



EUROOPA ÜHENDUSTE KOMISJON

Brüssel 14.10.2005
KOM(2005) 484 lõplik

ROHELINE RAAMAT

**Elanikkonna vaimse tervise parandamine
Euroopa Liidu vaimse tervise strateegia väljatöötamine**

SISUKORD

1.	Sissejuhatus	3
2.	Vaimne tervis – keskne küsimus kodanike, ühiskonna ja poliitika jaoks	4
3.	Olukord – halb vaimne tervis on ELis üha suurem probleem.....	4
4.	Meetmete kavandamine: poliitilised algatused vaimse tervise valdkonnas.....	5
4.1.	Euroopa Ühendus, selle volitused ja tegevus vaimse tervise valdkonnas.....	5
4.2.	Vaimne tervis liikmesriikides	6
5.	Vajadus ELi vaimse tervise strateegia järele	7
6.	Lahenduste otsimine – võimalikud meetmed.....	8
6.1.	Vaimse tervise edendamine ning vaimsete häirete ennetamine.....	8
6.1.1.	Elanikkonna vaimse tervise edendamine	8
6.1.2.	Vaimsete häirete ennetamine	9
6.2.	Vaimsete häirete või puuetega inimeste sotsiaalse hõlvamise edendamine ning nende põhiõiguste ja väärkuse kaitsmine	10
6.3.	Vaimset tervist puudutava teabe ja teadmuse täiendamine ELis	12
7.	ELi vaimse tervise strateegia väljatöötamise alane nõuandetegevus.....	12
7.1.	Vaimse tervise alase dialoogi algatamine liikmesriikidega	12
7.2.	ELi vaimse tervise platvormi koostamise algatamine.....	12
7.3.	Vaimse tervise alase poliitika ja asjaomaste teadusuuringute sidumine	13
8.	Järgmised sammud	13

ROHELINE RAAMAT

Elanikkonna vaimse tervise parandamine Euroopa Liidu vaimse tervise strateegia väljatöötamine

1. SISSEJUHATUS

Euroopa Liidu mitme strateegilise tähtsusega eesmärgi saavutamise eeldus, nagu eesmärk tuua Euroopa tagasi pikaajalise heaolu teele, toetada Euroopa panust solidaarsusesse ja sotsiaalsesse õiglusesse ning tõsta realselt Euroopa kodanike elukvaliteeti, on Euroopa rahvastiku vaimne tervis.¹

ELi rahvastiku vaimset tervist saab oluliselt parandada:

- vaimsed häired mõjutavad iga neljandat kodanikku ja võivad viia enesetapuni, mis on liiga paljude surmajuhtumite põhjuseks;
- vaimsed häired põhjustavad majandus-, sotsiaal- ja haridussüsteemile ning kriminaalkohtusüsteemile olulist kahju ning koormavad neid;
- vaimsete häirete ja puudega inimeste häbistamine, diskrimineerimine ja nende inimõiguste ja väärikuse mitteaustamine ei ole kuhugi kadunud ning seepaneb Euroopa põhiväärtused proovile.

Olukorda on võimalik parandada. Juba on tehtud mitmeid algatusi. Olemasolevaid meetmeid tuleb arendada ja koondada. 2005. a jaanuaris toimunud vaimset tervist käsitleval Maailma Tervishoiuorganisatsiooni Euroopa ministrite konverentsil loodi üldine tegevusraamistik ja suurendati poliitilist panust vaimse tervise edendamisse. Seal kutsuti Euroopa Komisjoni, kes oli konverentsi koostööpartner, vastavalt oma pädevusele ja nõukogu ootustele koostöös Maailma Tervishoiuorganisatsiooniga andma oma panust selle tegevusraamistiku rakendamisse.

Roheline raamat on esimene samm sellel teel. See on ettepanek töötada välja ELi vaimse tervise strateegia. Nimetatud strateegia lisaks tegevusraamistiku rakendamisele väärtust, olles liikmesriikide vahelise teabevahetuse ja koostöö raamistik, aidates suurendada tervishoiupoliitika ja teiste poliitikavaldkondade ühtsust liikmesriikides ja ühenduse tasandil ning võimaldades suure hulga asjaomaste sidusrühmade osalemist lahenduste otsimises.

Käesoleva rohelise raamatu eesmärk on algatada Euroopa institutsioonide, valitsuste, tervishoiutöötajate, teiste sektorite sidusrühmade, kodanikuühiskonna, sh patsientide liitude ja teadlaste ringkonnaga arutelu vaimse tervise tähtsusest ELis, strateegia vajadusest ELi tasandil ja selle võimalikest prioriteetidest.

Vastavalt Euroopa Ühenduse asutamislepingu artiklis 152 sätestatule kuuluvad mõned käesolevas rohelises raamatus rahvatervise valdkonna kohta tehtud ettepanekud ühenduse pädevusse. Edasised ettepanekud on liikmesriikide ainupädevuses. Ühenduse poliitika teiste valdkondade meetmete võtmise ettepanekute suhtes kohaldatakse asjakohast õiguslikku alust.

Komisjon kavatseb 2006. a lõpuks koos oma ELi vaimse tervise strateegia ettepanekuga vajaduse korral avalikustada ka nõuandetegevuse tulemused.

2. VAIMNE TERVIS – KESKNE KÜSIMUS KODANIKE, ÜHISKONNA JA POLIITIKA JAOKS

Ei ole tervist ilma vaimse terviseta. *Inimeste* jaoks on vaimne tervis vahend, mis võimaldab neil realiseerida oma intellektuaalset ja emotsionaalset potentsiaali ning leida ja täita oma rolli ühiskondlikus, kooli- ja tööelus. *Ühiskonna* seisukohast aitab kodanike hea vaimne tervis kaasa jõukuse, solidaarsuse ning ühiskondliku õigluse kasvule. Seevastu mitmekordistab halb vaimne tervis kodanike ja sotsiaalsüsteemide kulusid, kahjusid ning koormust.

Vaimne tervis, halb vaimne tervis ja neid määravad tegurid:

Maailma Tervishoiuorganisatsioon kirjeldab **vaimset tervist** kui: “heaoluseisundit, kus inimene realiseerib oma võimeid, saab hakkama igapäevase elu pingetega, suudab töötada tootlikult ja tulemusrikkalt ning on võimeline andma oma panuse ühiskonna heaks”².

