a mladistvých

Keďže duševné zdravie sa v silnej miere formuje v prvých rokoch života, podpora duševného zdravia detí a mladistvých je investíciou do budúcnosti. Vývoj dieťaťa sa môže zlepšiť vďaka zavedeniu výučby rodičovských schopností v školách. Prístup holistickej školy môže zvýšiť sociálne schopnosti, zlepšiť pružnosť a znížiť šikanovanie, úzkostné a depresívne príznaky.

Niektoré úspešné opatrenia zistené v rámci projektov EÚ²⁶:

Kojenci a deti: zaoberať sa popôrodnou depresiou matiek; zlepšiť rodičovské schopnosti; návštevy zdravotných sestier v domácnostiach s cieľom pomôcť budúcim a novým rodičom; zásahy zdravotných sestier v škole.

Mladiství a mladí ľudia: priaznivé školské prostredie a mravný základ; zdrojové balíčky o duševnom zdraví pre študentov, rodičov a učiteľov.

Podpora duševného zdravia pracujúceho obyvateľstva

Keďže dobré duševné zdravie zvyšuje pracovnú kapacitu a produktivitu, zlé pracovné podmienky, vrátane zastrašovania kolegami vedú k zlému duševnému zdraviu a zvýšeným nákladom. Až 28 % zamestnancov v Európe uvádza stres v práci²⁷. Zásahy zlepšujúce individuálnu kapacitu a znižujúce príčiny stresov v pracovnom prostredí posilňujú zdravotný a hospodársky vývoj.

Niektoré úspešné opatrenia zistené v rámci projektov EÚ²⁸:

Pracovisko s aktívnou účasťou všetkých zamestnancov a kultúra riadenia; identifikácia zlého duševného zdravia zamestnancov; pracovné opatrenia v súlade s potrebami pracovníkov (napr. pružný pracovný čas).

Podpora duševného zdravia starších ľudí

Starnúce obyvateľstvo EÚ a s tým spojené dôsledky súvisiace s duševným zdravím si vyžadujú účinné opatrenia. Staroba prináša so sebou mnoho stresorov, ktoré môžu zhoršovať duševný stav, ako je klesajúca funkčná kapacita a sociálna izolácia. Depresia a neuro-psychiatrické choroby spojené s vysokým vekom, ako demencia, zvyšujú bremeno, ktoré predstavujú duševné choroby. Ukázalo sa, že podporné zásahy zlepšujú duševnú pohodu staršieho obyvateľstva.

Niektoré úspešné opatrenia zistené v rámci projektov EÚ²⁹:

Siete sociálnej podpory; podpora fyzickej aktivity a účasť na programoch spoločnosti a na dobrovoľníckych programoch.

Zameranie na citlivé skupiny v spoločnosti

Nízke spoločenské a ekonomické postavenie zvyšuje citlivosť na zlé duševné zdravie. Strata zamestnania a nezamestnanosť môžu znížiť sebaúctu a viesť k depresii. Prist'ahovalci a iné skupiny odsunuté na okraj spoločnosti sú viac ohrozené duševnými chorobami. Zásahy zamerané na návrat nezamestnaných na pracovný trh môžu byť nákladovo efektívne. Podpora citlivých skupín môže zlepšiť duševné zdravie, posilniť sociálnu súdržnosť a zabrániť sociálnym a hospodárskym bremenám, ktoré sú s tým spojené.

Niektoré úspešné opatrenia zistené v rámci projektov EÚ³⁰:

Poradenstvo pre ohrozené skupiny; podpora vstupu na pracovný trh; podporované zamestnávanie duševne chorých a postihnutých ľudí.

Možná iniciatíva na úrovni Spoločenstva:

Návrhy vypracované v rámci poradenského procesu v reakcii na túto zelenú knihu by sa mohli zaradiť do návrhu Komisie na **odporúčanie Rady o podpore duševného zdravia**³¹.

