

KOMISJA WSPÓLNOT EUROPEJSKICH

Bruksela, dnia 14.10.2005
COM(2005) 484 końcowy

ZIELONA KSIĘGA

Poprawa zdrowia psychicznego ludności
Strategia zdrowia psychicznego dla Unii Europejskiej

SPIS TREŚCI

1. Wprowadzenie ... 3

2. Zdrowie psychiczne – sprawa kluczowa dla obywateli, społeczeństwa oraz postępu ... 4

3. Sytuacja – zły stan zdrowia psychicznego, rosnące wyzwanie dla UE ... 4

4. Opracowywanie rozwiązań: Inicjatywy polityczne w sprawie zdrowia psychicznego ... 5

4.1. Uprawnienia i działania Wspólnoty Europejskiej w dziedzinie zdrowia psychicznego ... 5

4.2. Zdrowie psychiczne w Państwach Członkowskich ... 7

5. Potrzeba wspólnotowej strategii zdrowia psychicznego ... 7

6. Szukanie rozwiązań – możliwości działania ... 8

6.1. Działanie na rzecz zdrowia psychicznego oraz zapobieganie ... 8

6.1.1. Działanie na rzecz zdrowia psychicznego ludzi ... 9

6.1.2. Zapobieganie złemu stanowi zdrowia psychicznego ... 10

6.2. Promowanie integracji społecznej ludzi chorych i niepełnosprawnych psychicznie oraz ochrona ich podstawowych praw i godności ... 12

6.3. Poprawa informacji i stanu wiedzy na temat zdrowia psychicznego w Unii Europejskiej ... 13

7. Proces konsultacji w sprawie rozwoju wspólnotowej strategii zdrowia psychicznego ... 14

7.1. Budowanie dialogu z Państwami Członkowskimi na temat strategii zdrowia psychicznego ... 14

7.2. Stworzenie platformy UE dotyczącej zdrowia psychicznego ... 14

7.3. Połączenie polityki i badań naukowych dotyczących zdrowia psychicznego ... 14

8. Kolejne kroki ... 15

ZIELONA KSIĘGA

Poprawa zdrowia psychicznego ludności
Strategia zdrowia psychicznego dla Unii Europejskiej

1. WPROWADZENIE

Zdrowie psychiczne Europejczyków jest jednym z warunków osiągnięcia niektórych celów strategicznych polityki Unii Europejskiej, takich jak powrót Europy na drogę do trwałego dobrobytu, podtrzymanie zaangażowania Europy w zapewnienie solidarności i sprawiedliwości społecznej oraz wyraźna poprawa jakości życia obywateli europejskich[1].

Jednak zdrowie psychiczne obywateli UE można znacznie poprawić:

- Zły stan zdrowia psychicznego dotyczy jednego obywatela na czterech i może prowadzić do samobójstwa, które jest przyczyną zbyt wielu śmierci;

- Zły stan zdrowia psychicznego jest powodem znaczących strat i obciążeń dla systemu gospodarczego, społecznego, edukacyjnego, jak również karnego i systemu sprawiedliwości;

- Napiętnowanie, dyskryminacja oraz brak poszanowania praw człowieka i godności ludzi chorych i niepełnosprawnych psychicznie wciąż są rzeczywistością i kwestionują wartości europejskie.

Poprawa jest możliwa. Podjęto już wiele inicjatyw. Potrzebny jest dalszy rozwój i wzmocnienie istniejących już działań. Europejska konferencja ministerialna WHO na temat zdrowia psychicznego, która odbyła się w styczniu 2005 r., opracowała ramy kompleksowych działań oraz zwiększyła polityczne zaangażowanie w kwestie zdrowia psychicznego. Zaprosiła ona Komisję Europejską, która wzięła udział w konferencji, do uczestniczenia we wprowadzaniu ram działania w granicach swoich kompetencji, zgodnie z oczekiwaniami Rady i w porozumieniu z WHO.

Pierwszą odpowiedzią na to zaproszenie jest Zielona Księga. Proponuje ona ustanowienie wspólnotowej strategii zdrowia psychicznego. Wniesie ona pozytywny wkład poprzez: stworzenie ram dla wymiany i współpracy pomiędzy Państwami Członkowskimi; pomoc w zwiększeniu spójności działań w sektorach związanych z polityką zdrowotną i innymi politykami w Państwach Członkowskich oraz na poziomie Wspólnoty; oraz umożliwienie szerszym kręgom zainteresowanych stron zaangażowania się w opracowywanie rozwiązań.

Celem tej Zielonej Księgi jest rozpoczęcie debaty z instytucjami europejskimi, rządami, kadrą medyczną, zainteresowanymi stronami z innych sektorów, społeczeństwem obywatelskim, w tym z organizacjami pacjentów oraz ze środowiskiem naukowym na temat znaczenia zdrowia psychicznego dla UE, potrzeby wspólnotowej strategii oraz jej priorytetów.

Zgodnie z przepisami art. 152 Traktatu WE, niektóre propozycje działań w dziedzinie zdrowia publicznego w Zielonej Księdze podlegają kompetencjom Wspólnoty. Dalsze propozycje będą podlegać wyłącznym kompetencjom Państw Członkowskich. W odniesieniu

do propozycji działań w innych obszarach polityki będą miały zastosowanie odpowiednie podstawy prawne.

Komisja zamierza opublikować rezultaty procesu konsultacji oraz, jeśli będzie to stosowne, swoją propozycję strategii zdrowia psychicznego dla UE do końca 2006 r.

2. ZDROWIE PSYCHICZNE – SPRAWA KLUCZOWA DLA OBYWATELI, SPOŁECZEŃSTWA ORAZ POSTĘPU

Nie można mówić o zdrowiu nie biorąc pod uwagę zdrowia psychicznego. Dla *obywateli* zdrowie psychiczne jest kapitałem pozwalającym na realizowanie ich intelektualnego i emocjonalnego potencjału oraz znalezienie i odgrywanie swoich ról w życiu społecznym, w szkole i w pracy. W odniesieniu do *społeczeństw,* dobry stan zdrowia psychicznego obywateli pozytywnie wpływa na ich dobrobyt, solidarność i sprawiedliwość społeczną. Natomiast zły stan zdrowia psychicznego, zarówno dla obywateli, jak i dla systemów społecznych, jest źródłem przeróżnych kosztów, strat i obciążeń.

Zdrowie psychiczne, zły stan zdrowia psychicznego oraz czynniki warunkujące:

WHO opisuje **zdrowie psychiczne** jako: „stan dobrego samopoczucia, w którym człowiek wykorzystuje swoje zdolności, może radzić sobie ze stresem w codziennym życiu, może wydajnie i owocnie pracować oraz jest w stanie wnieść wkład w życie danej wspólnoty”[2].

Zły stan zdrowia psychicznego to problemy ze zdrowiem psychicznym i napięcie, osłabione funkcjonowanie połączone z cierpieniem; pojawiają się objawy i rozpoznawalne zaburzenia psychiczne, takie jak schizofrenia i depresja.

Stan psychiczny ludzi jest zdeterminowany **wieloma czynnikami** (załącznik 1), w tym biologicznymi (np. genetycznymi, płciowymi), indywidualnymi (np. doświadczeniami osobistymi), rodzinnymi i społecznymi (np. wsparcie społeczne) oraz ekonomicznymi i środowiskowymi (np. status społeczny i warunki życia).