Halb vaimne tervis tähendab vaimse tervise probleeme ja pingeid, ängiga seotud tegutsemishäireid ja diagnoositavaid vaimseid häireid, nagu skisofreenia ja depressioon.

Inimese vaimset seisundit määravad **mitmed faktorid** (1. lisa), sealhulgas bioloogilised (nt geneetilised, soolised), individuaalsed (nt isiklikud kogemused), perekondlikud ja ühiskondlikud (nt ühiskondlik toetus) ning majanduslikud ja keskkonnategurid (nt ühiskondlik seisund ja elutingimused).

3. OLUKORD – HALB VAIMNE TERVIS ON ELIS ÜHA SUUREM PROBLEEM

Tervis

Hinnangute järgi on üle 27% täiskasvanud eurooplastest kogenud igal aastal vähemalt üht vaimuhaiguse vormi (vt 2. lisa).³

ELis on tavalisemateks vaimuhaiguse avaldumisvormideks ängistus ja depressioon. Arvatakse, et 2020. aastaks on depressioon arenenud riikides kõige sagedasem haiguste põhjus.⁴

Praegu sooritab ELis igal aastal ligikaudu 58 000 kodanikku enesetapu (3. lisa), see arv on suurem kui liiklusõnnetuste, mõrvade või HIV/AIDSi põhjustatud surmajuhtumite arv aastas.⁵

Vaimne ja füüsiline tervis on tihedalt seotud. Siit järeldus – psühhiaatrilise abi kaasamine haiglaravi üldteenuste hulka võib oluliselt lühendada haiglapäevade arvu, vabastades seeläbi majandusressursid.

Mõju jõukusele, solidaarsusele ja sotsiaalsele õiglusele

Vaimuhaiguste tagajärjed on mitmesugused:

ELis on vaimuhaiguste kulud hinnangute järgi 3–4% SKTst, mis väljenduvad peamiselt tootlikkuse langemises.⁶ Vaimsed häired on peamiseks põhjusteks ennetähtaegselt pensionile ja invaliidsuspensionile jäämisel.⁷

Laste käitumishäired tekitavad kulusid sotsiaal- ja haridussüsteemile ning kriminaalkohtusüsteemile (vt 4. lisa).⁸

Hilisemad kulutused sõltuvad vaimsete häirete ja puuetega inimeste kohtlemisest ühiskonnas. Vaatamata paranenud ravivõimalustele ja psühhiaatrilise abi positiivsele arengule, kogevad vaimuhaiguste või puuetega inimesed siiski sotsiaalsel tõrjutust, häbistamist, diskrimineerimist või nende põhiõiguste ja väärikuse mitteaustamist.

4. MEETMETE KAVANDAMINE: POLIITILISED ALGATUSED VAIMSE TERVISE VALDKONNAS

Vaimuhaiguste kui probleemi järjest süvenev tajumine on ajendanud poliitiliste otsuste tegijaid, tervishoiutöötajaid ja teisi sidusrühmi lahendusi otsima, viimati tehti seda 2005. aasta jaanuaris toimunud vaimset tervist käsitleval Maailma Tervishoiuorganisatsiooni Euroopa ministrite konverentsil.⁹

Kokkuleppe kohaselt on esimeseks prioriteediks tõhusa ja kvaliteetse ning vaimuhaiguste all kannatavatele inimestele kättesaadava psühhiaatrilise abi ning raviteenuste pakkumine.¹⁰

Kuigi arstlik sekkumine omab probleemi lahendamisel kesksel rolli ei saa see siiski üksi mõjutada ega muuta ühiskondlikke tegureid. Seetõttu on vastavalt Maailma Tervishoiuorganisatsiooni strateegiale vaja terviklikku käsitlust, mis hõlmaks ravi ja hoolduse pakkumist üksikisikutele, kuid ka kogu elanikkonnale suunatud meetmeid, et edendada vaimset tervist, ennetada vaimuhaigusi ja vastata häbistamise ja inimõigustega seotud väljakutsetele. Selline lähenemisviis peaks kaasama mitmeid osalisi, sealhulgas tervishoiupoliitikat ja teisi poliitikasektoreid ning sidusrühmi, kelle otsused mõjutavad elanikkonna vaimset tervist. Lahenduste leidmisel peaks peamine roll olema patsientide liitudel ja kodanikuühiskonnal.

4.1. Euroopa Ühendus, selle volitused ja tegevus vaimse tervise valdkonnas

Rahvatervise alase tegevuse volitused ühenduse tasandil on määratletud Euroopa Ühenduse asutamislepingu artiklis 152. Selles on sätestatud, et “kogu ühenduse poliitika ja meetmete määratlemisel ja rakendamisel tagatakse inimeste tervise kõrgetasemeline kaitse”¹¹. Ühenduse meede peab täiendama riigisisest poliitikat tervise parandamisel, haiguste ennetamisel, tervisealasel teavitamisel ja koolitamisel, samuti narkootikumide põhjustatud kahjude vähendamisel ning julgustama liikmesriikide vahelist koostööd nendes valdkondades. Liikmesriigid on tervishoiuteenuste ja ravi korraldamise alal ainupädevad. Ühenduse poliitika teiste valdkondade suhtes kohaldatakse asjakohast õiguslikku alust.

Nimetatud pädevusele tuginedes käsitleb Euroopa Ühendus vaimse tervise teemat järgmistel asjaoludel:

- panus, mida elanikkonna hea vaimne tervis saab anda mõne ELi strateegilise eesmärgi saavutamiseks;
- ühenduse roll julgustada ja toetada liikmesriikide vahelist koostööd ning kõrvaldada nende vahelisi erinevusi ning
- ühenduse kohustus anda oma poliitika ja tegevuse kaudu panus inimeste tervise kõrgetasemelisse kaitse.

