



KOMISE EVROPSKÝCH SPOLEČENSTVÍ

V Bruselu dne 14.10.2005
KOM(2005) 484 v konečném znění

ZELENÁ KNIHA

**Zlepšení duševního zdraví obyvatelstva
Na cestě ke strategii duševního zdraví pro Evropskou unii**

OBSAH

1.	Úvod.....	3
2.	Duševní zdraví – klíčový význam pro občany, společnost a politiku.....	4
3.	Situace – duševní nemoci, úkol rostoucího významu pro EU	4
4.	Příprava reakce: iniciativy politiky v oblasti duševního zdraví.....	5
4.1.	Evropské společenství, jeho mandát a činnosti v oblasti duševního zdraví.....	5
4.2.	Duševní zdraví v členských státech	6
5.	Potřeba strategie EU v oblasti duševního zdraví.....	7
6.	Hledání řešení – možnosti opatření.....	8
6.1.	Podpora duševního zdraví a preventivní opatření v boji proti duševním nemocem	8
6.1.1.	Zlepšení duševního zdraví obyvatelstva	8
6.1.2.	Preventivní opatření v boji proti duševním nemocem	9
6.2.	Podpora zařazení duševně nemocných nebo lidí s duševním postižením do společnosti a ochrana jejich základních práv a důstojnosti.....	11
6.3.	Zlepšení informovanosti a znalostí o duševním zdraví v EU	12
7.	Proces konzultace při tvorbě strategie EU v oblasti duševního zdraví	12
7.1.	Tvorba dialogu s členskými státy v oblasti duševního zdraví.....	13
7.2.	Založení platformy EU v oblasti duševního zdraví.....	13
7.3.	Tvorba styčné skupiny mezi politikou a výzkumem v oblasti duševního zdraví	13
8.	Další kroky	13

ZELENÁ KNIHA

Zlepšení duševního zdraví obyvatelstva Na cestě ke strategii duševního zdraví pro Evropskou unii

1. Úvod

Duševní zdraví evropského obyvatelstva může přispět k dosažení některých strategických cílů politiky EU, jakými jsou např. vrátit Evropu zpět na cestu k dlouhodobé prosperitě, udržet oddanost Evropy solidaritě a sociální spravedlnosti a přinést hmatatelné praktické zlepšení kvality života evropských občanů¹.

Duševní zdraví obyvatelstva EU však lze značně zlepšit:

- duševní nemoci nepříznivě ovlivňují jednoho ze čtyř obyvatel a mohou vést k sebevraždám, jež jsou příčinou příliš mnoha úmrtí;
- duševní nemoci způsobují značné ztráty hospodářskému, sociálnímu, vzdělávacímu jakož i trestnímu a soudnímu systému a jsou pro tyto systémy rovněž významnou zátěží;
- stále existují stigmatizace, diskriminace, nedodržování lidských práv a nerespektování důstojnosti duševně nemocných a osob s dušením postižením, čímž jsou v sázce základní evropské hodnoty.

Tuto situaci je možné zlepšit. Uskutečnila se řada iniciativ, je však zapotřebí dalšího rozvoje a konsolidace stávajících opatření. Evropská ministerská konference Světové zdravotnické organizace (WHO) o duševním zdraví v lednu 2005 stanovila rámec pro komplexní opatření a politický závazek v oblasti duševního zdraví. Vyzvala Evropskou komisi, aby jako spolupracující partner konference v souladu se svými pravomocemi i očekáváními Rady a v rámci partnerství s WHO přispívala k provádění tohoto rámce opatření.

Tato Zelená kniha je první reakcí na uvedenou výzvu. Navrhuje stanovit strategii EU v oblasti duševního zdraví. Její přidaná hodnota by spočívala: ve vytvoření rámce pro výměnu a spolupráci mezi členskými státy; v pomoci ke zlepšení provázanosti opatření v odvětvích zdravotních a nezdravotní politiky na úrovni členských států i Společenství; v umožnění zapojit do tvorby řešení široké spektrum příslušných zúčastněných stran.

Zelená kniha si klade za cíl zahájit s evropskými orgány, vládami, zdravotnickými odborníky, zúčastněnými stranami v jiných odvětvích, občanskou společností, organizacemi pacientů a výzkumnou obcí diskusi o významu duševního zdraví pro EU, potřebě strategie na úrovni EU a jejích možných prioritách.

V souladu s článkem 152 Smlouvy o ES spadají některé návrhy činnosti v oblasti veřejného zdraví předložené v této Zelené knize do pravomoci Společenství. Další návrhy přísluší výlučné pravomoci členských států. Pro návrhy činnosti v jiných oblastech politiky se použijí příslušné právní základy.

Komise zamýšlí zveřejnit výsledky procesu konzultace, a případně i návrh strategie duševního zdraví pro EU, do konce roku 2006.

2. DUŠEVNÍ ZDRAVÍ – KLÍČOVÝ VÝZNAM PRO OBČANY, SPOLEČNOST A POLITIKU

Zdraví bytostně souvisí se zdravím duševním. Pro *občany* představuje duševní zdraví prostředek, jenž jim umožňuje uskutečňovat duševní a citový potenciál, nacházet a plnit role ve společenském, akademickém a pracovním životě. Ve *společnostech* přispívá dobré duševní zdraví obyvatelstva k prosperitě, solidaritě a sociální spravedlnosti. Z duševních nemocí naopak plynou četné náklady, ztráty a zátěž občanů i společenských uspořádání.

Duševní zdraví, duševní nemoci a jejich rozhodující činitelé:

WHO popisuje **duševní zdraví** jako: „stav duševní pohody, v němž jedinec uskutečňuje své schopnosti, dokáže se v životě vyrovnat s běžnými stresy, dovede pracovat produktivně a užitečně a je schopen se podílet na životě své komunity“².

Duševní nemoci zahrnují psychické problémy a zátěž, narušené fungování související s tísní, příznaky a diagnostikovatelné duševní poruchy jako např. schizofrenii a depresi.

Duševní stav lidí určuje **celá řada faktorů** (příloha 1), včetně faktorů biologických (tj. genetiky, pohlaví), individuálních (tj. osobní zkušenosti), rodinných a sociálních (tj. sociální podpora) a ekonomických a environmentálních (tj. společenské postavení a životní podmínky).

3. SITUACE – DUŠEVNÍ NEMOCI, ÚKOL ROSTOUCÍHO VÝZNAMU PRO EU

Zdravotní rozměr

Odhaduje se, že v časovém rozmezí jednoho roku trpí alespoň jednou z duševních poruch více než 27 % Evropanů dospělého věku (viz příloha 2)³.