3. SYTUACJA – ZŁY STAN ZDROWIA PSYCHICZNEGO, ROSNĄCE WYZWANIE DLA UE

Wymiar zdrowotny

Szacuje się, że ponad 27 % dorosłych Europejczyków doświadcza przynajmniej jednego z przejawów złego stanu zdrowia psychicznego w roku (patrz załącznik 2)[3].

Do najbardziej znanych przejawów złego stanu zdrowia psychicznego w UE należą zaburzenia nastroju i depresja. Szacuje się, że do 2020 r. depresja będzie najczęstszą przyczyną zachorowalności w krajach rozwiniętych[4].

Obecnie w Unii Europejskiej co roku około 58 tysięcy obywateli umiera w wyniku popełnienia samobójstwa (załącznik 3) – więcej niż rocznie ginie w wypadkach drogowych, zabójstwach, czy z powodu HIV/AIDS[5].

Zdrowie psychiczne i fizyczne jest ściśle powiązane. Wniosek: uwzględnienie zdrowia psychicznego w przepisach dotyczących ogólnej opieki szpitalnej może znacznie skrócić okres hospitalizacji i w ten sposób uwolnić środki finansowe.

Wpływ na dobrobyt, solidarność i sprawiedliwość społeczną

Konsekwencje złego stanu zdrowia psychicznego są różnorodne:

Zły stan zdrowia psychicznego kosztuje Unię Europejską około 3 – 4 % PKB, głównie na skutek utraty produktywności[6]; zaburzenia psychiczne są najczęstszą przyczyną wcześniejszego przejścia na emeryturę i pobierania świadczeń z tytułu niezdolności do pracy[7];

Zaburzenia zachowania i funkcjonowania w dzieciństwie wiążą się z wydatkami na system socjalny, edukacyjny, jak również karny i system sprawiedliwości (patrz załącznik 4)[8].

Inne, trudne do przewidzenia koszty zależą od tego, jak społeczeństwo traktuje osoby chore i niepełnosprawne psychicznie. Mimo poprawy w leczeniu i pozytywnego rozwoju w zakresie opieki psychiatrycznej, ludzie chorzy i niepełnosprawni psychicznie wciąż spotykają się z izolacją społeczną, napiętnowaniem, dyskryminacją i brakiem poszanowania ich podstawowych praw oraz godności.

4. OPRACOWYWANIE ROZWIĄZAŃ: INICJATYWY POLITYCZNE W SPRAWIE ZDROWIA PSYCHICZNEGO

Ponieważ zły stan zdrowia psychicznego coraz częściej postrzegany jest jako poważny problem, decydenci polityczni, kadra medyczna oraz inne zainteresowane strony postanowili szukać rozwiązań; ostatnio spotkali się w tej sprawie w styczniu 2005 r. na europejskiej konferencji ministerialnej WHO na temat zdrowia psychicznego[9].

Postanowiono, że najważniejszym priorytetem jest zapewnienie skutecznej, wysokiej jakości opieki i usług leczniczych, dostępnych dla chorych psychicznie[10].

Jednak mimo, że działania medyczne odgrywają kluczową rolę w rozwiązywaniu tych problemów, same nie są one w stanie zmienić czynników społecznych. Zatem zgodnie ze strategią WHO, potrzebne jest kompleksowe podejście obejmujące zapewnienie potrzebującym leczenia i opieki, a także działania na rzecz całej ludności, których celem byłoby promowanie zdrowia psychicznego, zapobieganie chorobom psychicznym oraz rozwiązywanie problemów związanych z napiętnowaniem i brakiem poszanowania praw człowieka. Takie podejście powinno obejmować wiele podmiotów, w tym sektory polityki zdrowotnej i inne sektory oraz zainteresowane strony, których decyzje mają wpływ na zdrowie psychiczne ludności. Znaczącą rolę w procesie szukania rozwiązań powinny odgrywać organizacje pacjentów oraz społeczeństwo obywatelskie.

4.1. Uprawnienia i działania Wspólnoty Europejskiej w dziedzinie zdrowia psychicznego

Uprawnienia do działania na poziomie Wspólnoty w dziedzinie zdrowia psychicznego określone są w art. 152 Traktatu WE. Stanowi on, że „przy określaniu i urzeczywistnianiu wszystkich polityk i działań Wspólnoty zapewnia się wysoki poziom ochrony zdrowia ludzkiego”[11]. Działania Wspólnoty uzupełniają polityki krajowe mające na celu poprawę zdrowia, zapobieganie chorobom i dolegliwościom, informowanie o chorobach i edukację zdrowotną, jak również zmniejszanie strat spowodowanych narkotykami; wspierają również współpracę pomiędzy Państwami Członkowskimi w tych dziedzinach. Wyłącznie Państwa

Członkowskie odpowiadają za organizację usług i opieki zdrowotnej. W odniesieniu do innych polityk wspólnotowych mają zastosowanie odpowiednie podstawy prawne.

W oparciu o te kompetencje zdrowie psychiczne ma dla Wspólnoty Europejskiej duże znaczenie z następujących powodów:

- dobry stan zdrowia psychicznego ludności może przyczynić się do osiągnięcia niektórych strategicznych celów UE;

- zadaniem Wspólnoty jest pobudzanie i wspieranie współpracy pomiędzy Państwami Członkowskimi oraz zajmowanie się istniejącymi pomiędzy nimi różnicami; a także

- Wspólnota ma obowiązek przyczyniania się do wysokiego poziomu ochrony zdrowia ludzkiego w ramach jej polityk i działań.

W ostatnich latach rozwinięto kilka szczególnych inicjatyw w różnych obszarach polityk Wspólnoty:

– Wspólnotowa **polityka zdrowotna** zajmuje się zdrowiem psychicznym od 1997 r. opracowując szczególne projekty i inicjatywy polityczne[12] (załącznik 5). *Europejski program zdrowia publicznego 2003-2008*[13] zapewnia podstawy prawne do działania. Inne priorytety dotyczą narkomanii oraz szkód wyrządzonych przez alkohol.

– Inicjatywy podjęte w ramach wspólnotowej **polityki społecznej i zatrudnienia** miały na celu wyeliminowanie dyskryminacji ludzi chorych psychicznie, społecznej izolacji ludzi psychicznie niepełnosprawnych oraz zapobieganie stresowi w miejscu pracy; obejmowały one:

  – przyjęcie dyrektywy 2000/78/WE, która zabrania między innymi dyskryminacji osób niepełnosprawnych w obszarze zatrudnienia[14];

  – działania w ramach Europejskiego Roku Osób Niepełnosprawnych 2003; oraz

  – przyjęcie w 2004 r. europejskiej umowy ramowej zawartej pomiędzy partnerami społecznymi w sprawie stresu związanego z pracą.

– Wspólnotowe **ramowe programy w dziedzinie badań naukowych** stanowiły i w dalszym ciągu stanowią istotne źródło finansowania europejskich badań w zakresie zdrowia psychicznego[15]. Za przykład niech posłuży projekt „MHEDEA-2000", który dotyczył europejskiej oceny upośledzenia psychicznego[16].

– **Polityka społeczeństwa informacyjnego i mediów** wsparła rozwój narzędzi opartych **na** technologiach teleinformacyjnych (ICT), mających zastosowanie w zapobieganiu, diagnozowaniu i opiece[17].

– **Polityka regionalna** wspiera inwestycje infrastrukturalne w sektorze zdrowia, które są korzystne dla strukturalnego dostosowania regionów.