Euroopa Ühenduse erinevates poliitikavaldkondades on siiani tehtud mitu konkreetset algatust:

- Ühenduse **tervishoiupoliitikas** on alates 1997. aastast käsitletud vaimset tervist konkreetsetes projektides ja poliitilistes algatustes¹² (5. lisa). ELi rahvatervise valdkonna tegevusprogrammis (2003–2008)¹³ sätestatakse meetme õiguslik alus. Asjaomased lisaprioriteedid käsitlesid narkootikumide kuritarvitamist ja alkoholi põhjustatud kahju.
- Ühenduse **sotsiaal- ja tööhõivepoliitika** alaste algatustega püüti saavutada vaimselt haigete inimeste mittediskrimineerimist, vaimse puudega inimeste sotsiaalset hõlvamist ja pingete vältimist töökohas, sealhulgas:
 - Direktiiviga 2000/78/EÜ keelatakse muu hulgas puude alusel diskrimineerimine töölevõtmisel;¹⁴
 - Euroopa puuetega inimeste aastal 2003 võetud meetmed ja
 - sotsiaalsete partnerite vahel 2004. a sõlmitud tööga seotud pingeid käsitlev Euroopa raamkokkulepe.
- Ühenduse **teadusuuringute raamprogrammid** on olnud ning on ka edaspidi vaimset tervist käsitlevate Euroopa teadusuuringute rahastamise olulised allikad.¹⁵ Näiteks „MHEDEA–2000“ projekti raames analüüsiti vaimse puude esinemist Euroopas.¹⁶
- **Infoühiskond ja meediapoliitika** on aluseks haiguste ennetamiseks, diagnoosimiseks ja raviks kasutatavate info- ja sidetehnoloogial (ICT) põhinevate vahendite välja töötamisel.¹⁷
- **Regionaalpoliitikas** toetatakse investeeringuid tervishoiusektori infrastruktuuri, mis aitab kaasa piirkonna struktuurilisele kohandamisele.
- **Hariduspoliitikas** käsitletakse vaimse tervise teemat osana poliitilisest tegevusest (nt teadmehiskonna võtmepädevus) ja projektidest.
- „DAPHNE II„ programmi abil võideldakse ühenduse **vabaduse, õiguse ja turvalisuspoliitika** osana laste, noorukite ja naiste vastu suunatud vägivalda vastu.¹⁸ Selline vägivald võib põhjustada vaimse tervise häireid.

Ühenduse tasandil puudub terviklik vaimse tervise strateegia, mis eelnimetatud tegevused ühendaks. Selline strateegia tugevdaks praeguste ja tulevaste algatuste ühtsust ning mõjusust.

4.2. Vaimne tervis liikmesriikides

Liikmesriikide vahel (ja ka liikmesriikides endis) on olulised erinevused. Näiteks enesetappude määr, mis ulatub 3,6st juhust 100 000 inimese kohta Kreekas 44 juhuni 100 000 inimese kohta Leedus (maailma kõrgeim näitaja)¹⁹. Vaimse tervise rahastamiseks suunatud tervishoiueelarve osa on liikmesriikides samuti väga erinev (vt 6. lisa).

2004. a aruandes “Vaimne tervis Euroopa Liidus”²⁰ leiti, et vaimse tervise tähtsus ei ole liikmesriikides ühesugune, kajastades riikide, olude, traditsioonide ja kultuuride erinevusi.

2005. a väljaandes “Ülevaade vaimse tervise edendamise ja vaimsete häirete ennetamise kohta Euroopa Liidu liikmesriikides”²¹ koondatud eri riikide käsitlustes kirjeldatakse liikmesriikide probleeme, põhimõtteid ja struktuure.

Liikmesriikide erinevuse tõttu ei ole võimalik teha terviklikke järeldusi ega pakkuda välja ühtseid lahendusi. Liikmesriikidel on võimalus vahetada teavet ja teha koostööd ning õppida üksteise kogemustest.

Mitmes ministrite nõukogu 1999. aastast alates vastu võetud suunisdokumendis²² kajastub liikmesriikide soov teha ELi tasandil vaimse tervise alast koostööd. 2005. a juunis vastu võetud nõukogu järeldused kordasid seda sõnumit, kutsudes liikmesriike üles pöörama suurt tähelepanu vaimset tervist käsitleva Maailma Tervishoiuorganisatsiooni Euroopa ministrite konverentsi tulemuste rakendamisele. Konverents kutsus komisjoni üles rakendamistoma pädevuse piires toetama.

5. VAJADUS ELI VAIMSE TERVISE STRATEEGIA JÄRELE

ELi vaimse tervise strateegia väljatöötamine lisaks üldise tegevusraamistiku rakendamisele väärtust:

- (1) luues liikmesriikide vahelise teabevahetuse ja koostöö raamistiku;
- (2) aidates tugevdada erinevates poliitikavaldkondades võetud meetmete ühtsust;
- (3) rajades ühtse tegevusaluse sidusrühmade, sealhulgas patsientide ja kodanikuühiskonna organisatsioonide kaasamiseks lahenduste otsimisse.

Arutelu käigus peaks määrama kindlaks viisi, kuidas paremini ühenduse poliitika ja rahastamisvahendite ning teadusuuringute raamprogrammidega elanikkonna vaimse tervise parandamisele kaasa aidata. Liikmesriike julgustatakse hindama piirkondlikku tegevust ja komisjon peaks leidma võimaluse struktuurifondide paremaks kasutamiseks pikaajalise hooldusteenuse ja infrastruktuuride täiustamiseks vaimse tervise valdkonnas. Komisjoni horisontaalseks panuseks võiks olla andmete ja teadmiste kogumine vaimse tervise seisundi, vaimset tervist määravate tegurite ja vaimsete häirete vältimise võimaluste kohta ELis.

Strateegia väljatöötamiseks tuleks kasutada Maailma Tervishoiuorganisatsiooni Euroopa piirkonna strateegiat, ELi programmide raames läbiviidud tegevuste tulemusi, samuti liikmesriikides kättesaadavat allikmaterjali.

Komisjon teeb ettepaneku, et ELi strateegia võiks keskenduda järgmistele aspektidele:

- (1) edendada kõigi inimeste vaimset tervist;
- (2) võtta meetmeid vaimsete häirete ennetamiseks;
- (3) parandada vaimselt haigete või puuetega inimeste elukvaliteeti nende sotsiaalse hõlvamisega ning nende õiguste ja väärkuse kaitsmisega ning
- (4) töötada ELi jaoks välja vaimse tervise andmete, teadusuuringute ja teadmiste süsteem.

6. LAHENDUSTE OTSIMINE – VÕIMALIKUD MEETMED

Kehtivad poliitilised kohustused tuleb ellu rakendada. ELi rahvatervise programmide raames koostatud projektid on näidanud, et meetmed on võimalikud ning võivad olla edukad ja tasuvad. Teistes projektides on panustatud ELi vaimse tervise alase teadmiste- ja andmekogu täiustamisse.