Nejrozšířenějšími duševními poruchami jsou v EU úzkostné stavy a deprese. Očekává se, že do roku 2020 se deprese stane nejvýznamnější příčinou nemocí v rozvinutém světě⁴.

V EU v současnosti každoročně umírá v důsledku sebevražd zhruba 58 000 občanů (příloha 3), což je vyšší počet než v případě úmrtí v důsledku dopravních nehod, vražd nebo HIV/AIDS⁵.

Duševní a tělesné zdraví spolu úzce souvisí. Zařazení péče o duševní zdraví do všeobecné nemocniční péče proto může značně snížit dobu hospitalizace, a tím rovněž uvolnit hospodářské zdroje na jiné účely.

Vliv na prosperitu, solidaritu a sociální spravedlnost

Duševní nemoci ovlivňují celou řadu oblastí:

Odhaduje se, že náklady související s duševními nemocemi činí 3 % - 4 % z HDP, a to především v důsledku ztráty produktivity⁶. Duševní poruchy jsou rovněž nejčastější příčinou předčasných odchodů do důchodu a invalidních důchodů⁷.

Poruchy jednání a chování v dětství představují náklady pro sociální, vzdělávací jakož i trestní a soudní systém (viz příloha 4)⁸.

Další nehmotné náklady souvisejí se způsobem, jak se společnost chová k duševně nemocným a postiženým osobám. Navzdory zlepšení možností léčby a pozitivnímu vývoji v oblasti psychiatrické péče se duševně nemocní nebo lidé s duševním postižením střetávají i nadále s vyloučením ze společnosti, stigmatizací, diskriminací nebo nedodržováním základních lidských práv a nerespektováním jejich důstojnosti.

4. PŘÍPRAVA REAKCE: INICIATIVY POLITIKY V OBLASTI DUŠEVNÍHO ZDRAVÍ

Rostoucí vnímání duševních nemocí jako problému přimělo tvůrce politik, zdravotnické odborníky a zúčastněné strany hledat řešení, přičemž naposledy se touto otázkou zabývala v lednu 2005 Evropská ministerská konference WHO o duševním zdraví⁹.

Není pochyb o tom, že poskytování účinné a vysoce kvalitní péče o duševní zdraví a jeho léčby, jakož i přístup duševně nemocných k těmto službám, představuje hlavní prioritu¹⁰.

Při řešení uvedených úkolů sehraávají sice lékařské zásahy klíčovou úlohu, ovšem samy o sobě se nemohou zabývat rozhodujícími sociálními činiteli a ani je změnit. Proto je v souladu se strategií WHO zapotřebí komplexního přístupu, jenž by se vztahoval na poskytování léčby a péče jednotlivcům, ale i na opatření pro všechny obyvatele na podporu duševního zdraví, prevenci duševních nemocí a řešení otázek souvisejících se stigmatem a lidskými právy. Takovýto přístup by měl zahrnovat mnoho činitelů, včetně odvětví zdravotní a nezdravotní politiky a zúčastněných stran, jejichž rozhodnutí ovlivňují duševní zdraví obyvatelstva. Na tvorbě řešení by se měly zásadním způsobem podílet organizace pacientů a občanská společnost.

4.1. Evropské společenství, jeho mandát a činnosti v oblasti duševního zdraví

Mandát k činnosti na úrovni Společenství v oblasti veřejného zdraví definuje článek 152 Smlouvy o ES. Stanoví, že „při vymezení a provádění všech politik a činností Společenství je zajištěn vysoký stupeň ochrany lidského zdraví.“¹¹ Činnost Společenství doplňuje politiku členských států v oblastech zlepšování veřejného zdraví, předcházení nemocem, zdravotnických informací a zdravotní výchovy, jakož i snižování škodlivých účinků drog, a podněcuje v těchto oblastech mezi členskými státy spolupráci. Organizace zdravotnictví a poskytování zdravotní péče přísluší zcela pravomoci členských států. Pro jiné politiky Společenství se použijí příslušné právní základy.

Na základě uvedených pravomocí přísluší působnosti Evropských společenství v oblasti duševního zdraví :

- možný příspěvek dobrého duševního zdraví obyvatelstva k dosažení některých strategických cílů politiky EU;
- úloha Společenství při podněcování a podpoře spolupráce mezi členskými státy a při řešení otázek nerovnosti mezi těmito státy; a
- povinnost Společenství přispívat prostřednictvím všech svých politik a činností k vysokému stupni ochrany lidského zdraví.

V uplynulých letech vzniklo v oblasti různých politik Společenství několik konkrétních iniciativ:

- **Zdravotní politika** Společenství se duševnímu zdraví věnuje od roku 1997 prostřednictvím konkrétních projektů a iniciativ politiky¹² (příloha 5). *Akční program Společenství v oblasti veřejného zdraví (2003-2008)*¹³ poskytuje k opatření právní základ. Další související priority se týkaly zneužívání drog a škod způsobených alkoholem.
- Iniciativy v rámci **sociální politiky a politiky zaměstnanosti Společenství** se zaměřily na zamezení diskriminace duševně nemocných, zařazení lidí s duševním postižením do společnosti a na prevenci stresu na pracovišti, včetně:
 - přijetí směrnice 2000/78/ES, která mimo jiné zakazuje v oblasti zaměstnání diskriminaci na základě zdravotního postižení¹⁴.
 - opatření v rámci Evropského roku osob se zdravotním postižením v roce 2003; a
 - přijetí evropské rámcové dohody o pracovním stresu sociálními partnery v roce 2004.
- Důležitým zdrojem financování evropského výzkumu v oblasti duševního zdraví je **rámcový program Společenství pro výzkum**¹⁵. V rámci jednoho takto financovaného projektu „MHEDEA-2000“ bylo provedeno evropské posouzení duševního postižení¹⁶.
- **Politika informační společnosti a sdělovacích prostředků** podpořila rozvoj nástrojů založených na informační a komunikační technologii (ICT) pro využití v oblastech prevence, diagnózy a péče¹⁷.
- **Regionální politika** podporuje investice do infrastruktury ve zdravotnictví, což má pozitivní účinek na změny regionů.
- **Vzdělávací politika** se duševním zdravím zabývá v rámci svých činností (např. v oblasti klíčových schopností pro znalostní společnost) a v rámci projektů.
- Program DAPHNE II bojuje jako součást politiky Společenství v oblasti **svobody, bezpečnosti a práva** proti násilí na dětech, mladých lidech a ženách¹⁸. Tento druh násilí může způsobit vážné psychické problémy.