– **Polityka edukacyjna** uwzględnia zdrowie psychiczne w swoich działaniach (np. w zakresie najważniejszych umiejętności w społeczeństwie wiedzy) oraz poprzez projekty.

– Będący częścią **polityki wolności, sprawiedliwości i bezpieczeństwa** program DAPHNE II zwalcza przemoc wobec dzieci, młodzieży i kobiet18, ponieważ może być ona przyczyną problemów ze zdrowiem psychicznym.

Jednak na poziomie Wspólnoty nie istnieje jeszcze szeroko zakrojona strategia zdrowia psychicznego, która połączyłaby wszystkie te działania. Taka strategia zwiększyłaby spójność i skuteczność aktualnych i przyszłych inicjatyw.

4.2. Zdrowie psychiczne w Państwach Członkowskich

Pomiędzy Państwami Członkowskimi (*a także w Państwach Członkowskich*) występują znaczące różnice. Jednym z przykładów jest wskaźnik samobójstw, który wynosi od 3,6 na 100 000 mieszkańców w Grecji do 44 na 100 000 mieszkańców na Litwie, tj. najwięcej na świecie[19]. Również część budżetu zdrowotnego przeznaczona na zdrowie psychiczne różni się bardzo w zależności od Państwa Członkowskiego (patrz załącznik 6).

W sprawozdaniu z 2004 r. zatytułowanym „Stan zdrowia psychicznego w Unii Europejskiej”[20] podano, że status osoby chorej psychicznie nie jest jednolity we wszystkich Państwach Członkowskich, odzwierciedla on raczej różnice pomiędzy krajami, ich sytuacjami, tradycjami i kulturami.

Opracowania z różnych krajów zebrane w 2005 r. w publikacji „Wspieranie zdrowia psychicznego i zapobieganie zaburzeniom psychicznym w Państwach Członkowskich Unii Europejskiej: przegląd (*ang.: „Mental health promotion and mental disorder prevention across European Union Member States: an overview”*)[21], przedstawiają problemy, polityki i struktury w każdym Państwie Członkowskim.

Mając na uwadze zróżnicowanie pomiędzy Państwami Członkowskimi nie można wyciągnąć prostych wniosków, ani zaproponować jednakowych rozwiązań. Istnieje jednak możliwość wymiany i współpracy pomiędzy Państwami Członkowskimi, a także możliwość uczenia się od siebie nawzajem.

Liczba dokumentów przyjętych przez Radę Ministrów począwszy od 1999 r.[22] świadczy o woli Państw Członkowskich do współpracy w dziedzinie zdrowia psychicznego na poziomie Wspólnoty. Konkluzje Rady przyjęte w czerwcu 2005 r. podkreśliły tę wolę wzywając Państwa Członkowskie do zwrócenia należytej uwagi na wdrażanie wyników europejskiej konferencji ministerialnej WHO na temat zdrowia psychicznego. Komisja została zaproszona do udzielenia wsparcia przy wdrażaniu tych wyników, zgodnie z jej kompetencjami.

5. POTRZEBA WSPÓLNOTOWEJ STRATEGII ZDROWIA PSYCHICZNEGO

Ustanowienie wspólnotowej strategii zdrowia psychicznego wniesie pozytywny wkład poprzez:

(1) stworzenie ram dla wymiany i współpracy pomiędzy Państwami Członkowskimi;

(2) pomoc w zwiększeniu spójności działań w różnych sektorach polityki;

(3) utworzenie płaszczyzny porozumienia pozwalającej zjednoczyć zainteresowane strony, w tym organizacje pacjentów i społeczeństwo obywatelskiego w celu opracowywania rozwiązań.

Konsultacja powinna pomóc w określeniu, w jaki sposób wspólnotowe polityki oraz instrumenty finansowe, na przykład ramowe programy w dziedzinie badań naukowych, wpływają na poprawę zdrowia psychicznego ludności. Zachęca się Państwa Członkowskie do dokonania oceny, wraz z regionami oraz Komisją, w jaki sposób można lepiej wykorzystać fundusze strukturalne w celu poprawienia długoterminowego dostępu do opieki i infrastruktury zdrowotnej w zakresie zdrowia psychicznego. Horyzontalny wkład Komisji mógłby polegać na zebraniu informacji i wiedzy na temat statusu osoby chorej psychicznie w UE, czynników zdrowia psychicznego oraz możliwości radzenia sobie ze złym stanem zdrowia psychicznego.

W celu opracowania strategii, należy wykorzystać strategię WHO dla Regionu Europejskiego, rezultaty działań podjętych w ramach programów UE, jak również dane dostępne w Państwach Członkowskich.

Komisja proponuje, aby strategia UE skupiła się na następujących aspektach:

(1) wspieranie zdrowia psychicznego wszystkich ludzi;

(2) zapobieganie złemu stanowi zdrowia psychicznego;

(3) poprawa jakości życia ludzi chorych i niepełnosprawnych psychicznie poprzez integrację społeczną oraz ochronę ich praw i godności; a także

(4) opracowanie dla UE systemu informacji, badań i wiedzy na temat zdrowia psychicznego.

6. SZUKANIE ROZWIĄZAŃ – MOŻLIWOŚCI DZIAŁANIA

Konieczne jest przełożenie istniejących zobowiązań politycznych na działania. Projekty zrealizowane w ramach wspólnotowych programów na rzecz ochrony zdrowia publicznego pokazały, że działanie w tym zakresie jest możliwe, może być skuteczne i opłacalne. Inne projekty przyczyniły się do zwiększenia stanu wiedzy oraz informacji na temat zdrowia psychicznego w UE.

Sieć „Realizacja działań promujących zdrowie psychiczne" (*ang.: „Implementing Mental Health Promotion Action (IMPHA)"*[23] rozwinęła internetową bazę danych opisującą istniejące programy, dokonała przeglądu informacji dotyczących zapobiegania i wspierania oraz przedstawiła plan działania zatytułowany „Promowanie zdrowia psychicznego i zapobieganie zaburzeniom psychicznym (*ang.: „Mental health promotion and Mental Disorder Prevention*). Polityka dla Europy"[24].

6.1. Działanie na rzecz zdrowia psychicznego oraz zapobieganie

W działaniach na rzecz zdrowia psychicznego oraz zapobieganiu złemu stanowi zdrowia psychicznego uwzględnia się czynniki indywidualne, rodzinne, wspólnotowe i społeczne mające wpływ na zdrowie psychiczne poprzez wzmocnienie czynników ochronnych (np. odporności) oraz zmniejszanie czynników ryzyka[25] (załącznik 7). Najważniejszymi miejscami działania są szkoły i miejsca pracy, gdzie ludzie spędzają dużo czasu.

6.1.1. Działanie na rzecz zdrowia psychicznego ludzi

Budowanie zdrowia psychicznego dzieci najmłodszych, starszych i nastolatków

Ponieważ zdrowie psychiczne w dużym stopniu determinowane jest w pierwszych latach życia, działanie na rzecz zdrowia psychicznego dzieci i nastolatków stanowi inwestycję w przyszłość. Nabycie umiejętności wychowywania dzieci może przyczynić się do poprawy rozwoju dziecka. Holistyczne podejście do nauczania może zwiększyć umiejętności funkcjonowania w społeczeństwie, poprawić odporność oraz zredukować nękanie, niepokój i objawy depresji.