6.1.2. Riešenie zlého duševného zdravia prostredníctvom preventívnych opatrení

Prevenencia pred depresiou

Depresia je jedným z najväznejších zdravotných problémov v EÚ.

Správa odborníkov Komisie za rok 2004 s názvom „Opatrenia proti depresii“ analyzuje depresiou a jej dôsledky na verejné zdravie, ako aj sociálne a hospodárske systémy, a predkladá možné opatrenia³².

Prístupy školy, vrátane životných skúseností a prevencie pred šikanovaním, prístupy na pracovisku na zníženie stresu a fyzická aktivita v skupinách starších obyvateľov môžu znížiť depresívne prejavy. Zlepšenie vedomostí verejnosti o depresii môže podporiť vyhľadanie pomoci a znížiť stigma a diskrimináciu.

Niektoré úspešné opatrenia:

Opatrenia v oblasti poznávania správania; psychologická podpora ohrozených ľudí; odborná príprava zdravotníckych odborníkov v oblasti prevencie, rozoznávania a liečby depresie.

Znižovanie chorôb spôsobených nadmerným užívaním látok

Alkohol, drogy a iné psychoaktívne látky sú často rizikovým faktorom alebo dôsledkom duševných problémov. Problematika drog a alkoholu bola stanovená za prioritu zdravotnej politiky na úrovni Spoločenstva:

- Drogy

V roku 2004 Rada prijala stratégiu EÚ v oblasti drog na obdobie rokov 2005 - 2012³³. V roku 2005 Rada prijala akčný plán zameraný na drogy na obdobie rokov 2005 - 2008³⁴. Do konca roku 2006 Komisia plánuje pripraviť správu o implementácii odporúčania Rady v členských štátoch³⁵.

- Alkohol

V roku 2001 Rada prijala odporúčanie o pití alkoholu mladými ľuďmi. Komisia hodnotí implementáciu odporúčania a pripravuje jednotnú stratégiu Spoločenstva na zníženie škôd spojených s alkoholom.

Prevenencia pred samovraždami

Členské štáty pripravujú stratégie prevencie pred samovraždami. Dôkazy podporujúce prevenciu pred samovraždami: obmedzenie prístupu k metódam spáchania samovraždy, odborná príprava poskytovateľov zdravotníckej starostlivosti a spolupráca medzi sekundárnou starostlivosťou a následnou starostlivosťou po pokuse o samovraždu.

Úspešné opatrenia:

Európska aliancia proti depresii (EAAD) sa zameriava na zníženie depresívneho a samovražedného správania vytvorením regionálnych informačných sietí medzi zdravotníckym sektorom, pacientmi a ich príbuznými, komunitnými pracovníkmi a širokou verejnosťou. Pilotný projekt poukázal na 25-percentný pokles počtu samovrážd a pokusov o samovraždu, najmä medzi mladými ľuďmi³⁶.

Možná iniciatíva na úrovni Spoločenstva:

Návrhy vypracované počas poradenského procesu v reakcii na túto zelenú knihu by sa mohli zaradiť do návrhu Komisie na **odporúčanie Rady o znížení depresívneho a samovražedného správania.**

6.2. Podpora spoločenského začlenenia mentálne chorých a postihnutých ľudí a ochrana ich základných práv a dôstojnosti

Ľudia so zlým duševným zdravím alebo postihnutím narážajú na strach a predsudky ostatných ľudí, čo sa často zakladá na mylnej predstave o zlom duševnom zdraví. Stigma zvyšuje osobné utrpenie, spoločenské vylúčenie a môže byť prekážkou prístupu k bývaniu a zamestnanosti. Môže dokonca brániť ľuďom, aby vyhľadali pomoc, lebo sa boja, že budú označení nálepkou. V článku 13 Zmluvy o ES sa ustanovuje právny základ pre opatrenia na úrovni Spoločenstva zamerané na boj proti diskriminácii, ktorá je okrem iného založená na postihnutí. Je tiež potrebné zmeniť postoj verejnosti, štátnych orgánov a vlád: zlepšenie informovanosti verejnosti o zlom duševnom zdraví a o možnostiach liečby a podpora zapojenia mentálne chorých a postihnutých ľudí do pracovného života môže prispieť k lepšiemu prijatiu týchto ľudí spoločnosťou a k porozumeniu zo strany spoločnosti.