Komplexní strategie duševního zdraví, jež by spojila všechny uvedené činnosti, dosud na úrovni Společenství neexistuje. Takováto strategie by posílila provázanost a účinnost stávajících a budoucích iniciativ.

4.2. Duševní zdraví v členských státech

Mezi členskými státy (jakož i v jejich rámci) existují závažné nerovnosti. Například údaje o počtu sebevražd se pohybují od 3,6 na 100 000 obyvatel v Řecku až k 44 na 100 000 obyvatel v Litvě, což je vůbec nejvyšší počet na světě¹⁹. Podíly prostředků vyčleněných na duševní zdraví se v rámci rozpočtů pro zdravotnictví v jednotlivých členských státech (viz příloha 6) rovněž výrazně liší.

Ze zprávy z roku 2004 nazvané „The state of mental health in the European Union“²⁰ (Stav duševního zdraví v Evropské unii) vyplynulo, že v členských zemích není postavení duševního zdraví jednotné, neboť odráží rozlišnost členských zemí, jejich situaci, tradici a kulturu.

Poznatky z jednotlivých zemí byly v roce 2005 souhrnně vydány v publikaci nazvané „Mental health promotion and mental disorder prevention across European Union Member States: an overview“²¹ (Podpora duševního zdraví a prevence duševních poruch v členských státech Evropské unie: přehled) a představují v oblasti duševního zdraví jednotlivých členských států otázky, politiky a struktury.

Vzhledem k rozlišnosti členských států není možné vyvozovat jednoduché závěry nebo navrhnout jednotná řešení. Mezi členskými státy však existuje prostor pro výměnu a spolupráci, jakož i příležitost učit se od sebe navzájem.

V celé řadě politických dokumentů schválených od roku 1999 Radou ministrů²² se odráží přání členských států využít spolupráce na úrovni EU v oblasti duševního zdraví. Ve svých závěrech přijatých v červnu 2005 Rada tuto myšlenku dále posílila, když členské státy vyzvala, aby věnovaly náležitou pozornost provádění výsledků Evropské ministerské konference WHO o duševním zdraví. Komise byla vyzvána k podpoře provádění na základě svých pravomocí.

5. POTŘEBA STRATEGIE EU V OBLASTI DUŠEVNÍHO ZDRAVÍ

Stanovení strategie duševního zdraví na úrovni EU by představovalo přidanou hodnotu v podobě:

- (1) tvorby rámce pro výměnu a spolupráci mezi členskými státy;
- (2) v pomoci ke zlepšení provázanosti opatření v různých odvětvích politiky;
- (3) v otevření platformy, jež by do tvorby řešení zapojila zúčastněné strany včetně organizací pacientů a organizací občanské společnosti.

Konzultace by měla určit, jakým způsobem ke zlepšení duševního zdraví obyvatelstva přispívají politiky a finanční nástroje Společenství, jako například rámcové programy Společenství pro výzkum. Členskými státem je určena výzva, aby společně s regiony a Komisí posoudily, jak lze v oblasti duševního zdraví lépe využívat strukturálních fondů na zlepšení zařízení dlouhodobé péče a infrastruktury ve zdravotnictví. Plošný příspěvek Komise by mohl spočívat v tvorbě informací a znalostí o stavu duševního zdraví v EU, o rozhodujících činitelích duševního zdraví a možnostech boje proti duševním nemocem.

Pro vypracování uvedené strategie by se měla využít strategie WHO pro region Evropy, výsledky činností v rámci programů EU, jakož i dostupné údaje z členských států.

Komise navrhuje, aby se strategie EU zaměřila na tato hlediska:

- (1) podporu duševního zdraví všech lidí;
- (2) preventivní opatření v boji proti duševním nemocem;

- (3) zlepšení kvality života duševně nemocných a lidí s duševním postižením prostřednictvím zařazení do společnosti a ochrany jejich práv a důstojnosti; a
- (4) rozvoj systému EU v oblasti informací, výzkumu a znalostí o duševním zdraví.

6. HLEDÁNÍ ŘEŠENÍ – MOŽNOSTI OPATŘENÍ

Je zapotřebí převést stávající politické závazky v opatření. Projekty v rámci programů EU v oblasti veřejného zdraví prokázaly, že takovéto opatření lze uskutečnit a může mít úspěch i šetřit náklady. Ostatní projekty přispěly k vylepšení znalostní a informační základny v oblasti duševního zdraví v EU.

Sít' nazvaná „Implementing Mental Health Promotion Action“ (Provádění opatření na podporu duševního zdraví, IMPHA)²³ vytvořila na internetu databázi, jež představuje stávající programy, přehled údajů z oblasti prevence a podpory a akční plán „Mental health promotion and Mental Disorder Prevention A Policy for Europe“ (Podpora duševního zdraví a prevence duševních poruch : politika pro Evropu)²⁴.

6.1. Podpora duševního zdraví a preventivní opatření v boji proti duševním nemocem

Podpora duševního zdraví a prevence duševních nemocí se týká rozhodujících individuálních, rodinných, komunitních a sociálních činitelů duševního zdraví a spočívá v posilování ochranných faktorů (např. odolnosti) a v omezování rizikových faktorů (příloha 7)²⁵. Prostředími zásadního významu pro opatření jsou školy a pracoviště, tedy místa, kde lidé tráví velkou část svého času.

6.1.1. Zlepšení duševního zdraví obyvatelstva

Tvorba duševního zdraví u malých dětí, dětí a mládeže

Vzhledem ke skutečnosti, že duševní zdraví se významně utváří v prvních rocích života, představuje podpora duševního zdraví dětí a mládeže investici pro budoucnost. Osvojení správných rodičovských schopností může napomoci lepšímu vývoji dítěte. Přístup v rámci holistického učení může zlepšit sociální dovednosti a odolnost, jakož i snížit zastrašování, úzkost a příznaky deprese.

Některá úspěšná opatření v rámci projektů EU²⁶

Nejmenší děti a děti: boj proti poporodní depresi matek; zlepšení rodičovských schopností; návštěvy zdravotních sester v domácnostech nastávajících nebo čerstvých rodičů; docházení zdravotních sester do škol.

Mládež a mladí lidé: podnětné školní prostředí a mravní charakter; informační balíčky o duševním zdraví pro studenty, rodiče a učitele.

Podpora duševního zdraví u pracujících obyvatelstva

Zatímco dobré duševní zdraví zvyšuje pracovní kapacitu a produktivitu, nevyhovující pracovní podmínky, včetně zastrašování ze strany kolegů, vedou k špatnému duševnímu zdraví, nemocenské dovolené a zvýšeným nákladům. Stresu na pracovišti je v Evropě

vystaveno až 28 % zaměstnanců²⁷. Opatření ke zlepšení individuální výkonnosti a omezení stresorů v pracovním prostředí prospívají zdraví i hospodářskému rozvoji.