Niektóre działania zakończone sukcesem przeprowadzone w kontekście projektów wspólnotowych[26]:

Niemowlęta i dzieci: leczenie depresji poporodowej u matek; poprawa umiejętności wychowywania dzieci; wizyty domowe pielęgniarek mające na celu wsparcie przyszłych i świeżych rodziców; interwencje pielęgniarek w szkołach.

Nastolatki i młodzież: sprzyjające środowisko szkolne i wzory postępowania; zbiory informacji na temat zdrowia psychicznego dla uczniów, rodziców i nauczycieli.

Działanie na rzecz zdrowia psychicznego ludzi aktywnych zawodowo

O ile dobry stan zdrowia psychicznego pozwala na zwiększenie zdolności produkcyjnej i efektywności, niekorzystne warunki pracy, w tym nękanie przez kolegów, prowadzą do osłabienia zdrowia psychicznego, zwolnień chorobowych i zwiększenia kosztów. Około 28 % pracowników w Europie potwierdza narażenie na stres w pracy[27]. Działania interwencyjne mające na celu poprawę indywidualnych zdolności produkcyjnych oraz zmniejszenie czynników stresu w środowisku pracy wpływają na poprawę zdrowia i rozwoju ekonomicznego.

Niektóre działania zakończone sukcesem przeprowadzone w kontekście projektów wspólnotowych[28]:

„Demokratyczne" miejsce pracy oraz kultura zarządzania; rozpoznawanie złego stanu zdrowia psychicznego u pracowników; organizacja pracy zgodna z potrzebami pracowników (np. elastyczny czas pracy).

Działanie na rzecz zdrowia psychicznego ludzi starszych

Starzejąca się ludność UE oraz związane ze starzeniem się pogorszenie zdrowia psychicznego, wymagają skutecznego działania. Starszy wiek dostarcza licznych czynników stresu, które mogą pogorszyć zły stan zdrowia psychicznego, takich jak zmniejszenie zdolności funkcjonowania oraz izolacja społeczna. Depresja u osób starszych oraz związane z wiekiem objawy neuropsychiczne, takie jak demencja, będą wpływać na zwiększenie problemu zaburzeń psychicznych. Wspierające działania interwencyjne okazały się mieć pozytywny wpływ na poprawę dobrego samopoczucia psychicznego ludzi starszych.

Niektóre działania zakończone sukcesem przeprowadzone w kontekście projektów wspólnotowych[29]*:*

Sieci wsparcia społecznego; zachęcanie do aktywności fizycznej i uczestnictwa w działaniach wspólnotowych oraz praca w charakterze ochotnika.

Pomoc wrażliwym grupom w społeczeństwie

Niski status społeczny i ekonomiczny wpływa na zwiększenie podatności na zaburzenia psychiczne. Utrata pracy oraz brak zatrudnienia mogą obniżyć poczucie własnej wartości doprowadzając do depresji. Zwiększone ryzyko pogorszenia zdrowia psychicznego dotyczy zwłaszcza emigrantów oraz innych marginalnych grup społecznych. Pomoc bezrobotnym w aktywizacji zawodowej może okazać się opłacalna. Wsparcie ludzi bezradnych może poprawić ich zdrowie psychiczne, wzmocnić integrację społeczną oraz rozwiązać problemy społeczne i ekonomiczne.

Niektóre działania zakończone sukcesem przeprowadzone w kontekście projektów wspólnotowych[30]*:*

Doradztwo dla grup ryzyka; Wspieranie aktywizacji zawodowej; Praca wspomagana dla ludzi chorych i niepełnosprawnych psychicznie.

Możliwe inicjatywy wspólnotowe:

Sugestie przedstawione w procesie konsultacji dotyczące tej Zielonej Księgi mogłyby zostać uwzględnione we wniosku Komisji dotyczącym zalecenia Rady w sprawie działania na rzecz zdrowia psychicznego[31]**.**

6.1.2. Zapobieganie złemu stanowi zdrowia psychicznego

Zapobieganie depresji

Depresja stanowi jeden z najpoważniejszych problemów zdrowotnych w UE.

W sprawozdaniu ekspertów Komisji z 2004 r. zatytułowanym „Działania przeciwko depresji" (*ang.: Actions Against Depression)* zawarto analizę depresji i jej konsekwencji dla zdrowia ludzi, jak również dla systemu społecznego i ekonomicznego oraz przedstawiono możliwości działania[32].

Na zmniejszenie objawów depresji może wpłynąć zastosowanie następujących środków: odpowiednie podejście do nauczania, w tym nauka radzenia sobie w trudnych sytuacjach, zapobieganie zachowaniom brutalnym, podejście w miejscu pracy mające na celu zmniejszenie stresu, a także aktywność fizyczna ludzi starszych. Zwiększanie świadomości ludzi na temat depresji może zachęcić do szukania pomocy oraz zmniejszyć napiętnowanie i dyskryminację.

Niektóre zakończone sukcesem działania:

kognitywne działania behawioralne; wsparcie psychologiczne dla osób bezradnych; szkolenia dla kadry medycznej w zakresie zapobiegania, rozpoznawania i leczenia depresji.

Zmniejszenie zaburzeń związanych ze spożywaniem substancji szkodliwych

Alkohol, narkotyki oraz inne substancje psychoaktywne często stanowią czynnik ryzyka dla wystąpienia problemów ze zdrowiem psychicznym lub ich konsekwencję. Narkotyki i alkohol stanowią priorytety polityki zdrowotnej na poziomie Wspólnoty:

- *Narkotyki*

W 2004 r. Rada przyjęła Europejską strategię zwalczania narkotyków 2005-2012 (*ang: EU Drug Strategy*)[33]. W 2005 r. Rada przyjęła Antynarkotykowy plan działania na lata 2005-2008 (*ang.: Drugs Action Plan*)[34]. Do końca 2006 r. Komisja planuje przedstawić sprawozdanie z wprowadzania w Państwach Członkowskich zalecenia Rady[35].

- *Alkohol*

W 2001 r. Rada przyjęła zalecenie dotyczące spożywania alkoholu przez młodzież. Aktualnie Komisja dokonuje oceny wprowadzania zalecenia oraz przygotowuje kompleksową strategię wspólnotową w celu zmniejszenia szkód powodowanych przez alkohol.

Zapobieganie samobójstwom

W Państwach Członkowskich opracowuje się strategie zapobiegania samobójstwom. Uzasadnione są następujące elementy strategii zapobiegania samobójstwom: ograniczenie dostępu do poznania sposobów popełniania samobójstwa, szkolenia z zakresu udzielania pomocy, a także współpracy pomiędzy udzielającymi pomocy natychmiast po próbie popełnienia samobójstwa oraz udzielającymi późniejszej pomocy.

Działania zakończone sukcesem:

Celem Europejskiego sojuszu przeciwko depresji (EAAD) (*ang.: European Alliance against Depression*) jest zmniejszenie zachowań depresyjnych i samobójczych poprzez stworzenie regionalnych sieci informacyjnych pomiędzy sektorem zdrowia, pacjentami i ich rodzinami, osobami udzielającymi pomocy oraz ogółem społeczeństwa. Projekt pilotażowy wykazał spadek o 25 % liczby samobójstw i prób samobójczych, szczególnie wśród młodzieży[36].