Zmena modelov

Odinštitucionalizovanie služieb v oblasti duševného zdravia a zriadenie služieb primárnej starostlivosti, komunitných centier a všeobecných nemocníc v súlade s potrebami pacientov a ich rodín môže podporiť začlenenie do spoločnosti. Veľké psychiatrické nemocnice alebo útulky môžu ľahko prispieť ku stigme. V rámci reforiem psychiatrických služieb mnoho krajín prechádza pri poskytovaní služieb duševne chorým od veľkých psychiatrických inštitúcií (tieto inštitúcie majú v niektorých nových členských štátoch veľký podiel na infraštruktúre služieb poskytovaných duševne chorým) ku službám, ktoré zabezpečuje komunita. Takýto postup ide ruka v ruku s informovaním pacientov a ich rodín, ako aj zamestnancov o stratégiách aktívnej účasti a podpory³⁷.

Štúdia pripravená pre Komisiu s názvom „Začlenený do spoločnosti“³⁸ potvrdila, že nahradenie inštitúcií alternatívami, ktoré sú založené na komunite, obvykle dáva príležitosť na lepšiu kvalitu života postihnutých ľudí. Nová štúdia bude analyzovať a uvádzať, ako by sa súčasné finančné zdroje mohli najlepšie použiť na uspokojenie potrieb ľudí s postihnutím, a poskytne dôkazy o nákladoch na odinštitucionalizovanie³⁹.

Významné činnosti iných medzinárodných organizácií:

V rámci siete nemocníc WHO, ktoré podporujú zdravie, pracovná skupina pre psychiatrické služby podporujúce zdravie⁴⁰ stanovila modely správnych postupov v oblasti podpory duševného zdravia v psychiatrii.

V roku 2006 Rada Európy začne pracovať na vytvorení „európskeho referenčného nástroja pre etiku a ľudské práva v oblasti duševného zdravia“.

Niektorí pacienti vyhľadajú nemocničnú psychiatrickú starostlivosť dobrovoľne. *Nariadené* umiestnenie pacientov v psychiatrických ústavoch a nedobrovoľná liečba majú výrazne nepriaznivý vplyv na ich práva. Takýto typ starostlivosti by sa mal uplatňovať iba ako posledná možnosť, keď zlyhali menej obmedzujúce možnosti.

Projekt „Nariadené prijatie do liečebne a nedobrovoľná liečba mentálne chorých pacientov – právne predpisy a prax v členských štátoch EÚ“⁴¹ ukázal, že právne predpisy v krajinách EÚ sa výrazne líšia. Aktuálnu situáciu určujú aj kultúrne tradície a postoje a štruktúra a kvalita systémov starostlivosti o duševne chorých. Počet nariadených prijatí do liečebne sa medzi členskými štátmi výrazne líši.

Náročné úlohy v oblasti duševného zdravia a dôstojnosti osôb sa môžu týkať aj iných pobytových zariadení, ako domy opatrovateľskej starostlivosti o starších ľudí a deti alebo väznice.

Možné iniciatívy na úrovni Spoločenstva:

- Návrhy vypracované počas poradenského procesu by mohli určiť **najlepšie postupy na podporu spoločenského začlenenia a ochranu práv ľudí s duševnými chorobami a postihnutím.**
- Problematika ľudí so zlým duševným zdravím alebo postihnutím a situácia v psychiatrických ústavoch by sa mohli zaradiť do činností **Agentúry pre základné práva EÚ**, ktorá začne pôsobiť od 1. januára 2007⁴².