Vaimse tervise edendamise meetme rakendamise (IMPHA) võrgustik²³ on välja töötanud olemasolevaid programme kirjeldava interneti andmebaasi, ennetamise ja edendamise alaste faktide kokkuvõtte ning tegevuskava “Vaimse tervise edendamise ja vaimsete häirete ennetamise Euroopa poliitika”²⁴.

6.1. Vaimse tervise edendamine ning vaimsete häirete ennetamine

Vaimse tervise edendamine ja vaimsete häirete ennetamine on suunatud vaimse tervise individuaalsetele, perekondlikele, ühiskondlikele ja sotsiaalsetele teguritele, tugevdades kaitsetegureid (nt vastupidavust) ja vähendades ohutegureid²⁵ (7. lisa). Meedet rakendatakse peamiselt koolides ja töökohtades – seal, kus inimesed veedavad suure osa oma ajast.

6.1.1. Elanikkonna vaimse tervise edendamine

Aluse panemine imikute, laste ja noorukite vaimsele tervisele

Kuna vaimne tervis kujuneb peamiselt esimestel eluaastatel, on laste ja noorukite vaimse tervise edendamine investering tulevikku. Lapse arengut võib parandada kasvatuskultuuri õpetamine vanematele. Terviklik lähenemisviis koolis võib arendada sotsiaalseid oskusi, suurendada vastupidavust, vähendada türanniseerimist ja ängi ning depressiooni sümptomeid.

Mõned ELi projektide raames edukaks osutunud meetmed²⁶:

Imikud ja lapsed: emade sünnitusjärgse depressiooniga tegelemine; lapsekasvatuskultuuri parandamine; õdede koduviisidid tulevaste ja uute vanemate abistamiseks; sekkumismeetmed koolis.

Noorukid ja noored: suunav koolikeskkond ja kõlbeline kasvatus; vaimse tervise põhiteavet sisaldavad materjalid õpilastele, vanematele ja õpetajatele.

Töötava elanikkonna vaimse tervise edendamine

Samal ajal kui hea vaimne tervis suurendab töövõimet ja tootlikkust, põhjustavad halvad töötingimused, sealhulgas kolleegide poolne hirmutamise, vaimse tervise halvenemist, haiguspuhkusele jäämist ja kulude suurenemist. Ligi 28% Euroopa töötajatest on kogenud tööstressi.²⁷ Inimese suutlikkuse parandamisele ja töökeskkonna stressorite vähendamisele suunatud sekkumised parandavad tervist ja kiirendavad majanduse arengut.

Mõned ELi projektide raames edukaks osutunud meetmed²⁸:

Töö- ja juhtimisosaluselise kultuur; vaimsete häirete tuvastamine töötajatel; töötajate vajadustele vastav töökorraldus (nt paindlik tööaeg).

Vanemate inimeste vaimse tervise edendamine

ELi elanikkonna vananemise tõttu, millega kaasnevad mõjud vaimsele tervisele, on vaja võtta tõhusaid meetmeid. Vanadusega kaasnevad mitmed stressorid, mis võivad vaimset tervist halvendada, näiteks vähendada funktsionaalset suutlikkust ja viia eraldumiseni ühiskonnast. Kõrge vanusega seotud depressioon ja vanusega kaasnevad neuropsühhiaatrilised seisundid, nagu dementsus, suurendavad vaimsete häirete hulka. Praktika on tõestanud, et toetav sekkumine parandab eakama elanikkonna vaimset heaolu.

Mõned ELi projektide raames edukaks osutunud meetmed²⁹:

Ühiskondlikud tugivõrgustikud; füüsilise aktiivsuse ning ühiskondlikes ja vabatahtlike programmides osalemise julgustamine.

Ohustatud ühiskonnarühmade toetamine

Halb ühiskondlik ja majanduslik seisund suurendab vaimse tervise halvenemise ohtu. Töökaotus ja töötus võivad enesehinnangut alandada ja põhjustada depressiooni. Migrantidel ja teistel marginaalsetel rühmadel on vaimse tervise halvenemise risk suurem. Töötute tööturule naasmisele kaasaaitamine võib olla tehtud kulutusi väärt. Ohustatud rühmade toetamine võib parandada vaimset tervist, tugevdada sotsiaalset ühtekuuluvust ja vähendada kaasnevat ühiskonna ja majanduse koormust.

Mõned ELi projektide raames edukaks osutunud meetmed³⁰:

Riskirühmade nõustamine; tööturule sisenemise toetamine; vaimsete häirete või puuetega inimeste töölevõtmise soodustamine.

Võimalik algatus ühenduse tasandil:

Rohelise raamatu arutelu käigus tekkinud arvamused võiks kokku võtta komisjoni ettepanekus esitada **nõukogu soovitus vaimse tervise edendamise kohta**³¹

6.1.2. Vaimsete häirete ennetamine

Depressiooni ennetamine

Depressioon on üks tõsisemaid tervisehäireid ELis.

Komisjoni 2004. a ekspertaruandes “Depressioonivastased meetmed” analüüsitakse depressiooni ja selle mõjusid rahvatervisele, samuti sotsiaal- ja majandussüsteemidele ning esitatakse võimalikud meetmed.³²

Depressiooni sümptomeid võivad vähendada koolide meetmed, nagu eluks vajalike oskuste õpetamine ja türanniseerimise vältimine, samuti töökohtade meetmed stressi vähendamiseks ning vanemate inimeste füüsiline aktiivsus. Avalikkuse depressiooniteadlikkuse kasvatamine võib julgustada abi otsima ning vähendada häbistamist ja diskrimineerimist.

Mõned edukad meetmed:

Tunnetusliku käitumisega seotud sekkumised; riskirühmade psühholoogiline toetamine; tervishoiutöötajate koolitamine depressiooni ennetamise, äratundmise ja ravi alal.

Mitmesuguste ainete kasutusest tingitud häirete vähendamine

Vaimsete häirete ohuteguriks või tulemuseks on sageli alkohol, narkootikumid ja teised psühhoaktiivsed ained. Narkootikumid ja alkohol on ühenduse tervishoiupoliitika kindlaksmääratud prioriteedid:

- Narkootikumid

2004. a võttis nõukogu vastu ELi narkootikumidevastase strateegia 2005–2012.³³ 2005. aastal võttis nõukogu vastu narkootikumidevastase tegevuskava aastateks 2005–2008.³⁴ 2006. a lõpuks kavatseb komisjon koostada aruande nõukogu soovitusel rakendamise kohta liikmesriikides.³⁵

- Alkohol

2001. a võttis nõukogu vastu soovitusel noorte alkoholitarbimise kohta. Komisjon hindab selle soovitusel rakendamist ja töötab välja ühenduse tervikliku strateegia alkoholi põhjustatud kahju vähendamiseks.