Některá úspěšná opatření v rámci projektů EU²⁸

Aktivní účast zaměstnanců na pracovišti a kultura řízení; určení pracovníků trpících duševními nemocemi; úpravy pracovních podmínek v souladu s potřebami zaměstnanců (např. pružná pracovní doba).

Podpora duševního zdraví u lidí vyššího věku

V souvislosti se stárnutím obyvatelstva EU a souvisejícími důsledky v oblasti duševního zdraví je nutno účinně jednat. S vysokým věkem souvisí mnoho stresorů, např. snížená akceschopnost a společenská izolace, jež mohou zvýšit výskyt duševních nemocí. Zátěž v podobě duševních poruch dále zvýší deprese spojené s pozdním věkem a neuropsychiatrické stavy související s věkem, jakými je například demence. Prokázalo se, že k lepší duševní pohodě starších obyvatel přispívají podpůrná opatření.

Některá úspěšná opatření v rámci projektů EU²⁹

Sítě sociální podpory; podpora fyzické činnosti a účast v komunitních a dobrovolnických programech.

Zaměření na zranitelné skupiny společnosti

Nízké společenské a ekonomické postavení zvyšuje náchylnost k duševním nemocem. Ztráta práce a nezaměstnanost mohou snižovat sebeúctu a vést k depresi. Riziku duševních nemocí jsou obzvláště vystaveni přistěhovalci a jiné marginalizované skupiny. Opatření k opětovnému vstupu nezaměstnaných na pracovní trh mohou šetřit náklady. Podpora zranitelných skupin může zlepšit duševní zdraví, posílit sociální soudržnost a předejít související sociální a ekonomické zátěži.

Některá úspěšná opatření v rámci projektů EU³⁰

Poradenství rizikovým skupinám; podpora vstupu na pracovní trh; podpora zaměstnávání duševně nemocných a osob s duševním postižením.

Možná iniciativa na úrovni Společenství:

Návrhy formulované v procesu konzultace v reakci na tuto Zelenou knihu by mohly být zařazeny do návrhu Komise na doporučení Rady o podpoře duševního zdraví.³¹

6.1.2. Preventivní opatření v boji proti duševním nemocem

Prevence deprese

Deprese představuje v EU jeden z nejzávažnějších zdravotních problémů.

V roce 2004 vydala Komise zprávu odborníků nazvanou „Actions Against Depression“ (Opatření proti depresi), která analyzuje depresi a její vliv na veřejné zdraví, jakož i na sociální a hospodářský systém, a předkládá možnosti opatření³².

Příznaky deprese mohou ve škole snížit přístupy vycházející mimo jiné z dovedností nabytých v průběhu života a prevence zastrašování, na pracovišti přístupy ke snížení stresu a u starších věkových skupin to může být fyzická činnost. Zvyšování povědomí veřejnosti o depresi může přispět k hledání pomoci a ke snížení stigmatu a diskriminace.

Některá úspěšná opatření:

Kognitivně behaviorální opatření; psychologická podpora ohrožených jedinců; školení zdravotnických odborníků v prevenci, rozpoznání a léčbě deprese.

Boj proti užívání látek způsobujících duševní poruchy

Alkohol, drogy a jiné psychoaktivní látky jsou často rizikovým faktorem nebo důsledkem psychických problémů. Boj proti drogám a alkoholu je pevně danou prioritou zdravotní politiky na úrovni Společenství:

- Drogy

V roce 2004 schválila Rada protidrogovou strategii EU (2005 – 2012)³³. V roce 2005 schválila Rada Protidrogový akční plán EU (2005 – 2008)³⁴. Do konce roku 2006 hodlá Komise vypracovat zprávu o provádění doporučení Rady³⁵ členskými státy.

- Alkohol

V roce 2001 přijala Rada doporučení o konzumaci alkoholu mladými lidmi. Komise vyhodnocuje provádění uvedeného doporučení a připravuje komplexní strategii Společenství ohledně omezení škod způsobených alkoholem.

Prevence sebevražd

V členských státech vznikají strategie prevence sebevražd. Pro prevenci sebevražd se používají tyto osvědčené postupy: omezení přístupu k metodám pro spáchání sebevraždy, školení poskytovatelů zdravotní péče a spolupráce mezi sekundární péčí a následnou péčí po pokusech o sebevraždu.

Úspěšná opatření:

Organizace „The European Alliance against Depression“ (Evropská aliance proti depresi, EAAD) si klade za cíl snížit depresi a sebevražedné chování tvorbou regionálních sítí pro výměnu informací mezi zdravotnictvím, pacienty a jejich příbuznými, komunitními zprostředkovateli a širokou veřejností. Z pilotního projektu vyplynulo, že počet sebevražd a pokusů o sebevraždu poklesl o 25 %, a to zejména mezi mladými lidmi³⁶.

Možná iniciativa na úrovni Společenství:

Návrhy formulované v procesu konzultace v reakci na tuto Zelenou knihu by mohly být zařazeny do návrhu Komise na doporučení Rady o omezení deprese a sebevražedného chování.

6.2. Podpora zařazení duševně nemocných nebo lidí s duševním postižením do společnosti a ochrana jejich základních práv a důstojnosti

Duševně nemocní nebo lidé s duševním postižením se v kontaktu s ostatními lidmi střetávají se strachem a předsudky, které se mnohdy zakládají na nepochopení problematiky duševních nemocí. Stigma zvyšuje osobní újmu, vyloučení ze společnosti a může být překážkou přístupu k bydlení a zaměstnání. Strach ze stigmatizace může těmito lidmi bránit i ve vyhledání pomoci. Článek 13 Smlouvy o ES stanoví právní základ pro opatření na úrovni Společenství k boji proti diskriminaci mimo jiné na základě zdravotního postižení. Je rovněž třeba změnit postoj veřejnosti, sociálních partnerů, veřejných orgánů a vlád: zlepšením povědomí veřejnosti o duševních nemocech i možnostech léčby a podporou zařazení duševně nemocných a lidí s duševním postižením do pracovního života lze dosáhnout lepšího přijetí a vnímání těchto lidí ve společnosti.