6.3. Zlepšovanie informovanosti a poznania v oblasti duševného zdravia v EÚ

Duševné zdravie je len malej miere zahrnuté do súčasných monitorovacích systémov. Úsilie by sa malo zamerať najmä na zosúladenie existujúcich vnútroštátnych a medzinárodných ukazovateľov duševného zdravia a postihnutia obyvateľstva s cieľom vytvoriť v EÚ porovnateľný súbor údajov. Je potrebných viac údajov o sociálnych, demografických a hospodárskych činiteľoch duševného zdravia, ako aj podpornej a preventívnej infraštruktúre, činnostiach a zdrojoch.

Malo by sa určiť, akým spôsobom je možné využívať nástroje Spoločenstva, ako siedmy rámcový program pre výskum⁴³, s cieľom vytvoriť výskumné kapacity a podporiť výskum duševného zdravia v EÚ. Lepšie vedomosti o význame duševného zdravia a dôsledkoch zlého duševného zdravia na zdravie, kvalitu života, hospodársku a sociálnu prosperitu, spoločenské začlenenie a základné práva a na služby v oblasti duševného zdravia (napr. spravodlivosť, prístup) by umožnili zlepšiť súčasnú situáciu.

Možná iniciatíva na úrovni Spoločenstva:

Vytvorenie **styčného bodu medzi politikou a výskumom**, ktorý by spájajal orgány Spoločenstva a vnútroštátne orgány, akademické inštitúcie a záujmové skupiny. Jeho úlohou by mohlo byť poskytovanie poradenstva EÚ v oblasti príslušných ukazovateľov duševného zdravia, sledovanie duševného zdravia a navrhovanie priorít pre výskumné činnosti na úrovni EÚ.

7. PORADENSKÝ PROCES PRE VYTVORENIE STRATÉGIE EÚ V OBLASTI DUŠEVNÉHO ZDRAVIA

Význam duševného zdravia, ktoré zasahuje do mnohých oblastí života, opodstatňuje potrebu vytvorenia stratégie EÚ v oblasti duševného zdravia, ktorá bude založená na rozsiahlom a komplexnom poradenskom procese.

Predpokladajú sa tieto činnosti:

7.1. Vytvorenie dialógu s členskými štátmi o duševnom zdraví

Toto fórum umožní výmenu a spoluprácu medzi členskými štátmi. Jedným z cieľov je určiť priority a prvky akčného plánu v oblasti duševného zdravia, čo bude viesť k súboru hlavných činností v zdravotníckej a nezdravotníckej politike spolu s cieľmi, referenčnými údajmi, časovými plánmi a mechanizmom na monitorovanie implementácie. Akčný plán WHO pre Európu v oblasti duševného zdravia by mohol slúžiť ako model, spolu s akčným plánom „Podpora duševného zdravia a prevencia pred duševnými chorobami: Politika pre Európu“, ktorý bol vypracovaný v rámci programu verejného zdravia EÚ⁴⁴. V rámci dialógu by sa mala zväziť aj potreba dvoch navrhovaných odporúčaní Rady, ktoré sa týkajú a) podpory duševného zdravia a b) zníženia depresívneho a samovražedného správania.

7.2. Založenie platformy EÚ pre duševné zdravie

Platforma EÚ pre duševné zdravie by mala podporovať spoluprácu medzi sektormi a ich spoločný postoj k problematike o duševného zdravia prostredníctvom zapojenia rôznych účastníkov, ako sú tvorcovia politiky, odborníci a záujmové skupiny zo zdravotníckych a nezdravotníckych sektorov a zástupcovia občianskej spoločnosti. Platforma by mala analyzovať rozhodujúce stránky duševného zdravia, určiť stav na základe dôkazov, vypracovať odporúčania na opatrenia, aj na úrovni Spoločenstva, a určiť najlepšie postupy na podporu spoločenského začlenenia ľudí so zlým duševným zdravím a postihnutím a na ochranu ich základných práv a dôstojnosti, z ktorých všetky možno zaradiť do dialógu s členskými štátmi.