Enesetappude ennetamine

Enesetappude ennetamise strateegiaid töötatakse välja paljudes liikmesriikides. Enesetappude ennetamist toetavad juurdepääsu piiramine enesetapu sooritamise meetoditele, tervishoiutöötajate koolitamine ja enesetapukatsete järgne koostöö teise etapi arstiabi ning järelravi osutajate vahel.

Edukas meede:

Euroopa depressioonivastase liidu (EAAD) eesmärk on vähendada depressiooni ja enesetapukalduvust, luues tervishoiusektori, patsientide ja nende sugulaste, sotsiaalnõustajate ning avalikkuse vahelised piirkondlikud teabevõrgustikud. Katseprojekt näitas enesetappude arvu 25% langust, eriti noorte seas.³⁶

Võimalik algatus ühenduse tasandil:

Rohelise raamatu arutelu käigus tekkinud arvamused võiks kokku võtta komisjoni ettepanekus esitada **nõukogu soovitus depressiooni ja enesetapukalduvuse vähendamise kohta.**

6.2. Vaimsete häirete või puuetega inimeste sotsiaalse hõlvamise edendamine ning nende põhiõiguste ja vääriskaitse kaitsmine

Vaimsete häirete või puuetega inimesed kogevad teiste hirmu ja eelarvamusi, mis sageli põhinevad väärarvamustel vaimsete häirete kohta. Häbistamine suurendab inimese kannatust, sotsiaalset tõrjutust ning võib takistada eluaseme ja töökoha leidmist. See võib inimesi takistada isegi abi otsimisel, kuna kardetakse näpuga näitamist. Euroopa Ühenduse

asutamislepingu artikliga 13 luuakse õiguslik alus diskrimineerimise, sealhulgas puude alusel diskrimineerimise vältimiseks ühenduse tasandil. Samuti on vaja muuta avalikkuse, sotsiaalpartnerite, ametiasutuste ja valitsuste suhtumist: avalikkuse teadlikkuse kasvatamine vaimsete häirete ja ravivõimaluste suhtes ning vaimsete häirete ja puuetega inimeste tööellu integreerimise soodustamine võivad parandada ühiskonna suhtumist ja mõistmist.

Paradigma muutus

Vaimse tervise raviteenuste *deinstitutionaliseerimine* ja esimese etapi arstiabi, kohalike keskuste ja üldhaiglate loomine kooskõlas patsiendi ja perekonna vajadustega võib toetada sotsiaalset hõlvamist. Suured vaimuhaiglad või varjupaigad võivad kergesti häbistamisele kaasa aidata. Psühhiaatriliste raviteenuste reformide käigus on mitmed riigid loobunud vaimse tervise raviteenuste osutamisest suurtes psühhiaatriaasutustes (mõnes uues liikmesriigis moodustavad sellised asutused ikka veel suure osa vaimse tervise raviteenuste infrastruktuurist) kohalike teenuste kasuks. Nimetatud põhimõtted käivad käsikäes patsientide ja nende perekondade ning personali juhendamisega aktiivse osalemise ja vastutuse suurendamise strateegiate alal.³⁷

Komisjonile koostatud uurimus “Ühiskonda kaasatud”³⁸ kinnitas, et suurte asutuste asendamine kohalike alternatiividega üldjuhul parandab puuetega inimeste elukvaliteeti. Uues uurimuses analüüsitakse ja näidatakse, kuidas praeguseid rahalisi vahendeid saaks kõige paremini kasutada puuetega inimeste vajaduste rahuldamiseks ning antakse ülevaade deinstitutionaliseerimise kulude kohta.³⁹

Teiste rahvusvaheliste organisatsioonide asjaomane tegevus:

Maailma Tervishoiuorganisatsiooni tervist edendavate haiglate võrgustiku raames on *tervist edendavate psühhiaatriliste raviteenuste töökond*⁴⁰ välja selgitanud vaimse tervise edendamise parimad toimimismudelid psühhiaatrias.

Euroopa Nõukogu alustab 2006. aastal tööd, et koostada “Euroopa teatmik eetikast ja inimõigustest vaimse tervise valdkonnas”.

Mõned patsiendid soovivad vabatahtlikult saada psühhiaatrilist haiglaravi. Patsientide *sunniviisiline* paigutamine psühhiaatriaasutusse ja nende sundravi riivab tõsiselt patsientide õigusi. Seda tuleks rakendada üksnes äärmisel juhul, kui vähem piiravad alternatiivid ei ole ennast õigustanud.

Projektist “Vaimsete häiretega patsientide sunniviisiline haiglasse paigutamine ja sundravi – ELi liikmesriikide õigusaktid ja praktika”⁴¹ selgus, et ELi riikide õigusaktid on väga heterogeensed. Kultuuritraditsioonid ja suhtumised ning vaimse tervise ravisüsteemide struktuur ja kvaliteet määravad ka valitseva praktika. Liikmesriikide vaheline erinevus sunniviisilise haiglasse paigutamise suhtes on väga suur.

Inimeste vaimse tervise ja väärkusega seotud probleeme võib ette tulla ka teistes elukeskkondades, näiteks vanurite hooldekodus, lastekodus või vanglas.

Võimalikud algatused ühenduse tasandil:

- Arutelu käigus tekkinud arvamused võivad aidata välja selgitada **vaimsete häirete ja puuetega inimeste sotsiaalse hõlvamise ning nende õiguste kaitse parima viisi.**

- Vaimsete häirete või puuetega inimeste ja psühhiaatriaasutuste olukorraga tegelemise võiks kaasata 1. jaanuaril 2007 tööd alustava ELi **Põhiõiguste Ameti** tegevuse hulka⁴².

6.3. Vaimset tervist puudutava teabe ja teadmuse täiendamine ELis

Olemasolevatesse tervise-seire süsteemidesse ei ole vaimse tervise jälgimist peaaegu üldse kaasatud. Olemasolevate vaimse puude ja elanikkonna vaimse tervise alaste riiklike ja rahvusvaheliste näitajate ühtlustamiseks on vaja teha suuri jõupingutusi, et luua üle-euroopaline võrreldav andmekogu. Rohkem andmeid on vaja vaimset tervist määravate ühiskondlike, demograafiliste ja majanduslike tegurite kohta, samuti edendamise ja ennetavate infrastruktuuride, meetmete ning vahendite kohta.