Změna struktury

Zařazení do společnosti může podpořit *deinstitutionalizace* služeb v oblasti duševního zdraví a zavedení služeb v rámci primární péče, komunitních středisek a všeobecných nemocnic, což odpovídá potřebám pacienta a jeho rodiny. Velké psychiatrické léčebny nebo zařízení mohou naopak ke vzniku stigmatu snadno napomoci. V rámci reformy svých psychiatrických služeb přecházejí mnohé země při poskytování služeb v oblasti duševního zdraví od velkých psychiatrických zařízení (v některých nových členských zemích se tato zařízení podílejí na infrastruktuře služeb v oblasti duševního zdraví vysokou měrou) ke službám zajišťovaným komunitou. Zároveň jsou pacienti, jejich rodiny i zdravotní personál informováni o strategiích aktivní účasti a zmocnění³⁷.

Studie vypracovaná pro Evropskou komisi pod názvem „Included in Society“ (Zařazení do společnosti)³⁸ potvrdila, že nahrazení psychiatrických zařízení alternativami zajišťovanými komunitou obecně poskytuje příležitosti pro lepší kvalitu života postižených lidí. Nová studie provede analýzu a představení toho, jak by mohly být nejlépe využity stávající finanční zdroje na potřeby lidí s postižením, a poskytne i údaje o nákladech na deinstitutionalizaci³⁹.

Příslušné činnosti jiných mezinárodních organizací:

V rámci **sítě zdravých nemocnic (Health Promoting Hospitals) při WHO** určila „Task Force on Health Promoting Psychiatric Services“ (pracovní skupina pro psychiatrické služby na podporu zdraví)⁴⁰ vzory správné praxe na podporu duševního zdraví v psychiatrii.

Rada Evropy začne v roce 2006 pracovat na přípravě „European reference tool for ethics and human rights in mental health“ (Evropského referenčního nástroje pro etiku a lidská práva v oblasti duševního zdraví).

Někteří pacienti vyhledávají ústavní psychiatrickou péči dobrovolně. Nucené umístění pacientů do psychiatrických zařízení a nedobrovolná léčba představují vážný zásah do jejich práv. Tyto postupy by se měly použít jen v nejkrajnějším případě, pokud selhaly méně omezující alternativy.

Z projektu nazvaného „Compulsory Admission and Involuntary Treatment of Mentally Ill Patients – Legislation and Practice in EU-Member States“ (Nucené přijetí do ústavní péče a nedobrovolná léčba duševně nemocných pacientů – právní předpisy a praxe v členských státech EU)⁴¹ vyplynulo, že právní předpisy jsou v zemích EU velmi nejednotné. Kulturní tradice a přístupy, jakož i struktura a kvalita systému péče o duševní zdraví určují konkrétní praxi. Výskyt nuceného přijetí do ústavní péče se výrazně liší stát od státu.

Otázka duševního zdraví a lidské důstojnosti může být rovněž diskutabilní i v dalších stacionárních prostředích, jakými jsou například domovy ošetrovatelské péče pro starší osoby, dětské domovy a vězení.

Možné iniciativy na úrovni Společenství:

- Návrhy formulované v procesu konzultace by mohly určit **nejlepší praxi pro podporu zařazení duševně nemocných a lidí s duševním postižením do společnosti a pro ochranu jejich práv.**
- Duševně nemocnými nebo lidmi s duševním postižením a situací v psychiatrických zařízeních by se mohla zabývat **Agentura pro základní práva EU**, která zahájí svoji činnost dne 1. ledna 2007⁴².

6.3. Zlepšení informovanosti a znalostí o duševním zdraví v EU

Stávající zdravotnické systémy provádějí nedostačující sledování duševního zdraví. Pro tvorbu srovnatelného souboru údajů v rámci EU je třeba zásadním způsobem usilovat o harmonizaci stávajících vnitrostátních a mezinárodních ukazatelů v oblasti duševního zdraví a postižení obyvatelstva. Je nutno získat více údajů o rozhodujících sociálních, demografických a hospodářských činitelích duševního zdraví, jakož i o podpůrné a preventivní infrastruktuře, činnostech a zdrojích.

Je třeba určit, jak lze při tvorbě výzkumných kapacit a na podporu výzkumu duševního zdraví v EU využít dostupných nástrojů Společenství, jakým je například sedmý rámcový program pro výzkum⁴³. Ke zlepšení stávající praxe by mohla napomoci lepší obeznámenost s významem duševního zdraví a vlivů duševních nemocí na zdraví, kvalitu života, hospodářské a sociální zabezpečení, zařazení do společnosti a základní práva i na služby v oblasti duševního zdraví (např. z hlediska spravedlnosti a přístupu).

Možná iniciativa na úrovni Společenství:

Mezi **politikou a výzkumem** by mohla být vytvořena **styčná skupina**, v níž by se setkávali zástupci Společenství a vnitrostátních orgánů, akademických institucí a zúčastněných stran. Její úloha by mohla spočívat v poskytování poradenství k relevantním ukazatelům duševního zdraví pro EU, sledování duševního zdraví a prioritám výzkumných činností na úrovni EU.

7. PROCES KONZULTACE PŘI TVORBĚ STRATEGIE EU V OBLASTI DUŠEVNÍHO ZDRAVÍ

Duševní zdraví má význam pro četné oblasti života, což odůvodňuje tvorbu strategie EU v oblasti duševního zdraví, jež je založena na širokém a komplexním procesu konzultace.

Jsou plánovány tyto činnosti:

7.1. Tvorba dialogu s členskými státy v oblasti duševního zdraví

Toto fórum umožní mezi členskými státy výměnu a spolupráci. Jedním z cílů je určení priorit a prvků akčního plánu v oblasti duševního zdraví, což by mělo vést k řadě opatření v rámci zdravotní a nezdravotní politiky, jakož i k cílům, srovnávacím ukazatelům, časovým harmonogramům a mechanismu pro sledování provádění. Vzorem by mohl být Akční plán duševního zdraví pro Evropu vypracovaný WHO spolu s akčním plánem „Mental Health Promotion and Mental Disorder Prevention: A Policy for Europe“ (Podpora duševního zdraví a prevence duševních poruch: politika pro Evropu)⁴⁴ vytvořeným v rámci programu EU v oblasti veřejného zdraví. V průběhu dialogu by rovněž mohlo být zvaženo, zda jsou zapotřebí dvě navrhovaná doporučení Rady o a) podpoře duševního zdraví a b) omezení depresí a sebevražedného chování.

7.2. Založení platformy EU v oblasti duševního zdraví

Platforma EU v oblasti duševního zdraví by měla zapojením různých činitelů, jakými jsou například politici, odborníci a zúčastněné strany z zdravotních i nezdravotních odvětví, jakož i zástupci občanské společnosti, podporovat mezioborovou spolupráci a shodu v oblasti duševního zdraví. Platforma by měla provádět analýzu klíčových hledisek duševního zdraví, určit praxi na základě vyzkoušených postupů, vytvořit doporučení pro opatření na úrovni Společenství, určit nejlepší praxi pro podporu zařazení duševně nemocných a lidí s duševním postižením do společnosti a pro ochranu jejich základních práv a důstojnosti. Veškeré uvedené činnosti by se mohly stát námětem dialogu s členskými státy.