Możliwe inicjatywy wspólnotowe:

Sugestie przedstawione w procesie konsultacji dotyczące tej Zielonej Księgi mogłyby zostać uwzględnione we wniosku Komisji dotyczącym zalecenia Rady w sprawie zmniejszenia zachowań depresyjnych i samobójczych**.**

6.2. Promowanie integracji społecznej ludzi chorych i niepełnosprawnych psychicznie oraz ochrona ich podstawowych praw i godności

Ludzie chorzy i niepełnosprawni psychicznie często spotykają się ze strachem i uprzedzeniami ze strony innych ludzi, reakcjach często opartych na błędnych przekonaniach na temat chorób psychicznych. Napiętnowanie zwiększa cierpienia osobiste, izolację społeczną oraz może stwarzać problemy mieszkaniowe i utrudniać dostęp do zatrudnienia. Może również zniechęcać ludzi do szukania pomocy z obawy przed odrzuceniem. Artykuł 13 Traktatu WE stanowi podstawę prawną do działań na poziomie Wspólnoty mających na celu zwalczanie dyskryminacji między innymi ze względu na upośledzenie. Konieczna jest również zmiana postawy opinii publicznej, partnerów społecznych, władz publicznych i rządów. Zwiększanie świadomości opinii publicznej na temat złego stanu zdrowia psychicznego oraz możliwości leczenia, wsparcie integracji ludzi chorych i niepełnosprawnych psychicznie w życiu zawodowym może przyczynić się do zwiększenia stopnia akceptacji i zrozumienia w społeczeństwie.

Zmiana modelu

Na zwiększenie akceptacji społecznej może wpłynąć deinstytucjonalizacja opieki psychiatrycznej oraz wprowadzenie odpowiednich usług, dostępnych w ramach podstawowej pomocy, w ośrodkach lokalnych i szpitalach ogólnych, dostosowanych do potrzeb pacjenta i jego rodziny. Duże szpitale psychiatryczne i zakłady mogą zwiększać napiętnowanie. W ramach reformy usług psychiatrycznych wiele krajów odchodzi od leczenia zdrowia psychicznego w wielkich ośrodkach leczniczych (w niektórych nowych Państwach Członkowskich takie ośrodki stanowią dużą część infrastruktury świadczącej usługi w zakresie zdrowia psychicznego) na rzecz usług zorganizowanych w danej społeczności. Idzie to w parze ze szkoleniem pacjentów, ich rodzin oraz personelu w zakresie strategii aktywnego uczestnictwa i brania na siebie odpowiedzialności[37].

Studium Komisji zatytułowane „Istniejący w społeczeństwie" (*ang.: „Included in Society"*)[38] potwierdziło, że zastąpienie ośrodków psychiatrycznych usługami o charakterze lokalnym daje możliwość lepszego życia dla ludzi niepełnosprawnych. Nowe studium zbada sytuację i określi, w jaki sposób można lepiej wykorzystać środki finansowe, aby sprostać potrzebom ludzi niepełnosprawnych, oraz przedstawi dane liczbowe dotyczące kosztów deinstytucjonalizacji[39].

Działania innych organizacji międzynarodowych:

W **sieci WHO** „**Szpitale Promujące Zdrowie**" (*ang.: „Health Promoting Hospitals"*) grupa zadaniowa ds. usług psychiatrycznych promujących zdrowie (*ang.: Task Force on Health Promoting Psychiatric Services*)[40] przedstawiła wzory dobrych praktyk promowania zdrowia psychicznego w psychiatrii.

W 2006 r. **Rada Europy** zainicjuje stworzenie „europejskiego narzędzia odniesienia do praw etycznych i praw człowieka w dziedzinie zdrowia psychicznego" (*ang.: „European reference tool for ethics and human rights in mental health"*).

Niektórzy pacjenci dobrowolnie poddają się hospitalizacji psychiatrycznej. *Przymusowe* umieszczanie pacjentów w ośrodkach psychiatrycznych oraz przymusowe leczenie silnie narusza ich prawa. Metodę tę można stosować wyłacznie jako ostatnią możliwość, w przypadku gdy zawiodły mniej surowe metody działania.

Projekt zatytułowany „Przymusowe umieszczanie w ośrodkach psychiatrycznych i przymusowe leczenie osób chorych psychicznie – regulacje prawne i praktyka w Państwach Członkowskich UE" (*ang.: „Compulsory Admission and Involuntary Treatment of Mentally Ill Patients – Legislation and Practice in EU-Member States"*)[41] pokazał, że regulacje prawne bardzo różniły się w zależności od kraju Unii Europejskiej. Tradycje kulturalne, postawy, struktury oraz jakość systemów opieki w zakresie zdrowia psychicznego również wpływają na rzeczywiste działania. Powszechność stosowania przymusowego leczenia również jest różna w zależności od Państwa Członkowskiego.

Problemy związane ze zdrowiem psychicznym oraz problemy dotykające godności człowieka istnieją również w innych ośrodkach opiekuńczych, takich jak domy spokojnej starości, domy dziecka, czy więzienia.

Możliwe inicjatywy na poziomie Wspólnoty:

- Sugestie przedstawione w procesie konsultacyjnym mogłyby określić **dobre praktyki promowania integracji społecznej oraz ochrony praw ludzi chorych i niepełnosprawnych psychicznie.**

- Sytuacja ludzi chorych i niepełnosprawnych psychicznie oraz sytuacja w ośrodkach psychiatrycznych mogłyby zostać uwzględnione w działaniach Europejskiej **Agencji Praw Podstawowych**, która zacznie funkcjonować 1 stycznia 2007 r.[42]

6.3. Poprawa informacji i stanu wiedzy na temat zdrowia psychicznego w Unii Europejskiej

Istniejące systemy monitorowania zdrowia nie obejmują w wystarczającym stopniu zdrowia psychicznego. Zharmonizowanie istniejących, krajowych i międzynarodowych, wskaźników dotyczących zdrowia psychicznego oraz upośledzenia psychicznego u ludzi, w celu zebrania danych z wszystkich krajów UE, wymaga podjęcia znacznego wysiłku. Dodatkowe dane wymagane są w odniesieniu do determinantów społecznych, demograficznych i ekonomicznych zdrowia psychicznego, jak również infrastruktury, działań i środków przeznaczonych na promowanie i zapobieganie.

Należy określić w jaki sposób możliwe jest wykorzystanie dostępnych instrumentów wspólnotowych, takich jak siódmy program ramowy w dziedzinie badań naukowych[43] w celu zwiększenia możliwości badawczych oraz wspierania badań naukowych w zakresie zdrowia psychicznego w UE. Natomiast większa wiedza na temat znaczenia zdrowia psychicznego i konsekwencji złego stanu zdrowia psychicznego na zdrowie, jakość życia, interes społeczny i ekonomiczny, integrację społeczną oraz prawa podstawowe i usługi w zakresie zdrowia psychicznego (np. słuszność, dostęp) pozwoliłyby na poprawę obecnych praktyk.

Możliwa inicjatywa na poziomie Wspólnoty:

Możliwe wydaje się stworzenie możliwości kontaktu **pomiędzy środowiskiem politycznym a środowiskiem naukowym**, który połączyłby władze wspólnotowe i krajowe, środowiska naukowe i zainteresowane strony. Jego rolą byłoby wydawanie opinii na temat wskaźników zdrowia psychicznego w UE, monitorowanie zdrowia psychicznego oraz na temat priorytetów działań badawczych na poziomie Wspólnoty.