Tuleks kindlaks määrata, kuidas saaks ELi teadusuuringute suutlikkuse ja vaimse tervise alaste uuringute toetamiseks kasutada ühenduse vahendeid, näiteks teadusuuringute seitsmendat raamprogrammi⁴³. Põhjalikud teadmised vaimse tervise olulisusest ning vaimsete häirete mõjust tervisele, elukvaliteedile, majanduslikule ja ühiskondlikule heaolule, sotsiaalsele hõlvamisele ja põhiõigustele ning vaimse tervise ravimise teenustele (nt võrdsus, juurdepääs) võimaldaksid praegust praktikat parendada.

Võimalik algatus ühenduse tasandil:

Võiks luua **poliitika ja teadusuuringute liidese**, mis hõlmaks ühenduse ja riiklikud ametivõimud, teadusasutused ja sidusrühmad. Selle roll võiks olla ELi asjaomaste vaimse tervise näitajate ja vaimse tervise seire ning ELi tasandil teadustegevuse prioriteetide alane nõustamine.

7. ELI VAIMSE TERVISE STRATEEGIA VÄLJATÖÖTAMISE ALANE NÕUANDETEGEVUS

Vaimse tervise kõikide valdkondade olulisuse tõttu on asjakohane välja töötada laiahaardelisel arutelul põhinev ELi vaimse tervise strateegia.

Kavandatakse järgmisi meetmeid:

7.1. Vaimse tervise alase dialoogi algatamine liikmesriikidega

See foorum võimaldab liikmesriikide vahelist teabevahetust ja koostööd. Üks eesmärk on teha kindlaks vaimse tervise tegevuskava prioriteedid ja elemendid, mille põhjal selgitatakse välja mitmed tervishoiu- ja teiste poliitikavaldkondade põhimeetmed ning eesmärgid, võrdlusandmed, meetmete rakendamise ajakava ning rakendamise järelevalvesüsteem. Eeskujuks võiks võtta Maailma Tervishoiuorganisatsiooni vaimse tervise tegevuskava Euroopa jaoks ning ELi rahvatervise programmi raames välja töötatud tegevuskava "Vaimse tervise edendamise ja vaimsete häirete ennetamise Euroopa poliitika"⁴⁴. Dialoogi raames peaks käsitlema ka vajadust nõukogu kahe väljapakutud soovitusel järele, mis käsitlevad a) vaimse tervise edendamist ja b) depressiooni ja enesetapukalduvuse vähendamist.

7.2. ELi vaimse tervise platvormi koostamise algatamine

ELi vaimse tervise platvorm peaks edendama sektoritevahelist koostööd ja vaimse tervise küsimustes konsensuseni jõudmist, kaasates väga mitmesugused üksused, nagu poliitiliste otsuste tegijad, tervishoiu- ja teiste sektorite eksperdid ja sidusrühmad ning

kodanikuühiskonna esindajad. Ühiselt peaks analüüsima vaimse tervise võtmeküsimusi, tegema kindlaks tõenditel põhineva praktika, töötama meetme jaoks välja soovitud ka ühenduse tasandil ning tegema kindlaks parima viisi vaimsete häirete ja puuetega inimeste sotsiaalseks hõlvamiseks ning nende põhiõiguste ja väärikuse kaitseks: kõike seda saaks käsitleda dialoogis liikmesriikidega.

7.3. Vaimse tervise alase poliitika ja asjaomaste teadusuuringute sidumine

Kõnealusesse kolmandasse töörühma võiksid kuuluda asjaomased sidusrühmad, et stimuleerida dialoogi sellise näitajate süsteemi väljatöötamiseks, mis hõlmaks teavet vaimse tervise kohta ja vaimset tervist määravate tegurite kohta, mõju hindamist ning tõenditel põhinevat praktikat. Nimetatud töörühm uuriks kõige tõhusamaid teadusuuringute prioriteetide kindlakstegemise viise ning tagaks parema sidususe andmesüsteemide, teadusuuringutel põhinevate teadmiste ja poliitiliste otsuste tegemise vahel. Töörühma soovitud saaks liita tegevuskavasse.

8. JÄRGMISED SAMMUD

Valitseb üksmeelne arvamus, et vaimse tervise inimlik, sotsiaalne ja majanduslik mõõde vajavad selgemat käsitlemist poliitikas ning avaramat avalikku teadvustamist. Olulisi algatusi on tehtud liikmesriikide, EÜ ja Maailma Tervishoiuorganisatsiooni tasandil.

Komisjon kutsub kõiki huvitatud kodanikke, osalisi, organisatsioone ja Euroopa Liidu institutsioone käesoleva rohelise raamatu arutelu käigus kaasa aitama ELi vaimse tervise strateegia ja tegevuskava loomisele.

Komisjon on eriti huvitatud seisukohtadest järgmistes küsimustes:

- (1) Kui olulisel kohal on elanikkonna vaimne tervis ELi strateegilistes eesmärkides, mida on käsitletud 1. punktis?
- (2) Kas ELi vaimse tervise üldstrateegia väljatöötamine annab lisandväärtust ja kas 5. punktis välja pakutud prioriteedid on asjakohased?
- (3) Kas 6. ja 7. punktis väljapakutud algatused on asjakohased, et toetada liikmesriikide vahelist koordineerimist, edendada vaimse tervise integreerimist tervishoiupoliitikasse ja teistesse poliitika valdkondadesse ning sidusrühmadele suunatud meetmetesse ning siduda teadusuuringuid ja poliitikat paremini vaimse tervise küsimustega?