7.3. Vytvorenie styčného bodu medzi politikou a výskumom v oblasti duševného zdravia

Táto tretia skupina spája príslušné záujmové skupiny s cieľom stimulovať dialóg o vytvorení systému ukazovateľov, ktorý by zahŕňal informácie o duševnom zdraví a jeho rozhodujúcich činiteľoch, hodnotenie vplyvu a dôkazy z praxe. Preskúmala by najúčinnnejšie spôsoby určovania priorít výskumu a zabezpečila by lepší styčný bod medzi dátovými systémami, výskumnými vedomosťami a tvorbou politiky. Jej odporúčania by mohli byť zaradené do akčného plánu.

8. NASLEDUJÚCE KROKY

Existuje všeobecne rozšírená dohoda, že ľudská, spoločenská a hospodárska dimenzia duševného zdravia potrebuje širšie uznanie zo strany tvorcov politiky, ako aj lepšiu informovanosť verejnosti. Dôležité iniciatívy sa podnikajú na úrovni členských štátov, EÚ a WHO.

Komisia vyzýva všetkých zúčastnených občanov, strany, organizácie a inštitúcie EÚ, aby podporili prípravu možných stratégií EÚ a akčného plánu v oblasti duševného zdravia tým, že predložia svoje pripomienky k tejto zelenej knihe.

Komisia sa zaujíma najmä o názory na tieto otázky:

- (1) Aký význam má duševné zdravie obyvateľstva pre strategické politické ciele EÚ, ktoré sú uvedené v časti 1?
- (2) Prinieslo by vypracovanie jednotnej stratégie EÚ v oblasti duševného zdravia pridanú hodnotu súčasným a plánovaným činnostiam a navrhuje časť 5 primerané priority?
- (3) Sú iniciatívy navrhované v častiach 6 a 7 vhodné na podporu koordinácie medzi členskými štátmi, na podporu začlenenia duševného zdravia do zdravotníckych a nezdravotníckych politík a do činností záujmových skupín a na vytvorenie lepšieho spojenia výskumu a politiky v oblasti duševného zdravia?

Príspevky v zmysle tohto poradenského procesu je potrebné zaslať Komisii do **31. mája 2006** emailom na adresu „mental-health@cec.eu.int“ alebo poštou na túto adresu:

European Commission

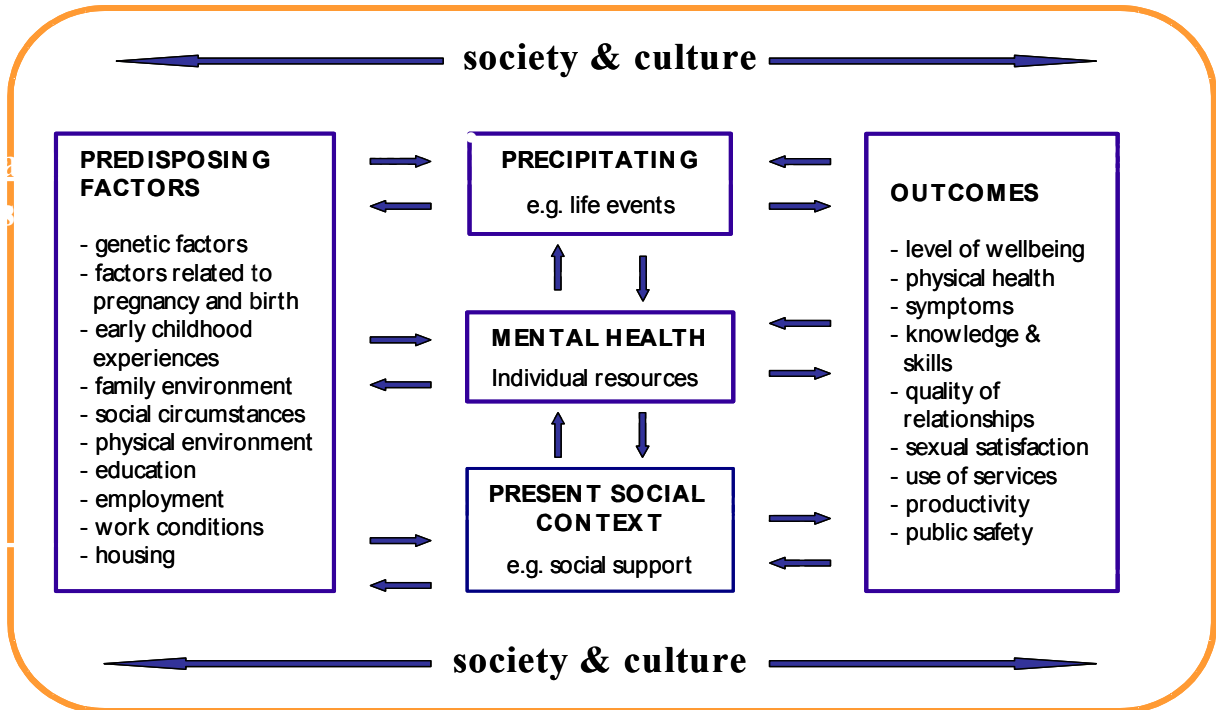
Directorate-general for Health and Consumer Protection