7. PROCES KONSULTACJI W SPRAWIE ROZWOJU WSPÓLNOTOWEJ STRATEGII ZDROWIA PSYCHICZNEGO

Z uwagi na ogromne znaczenie zdrowia psychicznego właściwym jest opracowanie wspólnotowej strategii zdrowia psychicznego opartej na szeroko zakrojonym i procesie konsultacji.

Przewiduje się następujące działania:

7.1. Budowanie dialogu z Państwami Członkowskimi na temat strategii zdrowia psychicznego

Dialog ten pozwoli Państwom Członkowskim na wymianę myśli i współpracę. Jednym z celów jest określenie priorytetów i elementów planu działania w zakresie zdrowia psychicznego, prowadzących do przygotowania serii działań podstawowych w sektorach związanych ze zdrowiem i innych sektorach wraz z określonymi celami, punktami odniesienia, harmonogramami działań oraz mechanizmem pozwalającym na monitorowanie ich wdrażania. Plan działań WHO na rzecz zdrowia psychicznego w Europie mógłby posłużyć za wzór wraz z planem działania „Promowanie zdrowia psychicznego oraz zapobieganie zaburzeniom psychicznym:
polityka dla Europy" (*ang.: „Mental Health Promotion and Mental Disorder Prevention: A Policy for Europe"*), opracowanym w ramach wspólnotowego programu w dziedzinie zdrowia publicznego[44].
Dialog powinien się również dotyczyć użyteczności dwóch zaproponowanych zaleceń Rady dotyczących a) promowania zdrowia psychicznego i b) zmniejszenia zachowań depresyjnych i samobójczych.

7.2. Stworzenie platformy UE dotyczącej zdrowia psychicznego

Platforma UE dotycząca zdrowia psychicznego powinna wspierać współpracę i konsensus w dziedzinie zdrowia psychicznego poprzez zaangażowanie w działania różne podmioty, takie jak decydenci polityczni, eksperci, zainteresowane strony z sektora związanego ze zdrowiem lub z innych sektorów oraz przedstawiciele społeczeństwa obywatelskiego. Platforma powinna dokonać analizy głównych aspektów zdrowia psychicznego, określić praktyki oparte na dowodach naukowych, opracować zalecenia dotyczące środków działania, również na poziomie Wspólnoty, a także określić dobre praktyki w celu wspierania integracji społecznej ludzi chorych i niepełnosprawnych psychicznie oraz w celu ochrony ich podstawowych praw i godności. Wszystkie te aspekty mogą zostać uwzględnione w dialogu z Państwami Członkowskimi.

7.3. Połączenie polityki i badań naukowych dotyczących zdrowia psychicznego

Trzecie działanie powinno polegać na zaangażowaniu odpowiednich zainteresowanych stron do pobudzania dialogu wokół opracowania systemu wskaźników, który obejmowałby informacje dotyczące zdrowia psychicznego i jego determinantów, ocenę wpływu i praktyki oparte na dowodach naukowych. Jego celem będzie znalezienie najskuteczniejszych sposobów określania priorytetów badawczych oraz zapewnienia ściślejszego powiązania pomiędzy systemami danych, wiedzą badawczą i formułowaniem polityk. Powstałe zalecenia mogłyby zostać zawarte w planie działań.

8. KOLEJNE KROKI

Istnieje szerokie porozumienie mówiące, że ludzki, społeczny i ekonomiczny wymiar zdrowia psychicznego wymaga szerszego uznania przez decydentów politycznych oraz większej świadomości społecznej. Istotne inicjatywy podejmuje się na poziomie Państw Członkowskich, UE oraz WHO.

Komisja zaprasza wszystkich zainteresowanych obywateli, strony, organizacje oraz instytucje Unii Europejskiej do uczestnictwa w opracowywaniu możliwej wspólnotowej strategii oraz planu działania w sprawie zdrowia psychicznego przez opracowanie uwag na temat tej Zielonej Księgi.

Komisję szczególnie interesują opinie w następujących kwestiach:

(1) Jakie znaczenie ma zdrowie psychiczne ludności dla celów strategicznych UE opisanych w pkt 1?

(2) Na ile przydatne byłoby opracowanie wspólnotowej kompleksowej strategii zdrowia psychicznego oraz czy priorytety przedstawione w pkt 5. są właściwe?

(3) Czy inicjatywy zaproponowane w pkt 6 i 7 są odpowiednie, aby wesprzeć koordynację pomiędzy Państwami Członkowskimi, uwzględnić zdrowie psychiczne w politykach związanych ze zdrowiem lub innych politykach oraz w działaniach podjętych przez zainteresowane strony i aby zwiększyć związek pomiędzy badaniami naukowymi i działaniami w zakresie zdrowia psychicznego?

Uwagi odnoszące się do tego procesu konsultacji należy przesyłać do Komisji do dnia **31 maja 2006 r.** drogą elektroniczną na adres: mental-health@cec.eu.int lub pocztą na następujący adres:

European Commission

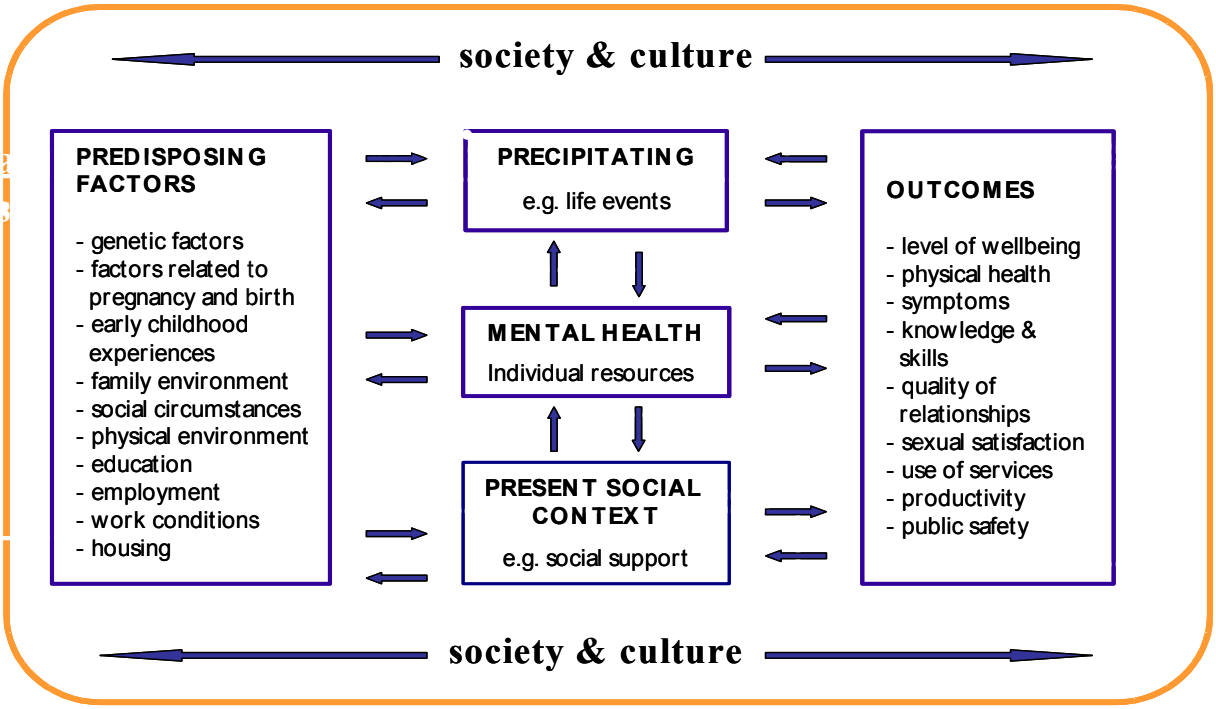
Directorate-general for Health and Consumer Protection

Unit C/2 “Health Information”

L-2920 Luxembourg

Zielona Księga oraz otrzymane uwagi zostaną opublikowane na stronie internetowej Komisji[45], chyba że wyraźnie zostanie sformułowany sprzeciw w tej sprawie. Pod koniec 2006 r. Komisja planuje przedstawić analizę otrzymanych odpowiedzi oraz, jeśli będzie to stosowne, własne propozycje i/lub inicjatywy dotyczące strategii zdrowia psychicznego dla Unii Europejskiej.