Oma märkused seoses käesoleva aruteluga tuleks komisjonile saata **31. maiks 2006** kas e-posti aadressil: mental-health@cec.eu.int või postiaadressil:

European Commission

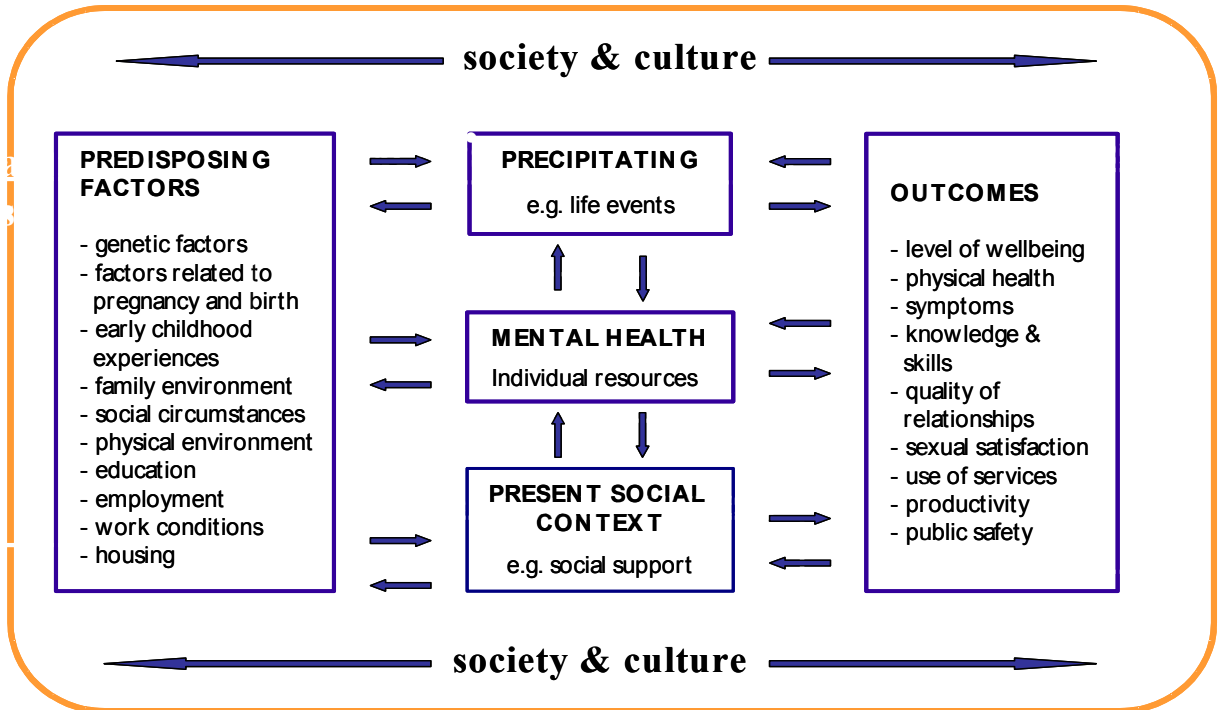
Directorate-general for Health and Consumer Protection

Unit C/2 "Health Information"

L-2920 Luxembourg

Roheline raamat ja märkused avaldatakse komisjoni veebilehel⁴⁵ juhul, kui ei ole selgelt väljendatud soovi neid mitte avaldada. 2006. aasta lõpus kavatseb komisjon avaldada oma analüüsi saadud märkuste kohta ning vajaduse korral ka oma ettepanekud ja/või algatused ELi vaimse tervise strateegia kohta.

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

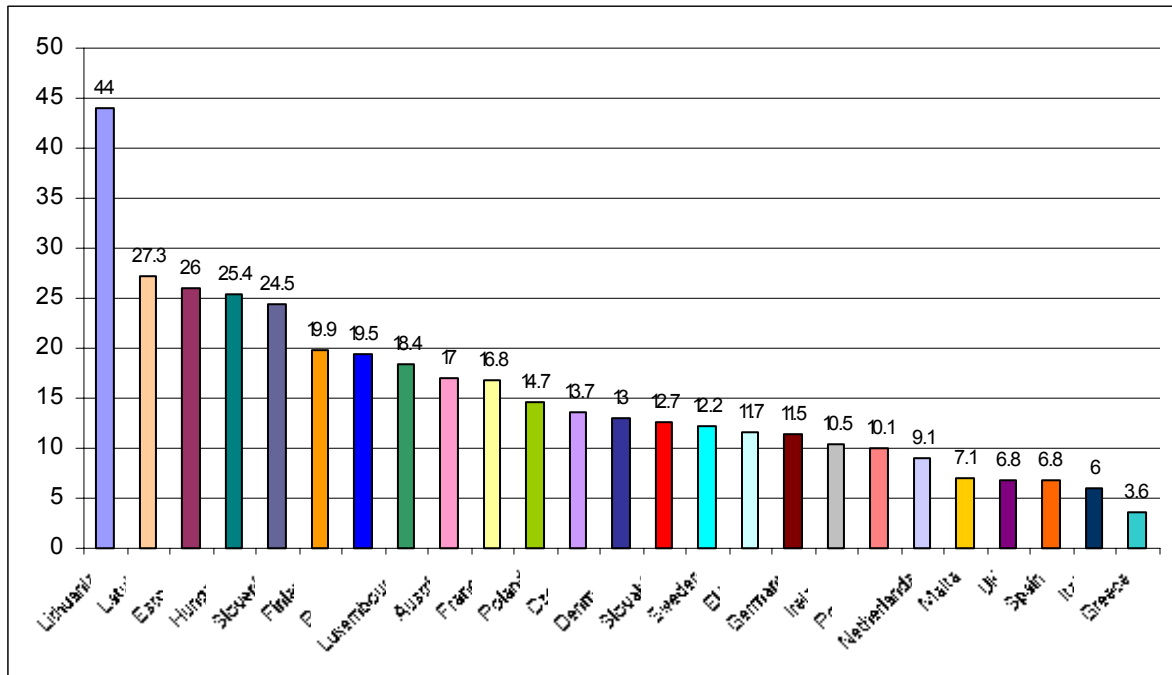
Estimated number of subjects in the general EU population (age 18–65) affected by mental disorders within past 12 months⁴⁶

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:

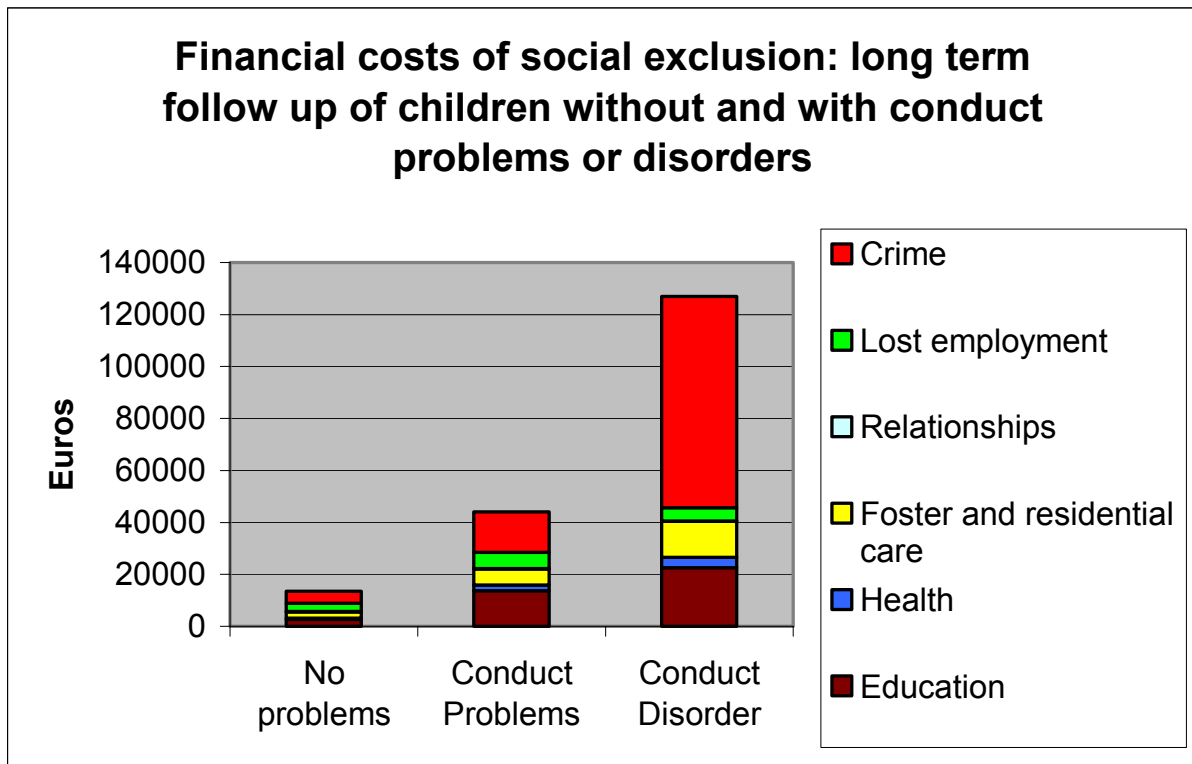
Hans-Ulrich Wittchen, Frank Jacobi (2005). Size and burden of mental disorders in Europe: a critical review and appraisal of 27 studies. *European Neuropsychopharmacology*, Volume 15, Number 4, pp. 357-376. 12-months values rounded by Commission. Percentage values based on Commission's own calculations.

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:

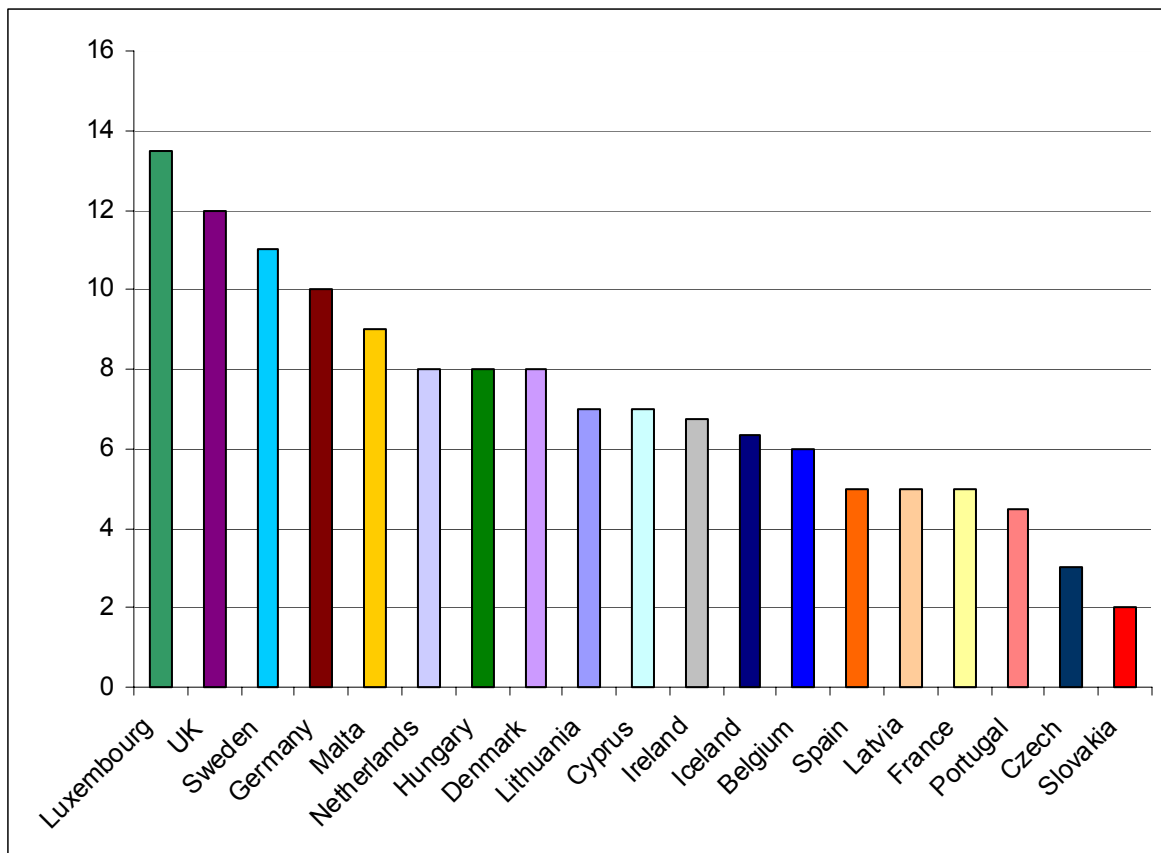
Scott, S.; Knapp, M.; Henderson, J.; Maughan, B.: Financial cost of social exclusion. Follow-up study of anti-social children into adulthood, British Medical Journal (BMJ), 323, 191-196. Costs converted into Euro-values by David McDaid, Mental Health Economics European Network.

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 Estimation by ILO. http://agency.osha.eu.int/publications/newsletter/8/en/index_23.htm
- 6 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, 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, 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](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](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.