Unit C/2 “Health Information”

L-2920 Luxembourg

Táto zelená kniha a obdržané príspevky budú uverejnené na internetovej stránke Komisie⁴⁵, pokiaľ nebude jednoznačne vyjadrená požiadavka na ich neuverejnenie. Komisia chce koncom roku 2006 prezentovať svoju analýzu zaslaných odpovedí spolu, ak to bude vhodné, so svojim návrhom stratégie a/alebo iniciatívami pre stratégiu EÚ v oblasti duševného zdravia.

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

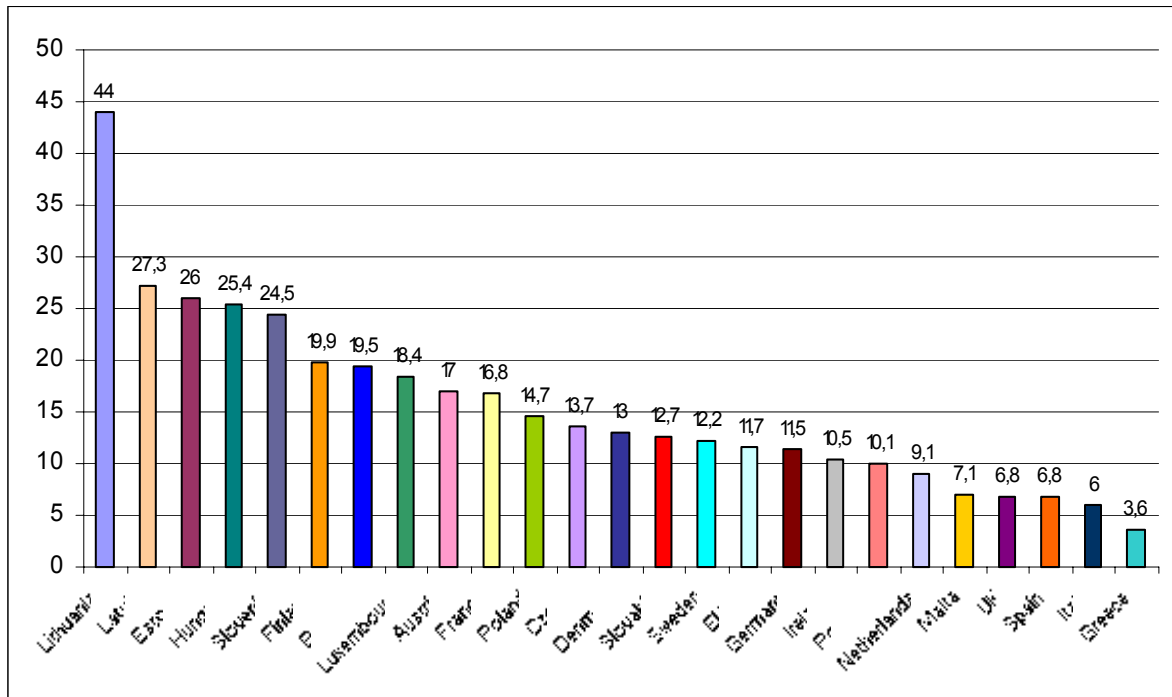
Estimated number of subjects in the general EU population (age 18–65) affected by mental disorders within past 12 months⁴⁶