7.3. Tvorba styčné skupiny mezi politikou a výzkumem v oblasti duševního zdraví

V této třetí skupině jsou přítomny zúčastněné strany, které spojuje snaha podnítit dialog k vývoji systému ukazatelů, jenž by zahrnoval informace o duševním zdraví a jeho rozhodujících činitelích, posouzení vlivů a praxi na základě vyzkoušených postupů. Skupina prověří, jaké jsou nejúčinnější způsoby určování priorit výzkumu a zajišťování lepšího rozhraní mezi systémy informací, poznatky z výzkumu a tvorbou politik. Doporučení uvedené skupiny by mohlo být zařazeno do akčního plánu.

8. DALŠÍ KROKY

Obecně se lze shodnout na tom, že lidský, sociální a ekonomický rozměr duševního zdraví si žádá vyšší uznání ze strany tvůrců politik i větší povědomí veřejnosti. Na úrovni členských států, EU a WHO se uskutečňují důležité iniciativy.

Komise vyzývá všechny zúčastněné občany, strany organizace a orgány Evropské unie, aby prostřednictvím připomínek k této Zelené knize přispěli k přípravě strategie EU a akčního plánu v oblasti duševního zdraví.

Komisi se především zajímá o stanoviska k těmto otázkám:

- (1) Jaký význam má duševní zdraví obyvatelstva ve vztahu ke strategickým cílům politiky EU uvedeným v oddílu 1?
- (2) Představovalo by vytvoření komplexní strategie EU v oblasti duševního zdraví přidanou hodnotu ke stávajícím a plánovaným opatřením a navrhuje oddíl 5 přiměřené priority?

- (3) Dokáží iniciativy navrhované v oddílech 6 a 7 napomáhat koordinaci mezi členskými státy, podpořit zařazení duševního zdraví do zdravotních i nezdravotních politik a opatření zúčastněných stran, jakož i lépe propojit v oblasti duševního zdraví výzkum a politiku?

Příspěvky související s tímto procesem konzultace by měly být Komisi zaslány elektronickou poštou do **31. května 2006** na adresu „mental-health@cec.eu.int“ nebo poštou na tuto adresu:

European Commission

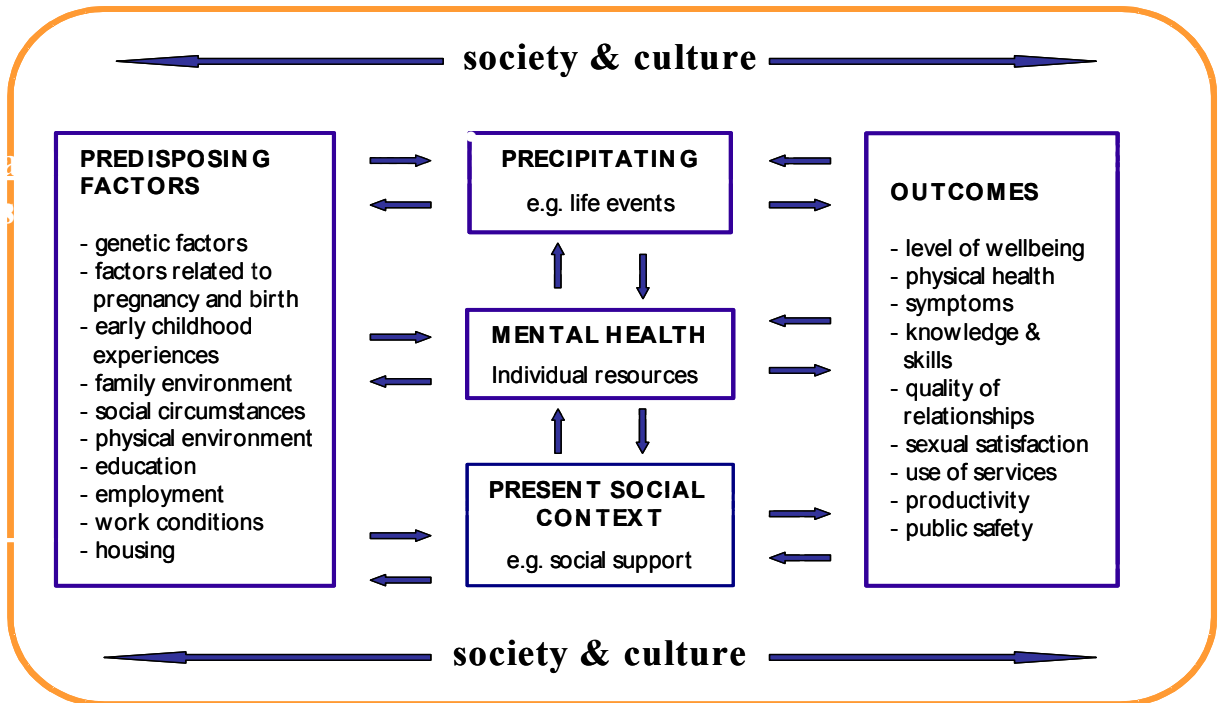
Directorate-general for Health and Consumer Protection

Unit C/2 „Health Information“

L-2920 Luxembourg

Tuto Zelenou knihu a obdržené příspěvky zveřejní Komise na svých internetových stránkách⁴⁵, nebude-li výslovně požádána o jejich nezveřejnění. Na konci roku 2006 má Komise v úmyslu předložit svoji analýzu obdržených reakcí případně spolu se svým návrhem a/nebo iniciativami strategie EU v oblasti duševního zdraví.