ZAŁĄCZNIK 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

ZAŁĄCZNIK 2

Estimated number of subjects in the general EU population (age 18–65) affected by mental disorders within past 12 months[46]

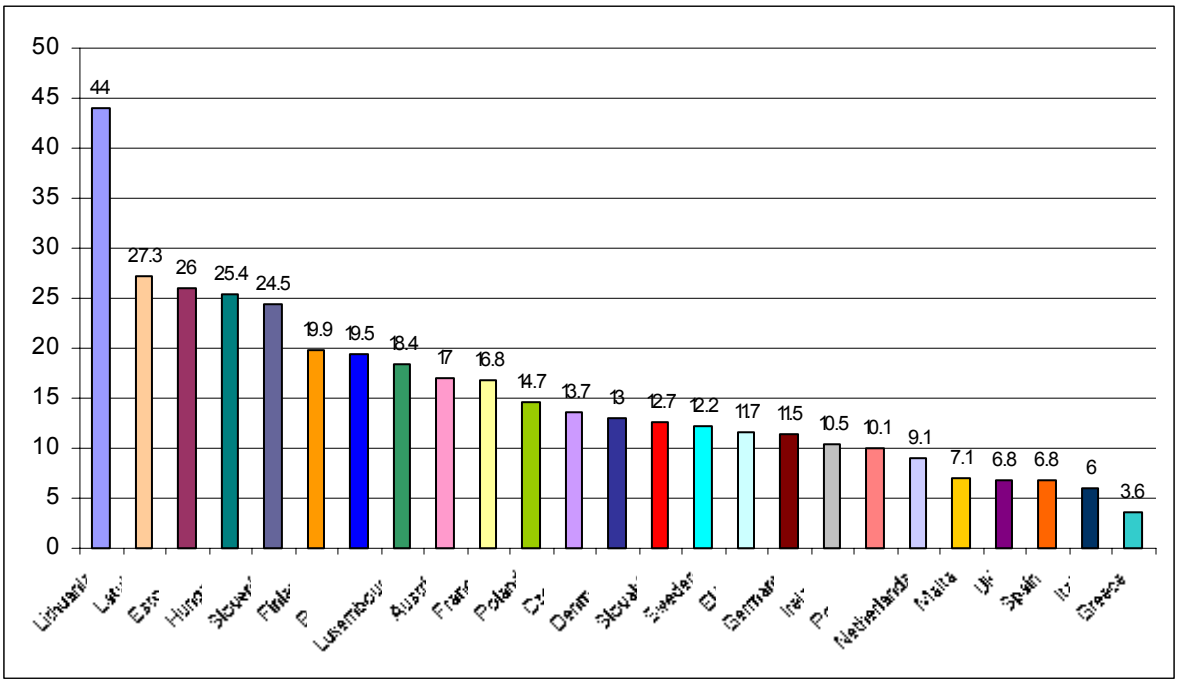
Diagnosis (DSM-IV)	12-month estimate (%)	12-month estimate (million)
Alcohol dependence	2.4	7.2
Illicit substance dependence	0.7	2.0
Psychotic disorders	1.2	3.7
Major depression	6.1	18.4
Bipolar disorder	0.8	2.4
Panic disorder	1.8	5.3
Agoraphobia	1.3	4.0
Social phobia	2.2	6.7
Generalised Anxiety Disorder (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 Neurospsychopharmacology, Volume 15, Number 4, pp. 357-376. 12-months values rounded by Commission. Percentage values based on Commission's own calculations.

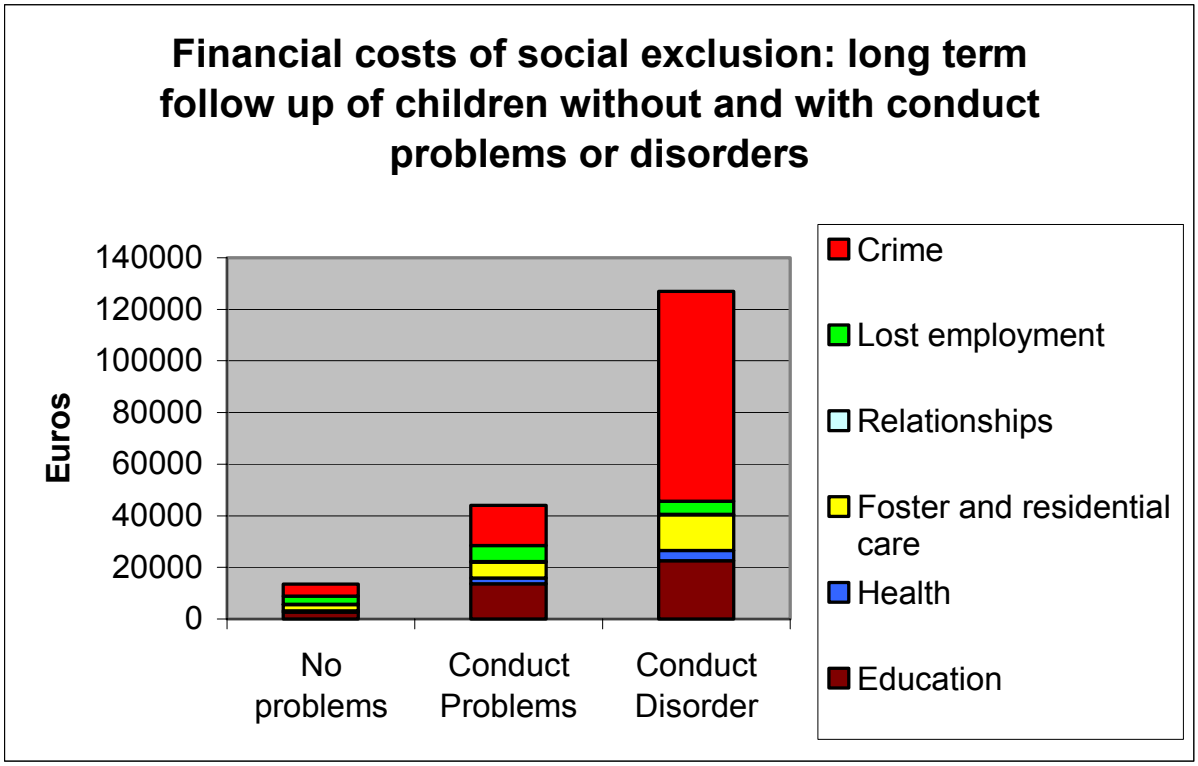
ZAŁĄCZNIK 3

Standardised death rate for suicide per 100.000 people across EU Member States in 2002[47]



ZAŁĄCZNIK 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.