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:

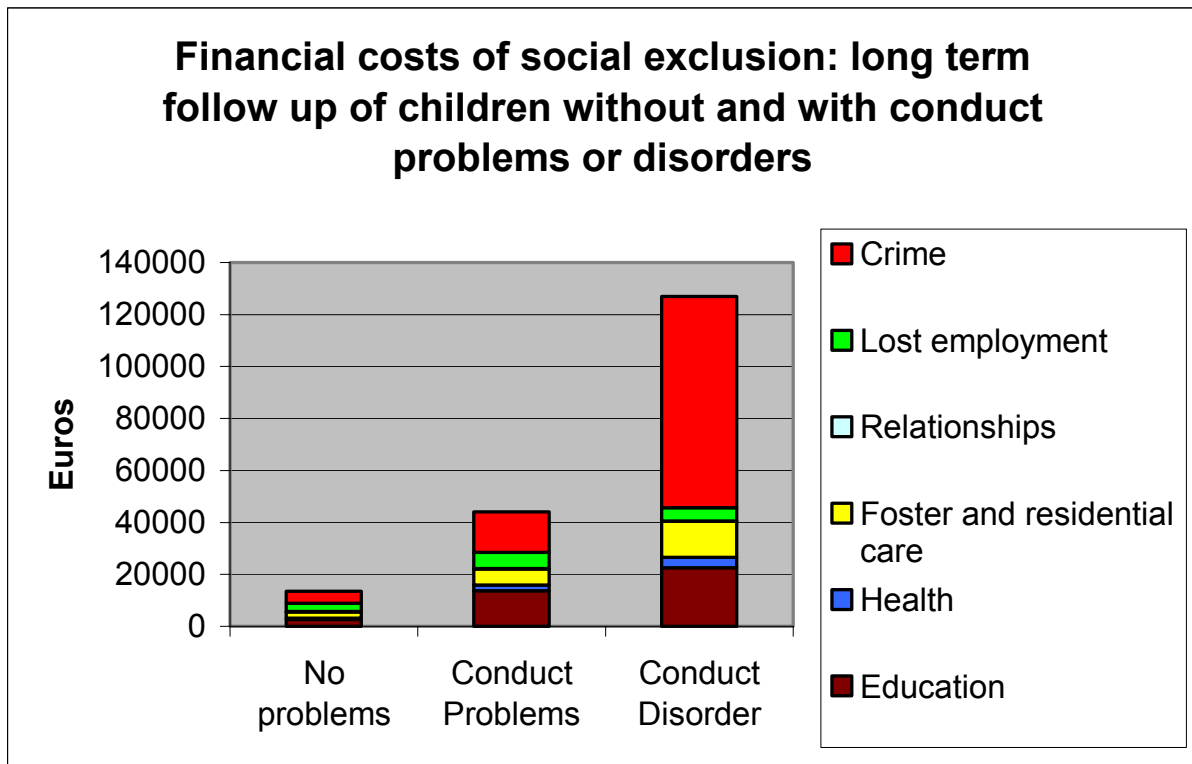
Hans-Ulrich Wittchen, Frank Jacobi (2005). Size and burden of mental disorders in Europe: a critical review and appraisal of 27 studies. *European Neuropsychopharmacology*, Volume 15, Number 4, pp. 357-376. 12-months values rounded by Commission. Percentage values based on Commission's own calculations.