ANNEX 1
The functional model of mental health



Source:

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

ANNEX 2

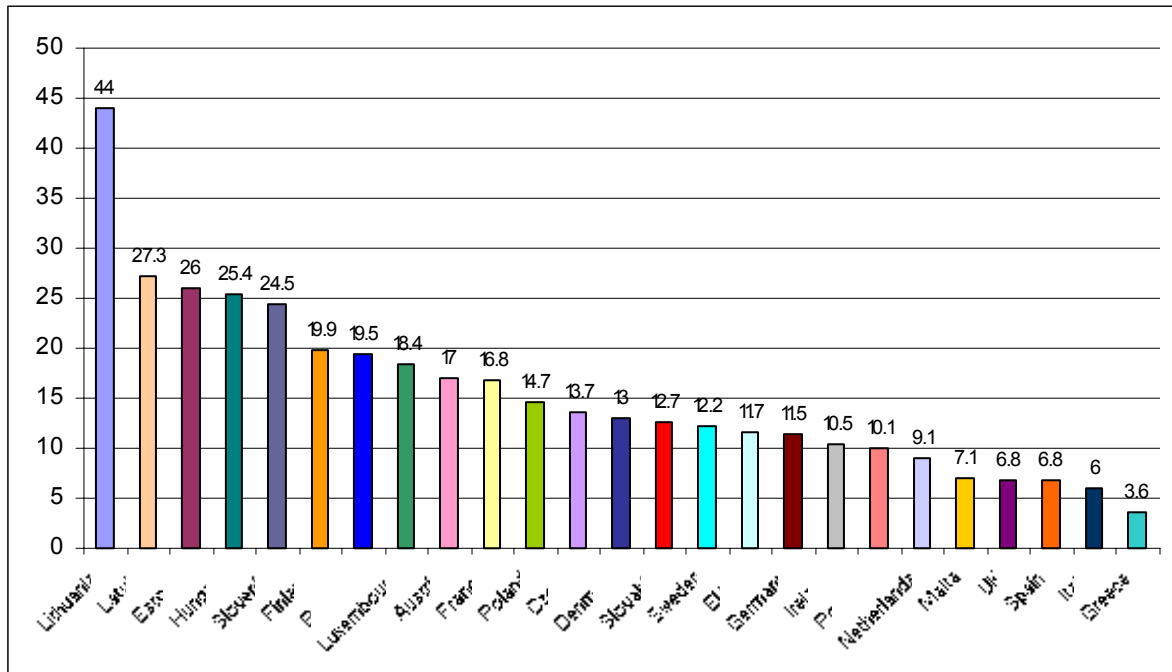
Estimated number of subjects in the general EU population (age 18–65) affected by mental disorders within past 12 months⁴⁶

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

Source:

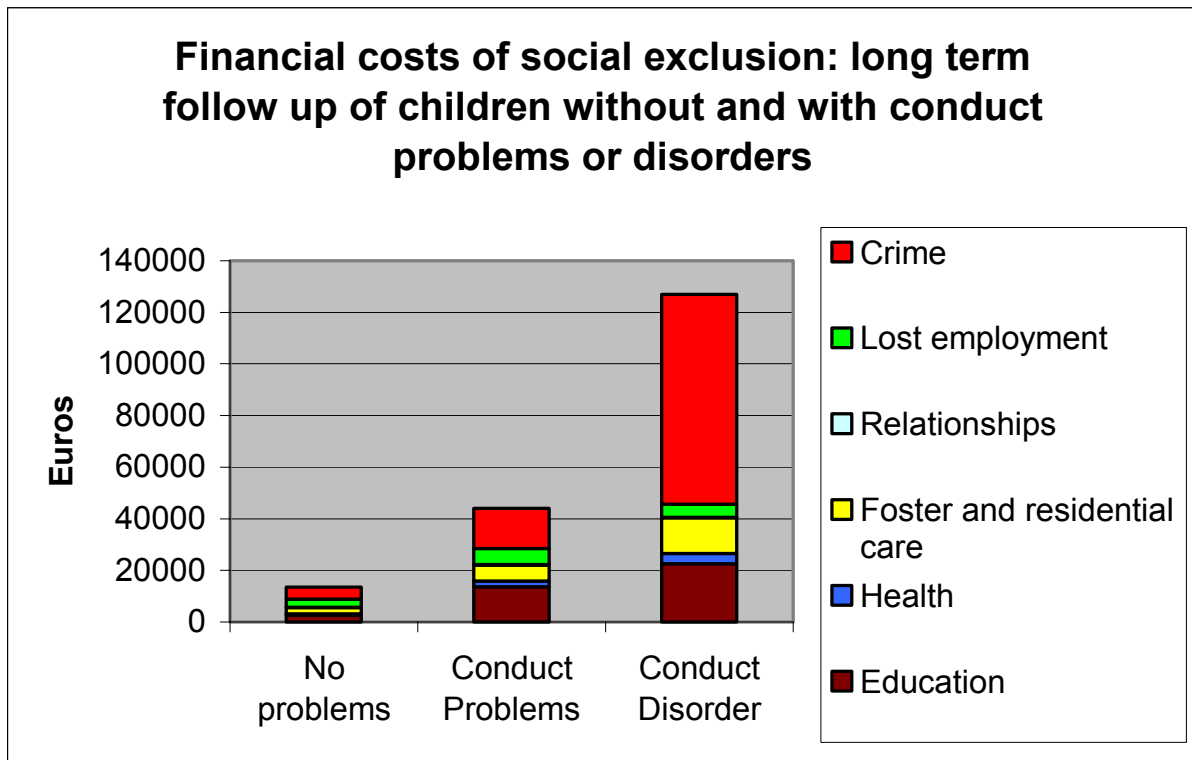
Hans-Ulrich Wittchen, Frank Jacobi (2005). Size and burden of mental disorders in Europe: a critical review and appraisal of 27 studies. *European Neuropsychopharmacology*, Volume 15, Number 4, pp. 357-376. 12-months values rounded by Commission. Percentage values based on Commission's own calculations.

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



ANNEX 4

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



Source:

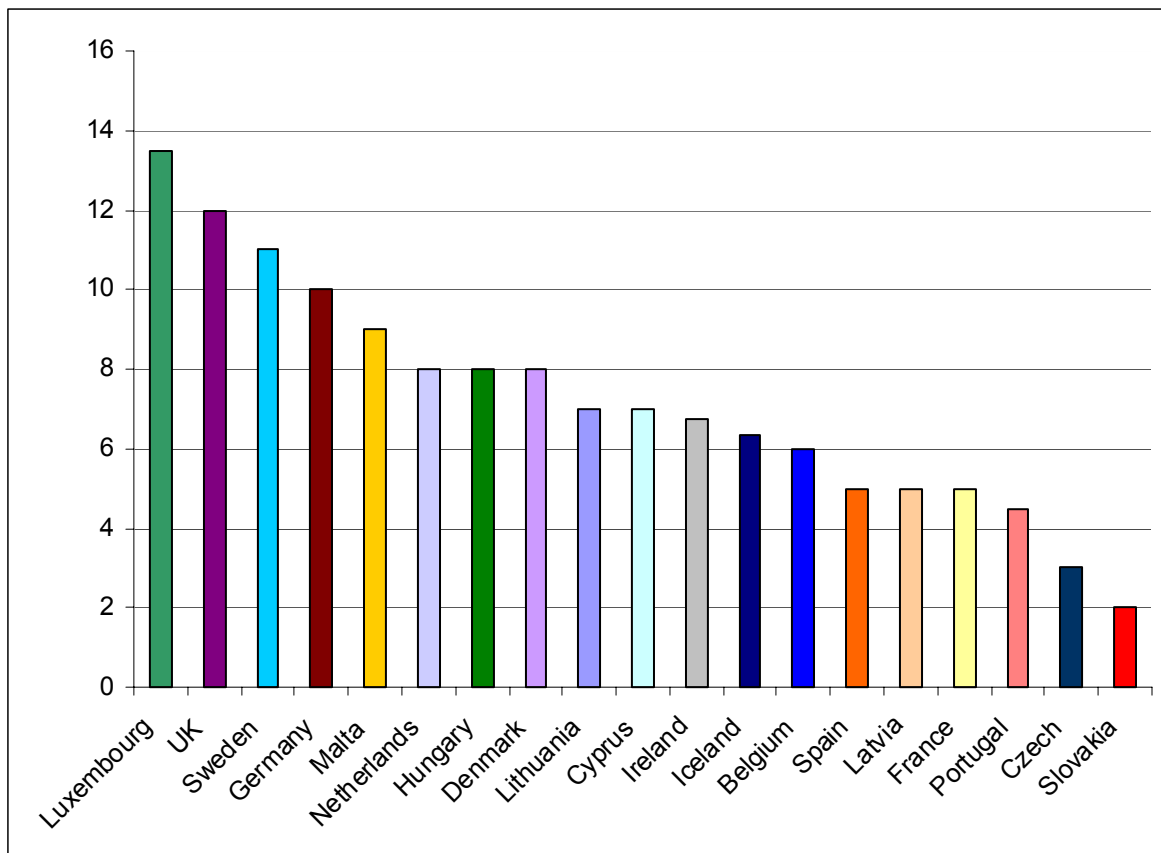
Scott, S.; Knapp, M.; Henderson, J.; Maughan, B.: Financial cost of social exclusion. Follow-up study of anti-social children into adulthood, British Medical Journal (BMJ), 323, 191-196. Costs converted into Euro-values by David McDaid, Mental Health Economics European Network.

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

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

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

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



Source:

Mental Health Economics European Network (2004)

ANNEX 7
Social, environmental and economic determinants of mental health

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

Source:

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

REFERENCES

- 1 Communication “Strategic Objectives 2005-2009. Europe 2010: A Partnership for European Renewal. Prosperity, Solidarity and Security”, COM(2005)12 of 26.01.2005
- 2 WHO, Strengthening mental health promotion, Geneva 2001 (Fact sheet no. 220)
- 3 Wittchen HU, Jacobi F: Size and burden of mental disorders in Europe: a critical review and appraisal of 27 studies. *European Neuropsychopharmacology*, Volume 15 (2005), Number 4, pp. 357-376. Percentage values based on Commission’s own calculations.
- 4 WHO, World Health Report 2001, p. 11. <http://www.who.int/whr/2001>
- 5 Deaths caused by traffic accidents: 50700, homicide: 5350, HIV/AIDS: 5000, WHO figures for 2002. Own calculations based on Eurostat statistics and WHO Health For All Mortality Database
- 6 Estimation by ILO. http://agency.osha.eu.int/publications/newsletter/8/en/index_23.htm
- 7 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/justice_home/funding/daphne/funding_daphne_en.htm
- 13 Decision No 1786/2002/EC of the European Parliament and of the Council of 23 September 2002 adopting a programme of Community action in the field of public health (2003-2008). *Official Journal L 271*, 09.10.2002
- 14 Council Directive 2000/78/EC of 27 November 2000 establishing a general framework for equal treatment in employment and occupation, *Official Journal L303* of 2.12.2000, 16-22
- 15 Fifth Framework Programme for research, technological development and demonstration activities (1998 to 2002), Decision No 182/1999/EC of the European Parliament and of the Council of 22.12.1998, *Official Journal L26/1* of 01.02.1999. Sixth Framework Programme for research, technological development and demonstration activities covering the period 2002-2006, Decision N° 1513/2002/EC of the European Parliament and of the Council of 27.06.2002, *Official Journal L232/1* of 29.08.2002; *Official Journal L294/1* of 29.10.02.
- 16 Mental health disability : a european assessment in the year 2000, MHEDEA-2000, RTD Project QLG5-1999-01042, http://dbs.cordis.lu/fep/cgi/srchidadb?ACTION=D&SESSION=41092005-9-8&DOC=18&TBL=EN_PROJ&RCN=EP_DUR:36&CALLER=PROJ_LIFE
- 17 A list of health-related projects under the Information Society Technologies Programme (IST) under Research Framework Programmes can be found under <http://www.cordis.lu/ist/ka1/health/projectbooklet/others.htm>. Mental health-related projects include MULTIPLE, ALDICT, ACTION, TASK, ASTRID, MEDIATE and VEPSY UPDATED. http://europa.eu.int/comm/justice_home/funding/daphne/funding_daphne_en.htm
- 18 Eurostat. Figures for 2002 (Greece: latest available figure), as in annex 2.
- 19 Project co-funded from the Community Health Monitoring Programme (1998-2002), implemented by the Mutuelle Générale de l’Education Nationale, Paris (2001-2004). The project covered the former 15 Member States of the EU, Norway and Iceland, http://europa.eu.int/comm/health/ph_projects/2001/monitoring/fp_monitoring_2001_frep_06_en.pdf. A corresponding project to collect data and information for the new Member States is currently being implemented as part of the “project “Mental health Information and Determinants for the European Level”, cofunded from the Community Public Health Programme (2003-2008), implemented by STAKES, Finland, <http://www.stakes.fi/mentalhealth/mindful.html>.
- 21 Established through the project co-funded from the Community Public Health Programme (2003-2008): Generalitat de Catalunya, European Platform for Mental Health Promotion and Mental Disorder Prevention: indicators, interventions and strategies. [Http://www.impha.net](http://www.impha.net)

22 Council resolution of 18 November 1999 on the promotion of mental health. Official Journal C 086, 24/03/2000 P. 0001 - 0002, Council Recommendation of 5 June 2001 on the drinking of alcohol by young people. Official Journal L161, 16/06/2001, P. 0038- 0041

Council conclusions of 5 June 2001 on a Community strategy to reduce alcohol-related harm. Official Journal C 175, 20/06/2001 P. 0001- 0002

Council conclusions of 15 November 2001 on combating stress and depression-related problems. Official Journal C 175, 20/06/2001 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/justice_home/funding/daphne/funding_daphne_en.htm

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) final 119 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.