ZAŁĄCZNIK 5

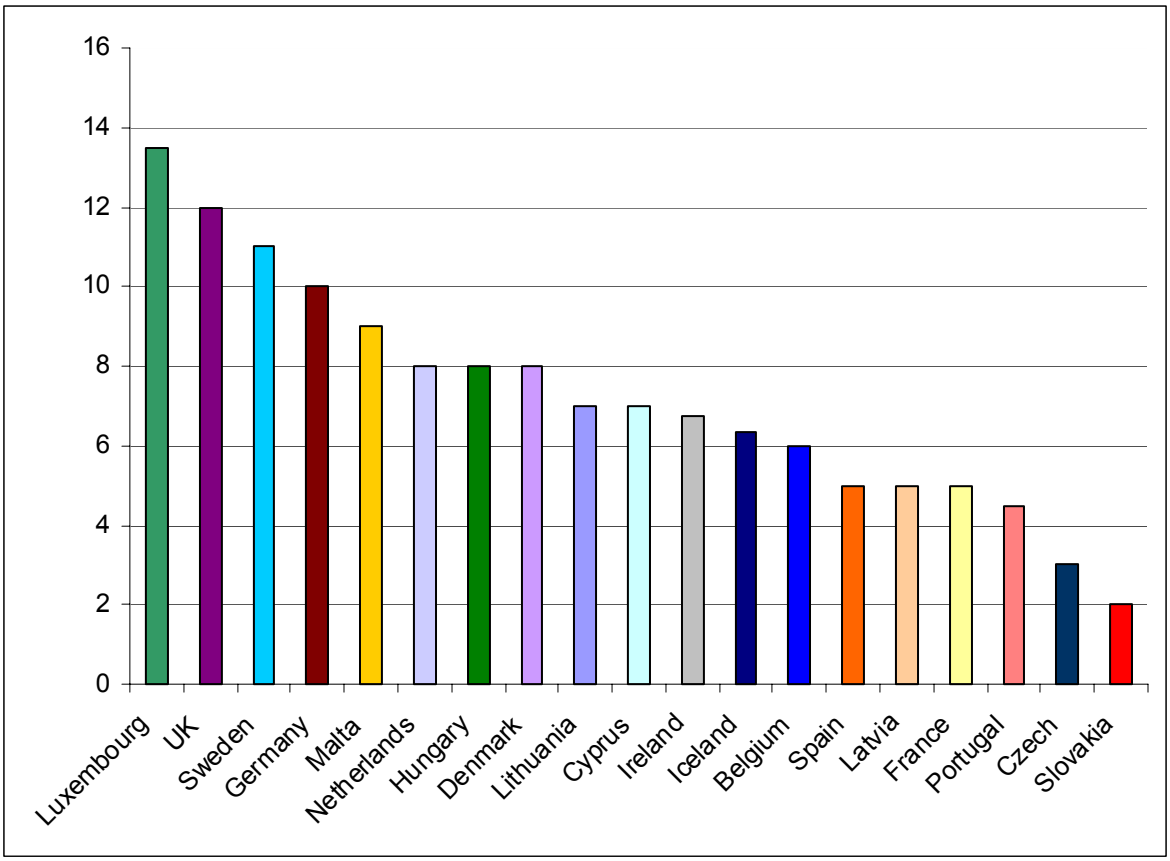
Summary of selected EC events relating to mental health between 1999 and 2005

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 Presidency and WHO	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	

ZAŁĄCZNIK 6

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



Source:

Mental Health Economics European Network (2004)

ZAŁĄCZNIK 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 Neurospsychopharmacology, 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] As confirmed by Mental Health Economics European Network, project co-funded from Community Health Promotion Programme (1997-2002), implemented by Mental Health Europe-Santé Mentale Europe, (2001-2003), http://www.mentalhealth-econ.org.

[8] Scott S, Knapp M, Henderson J, Maughan B: Financial costs of social exclusion: follow-up study of antisocial children into adulthood, British Medical Journal, 323 (2001), 191-196.

[9] The conference established a Mental Health Declaration for Europe and a Mental Health Action Plan for Europe, both for the WHO European Region. http://www.euro.who.int/mentalhealth2005

[10] Only 26% of adult Europeans with a mental disorder have a contact with formal health services (Alonso, J., Angermeyer, M., Bernert, S.et al. (2004). Use of Mental Health Services in Europe: Results from the European Study on Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) Project. Acta Psychiatr Scand; 109 (suppl 420): 47-54.

[11] Article 152 of the EC Treaty, http://europa.eu.int/eur-lex/en/treaties/selected/livre235.html

[12] An overview is given in the publication: "Action for Mental Health. Activities co-funded from European Community Public health Programmes 1997-2004", http://europa.eu.int/comm/health/ph_determinants/life_style/mental_health_en.htm. A list of all completed and ongoing such projects can be found under: http://europa.eu.int/comm/health/ph_projects/project_en.htm

[13] Decision No 1786/2002/EC of the European Parliament and of the Council of 23 September 2002 adopting a programme of Community action in the field of public health (2003-2008). Official Journal L 271, 09.10.2002

[14] Council Directive 2000/78/EC of 27 November 2000 establishing a general framework for equal treatment in employment and occupation, Official Journal L303 of 2.12.2000, 16-22

[15] Fifth Framework Programme for research, technological development and demonstration activities (1998 to 2002), Decision No 182/1999/EC of the European Parliament and of the Council of 22.12.1998, Official Journal L26/1 of 01.02.1999,.Sixth Framework Programme for research, technological development and demonstration activities covering the period 2002-2006, Decision N° 1513/2002/EC of the European Parliament and of the Council of 27.06.2002, Official Journal L232/1 of 29.08.2002; Official Journal L294/1 of 29.10.02.

[16] Mental health disability : a european assessment in the year 2000, MHEDEA-2000, RTD Project QLG5-1999-01042, http://dbs.cordis.lu/fep-cgi/srchidadb?ACTION=D&SESSION=41092005-9-8&DOC=18&TBL=EN_PROJ&RCN=EP_DUR:36&CALLER=PROJ_LIFE

[17] A list of health-related projects under the Information Society Technologies Programme (IST) under Reseach Framework Programmes can be found under http://www.cordis.lu/ist/ka1/health/projectbooklet/others.htm. Mental health-related projects include MULTIPLE, ALDICT, ACTION, TASK, ASTRID, MEDIATE and VEPSY UPDATED.

[18] http://europa.eu.int/comm/justice_home/funding/daphne/funding_daphne_en.htm

[19] Eurostat. Figures for 2002 (Greece: latest available figure), as in annex 2.

[20] Project co-funded from the Community Health Monitoring Programme (1998-2002), implemented by the Mutelle Générale de l'Education Nationale, Paris (2001-2004). The project covered the former 15 Member States of the EU, Norway and Iceland, .http://europa.eu.int/comm/health/ph_projects/2001/monitoring/fp_monitoring_2001_frep_06_en.pdf. 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

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

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

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

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

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

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

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

[29] as in footnote 21

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

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

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

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

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

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

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

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

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

[39] "Comparative cost analysis: Community based services as an alternative to institutions", tender no. VT/2005/021, Official Journal on 22 June 2005 N° 2005/S 119-117014

[40] http://www.hpps.net

[41] Project co-funded from the Community Health Monitoring Programme (1997-2002), implemented by Central Institute of Mental Health, Mannheim (2000-2002). http://europa.eu.int/comm/health/ph_projects/2000/promotion/promotion_project_2000_full_en.htm#8

[42] 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.