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:

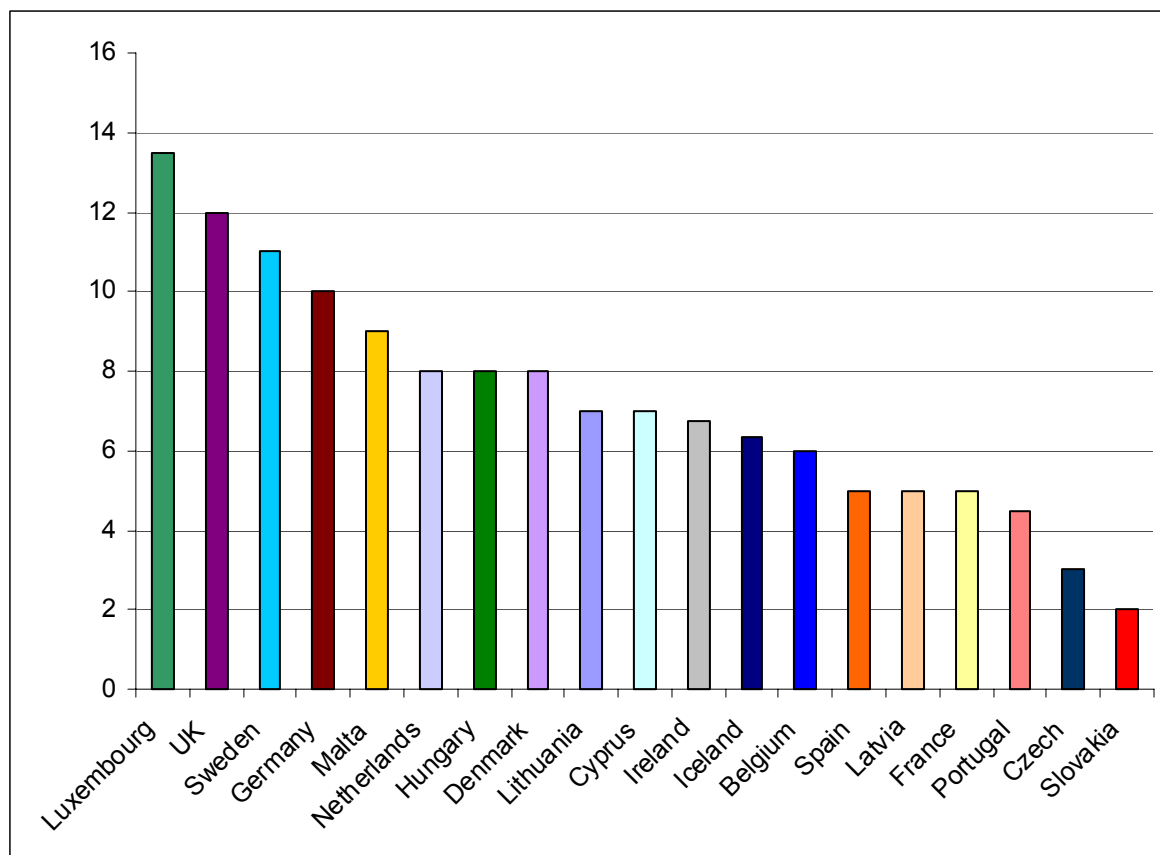
Scott, S.; Knapp, M.; Henderson, J.; Maughan, B.: Financial cost of social exclusion. Follow-up study of anti-social children into adulthood, British Medical Journal (BMJ), 323, 191-196. Costs converted into Euro-values by David McDaid, Mental Health Economics European Network.

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 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
- 6 Estimation by ILO. http://agency.osha.eu.int/publications/newsletter/8/en/index_23.htm
- 7 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). OJ No 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, OJ 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, O.J. 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, O.J. L232/1 of 29.08.2002; O.J. L294/1 of 29.10.02.
- 16 Mental health disability : a european assessment in the year 2000, MHEDEA-2000, RTD Project QLGS-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 C 218, 31/07/2000 P. 0008- 0009
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 (200-2001),
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 19) 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 27/06/2005, 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.