



## NUORTEN MIELENTERVEYDEN HOITO EUROOPASSA: NYKYTILANNE, SUOSITUKSET JA ADOCARE\*

E. COPPENS - I. VERMET - J. KNAEPS - M. DE CLERCK  
I. DE SCHRIJVER - J.P. MATOT - CH. VAN AUDENHOVE

BRYSEL

JOULUKUU 2015



# COLOFON

## \*ADOCARE: palvelusopimus SANCO/2013/C1/005 - S12.668919

Euroopan unioni, jota edustaa Euroopan komissio, PO Terveys ja elintarviketurvallisuus - Pääosasto C – Julkinen terveys

Action for Teens (aisbl – inpo) -yhtymä - LUCAS (KU Leuven -yliopiston tutkimuskeskus)

### ADOCARE -tiimi:

Action for Teens (aisbl - inpo):

Martine De Clerck (hankekoordinaattori)  
Isabelle De Schrijver (hankekoordinaattori)  
Marta Mateos (hankeavustaja)  
Dr. Jean-Paul Matot (hankejohtaja)  
Christine Vandermeulen (talousjohtaja)

LUCAS KU Leuven:

Prof. Dr. Chantal Van Audenhove, Ph D. (tutkimusjohtaja)  
Dr. Evelien Coppens, Ph D. (tutkimuskoordinaattori)  
Dr. Jeroen Knaeps, Ph D. (tieteellinen yhteistyökumppani)  
Iona Vermet (tieteellinen yhteistyökumppani)  
Kevin Agten (hallinnollinen tuki)  
Lut Van Hoof (hallinnollinen tuki)

ADOCARE-osallistujaverkosto (Katso sivu 38/39)

*Copyrights:*

© European Union, 2015.

*Reproduction of content other than photographs and map is authorised provided the source is acknowledged.*

*For any use or reproduction of photographs and map permission must be sought directly from the copyright holder's ©adobe stock*

*Disclaimer:*

*The information and views set out in this report are those of the author(s) and do not necessarily reflect the official opinion of the European Commission.*

*Neither the European Commission nor any person acting on behalf of the Commission is responsible for the use which might be made of the following information.*

[www.adocare.eu](http://www.adocare.eu)

*\*ADOCARE: palvelusopimus Euroopan komission kanssa valmistelevan toiminnan täytäntöönpanoa varten. Sopimus liittyy EU-asiantuntijaverkoston luomiseen sopeutetun hoidon alalla mielenterveysongelmista kärsiviä nuoria varten; palvelusopimus SANCO/2013/C1/005 - S12.668919.*

# SISÄLTÖ

<b>ESIPUHE</b>	4
<b>Tiivistelmä</b>	7
1. Johdanto	7
2. Nuorten mielenterveyden tila Euroopassa	8
3. NMTH:n organisaatio ja typologia	9
4. NMTH:n saatavuus ja laatu	9
5. Strategiat NMTH:n saatavuuden parantamiseksi	9
6. Strategiat NMTH:n laadun parantamiseksi	11
7. Mielenterveysongelmien ehkäiseminen ja henkisen hyvinvoinnin edistäminen	17
8. NMTH:hen liittyvät politiikat ja lakisäätöiset puitteet	18
<b>Suuntaviivat ja suositukset</b>	<b>21</b>
1. NMTH-palvelujen saatavuus	22
2. NMTH-palvelujen laatu	23
3. NMTH-palveluihin pääsy	24
4. Henkilökeskeinen hoito	25
5. Integroitu hoito	26
6. Nuorten siirtäminen NMTH-palvelusta aikuisten mielenterveyspalveluihin	26
7. Ammattihenkilöiden koulutus	27
8. Ehkäisy ja mielenterveyden edistäminen	28
9. Poliittika ja lakisäätöiset puitteet	29
10. Tutkimus	29
<b>Lähteet</b>	<b>33</b>



## ESIPUHE

Jokaisella nuorella on oikeus kasvaa terveeksi ja vastuuntuntoiseksi aikuiseksi, joka kykenee osallistumaan täysin yhteiskuntaan ja viettämään onnellista elämää. Ikävä kyllä yksi viidestä nuoresta kärsii ainakin yhdestä psyykkisestä ongelmasta. Nuoret ja heidän perheensä eivät tänä aikana usein kykene löytämään riittävää hoitoa ja tukea, osaksi siitä syystä että nuorten mielenterveyden hoidon (NMTH) laatu ja saatavuus ei kohtaa nuorten tarpeita eikä vaatimuksia (WHO, 2005).

Vuonna 2009 perustettiin eurooppalainen verkosto, Action for Teens, vastauksena tähän kiireelliseen tarpeeseen saada muokattua ja integroitua monitieteistä hoitoa mielenterveysongelmista kärsiville nuorille.

Joulukuussa 2013, Action for Teens, yhdessä LUCAS-tutkimuskeskuksen kanssa allekirjoitti Euroopan komission kanssa kahden vuoden palvelusopimuksen, nimeltä ADOCARE. Sen tarkoitus on luoda laajempi Euroopan laajuinen asiantuntijaverkosto edistämään ja pitämään yllä sopeutettujen ja innovatiivisten hoitorakenteiden verkosto mielenterveysongelmista kärsiville nuorille.

ADOCARE-hankkeen yleinen tehtävä oli parantaa nuorten mielenterveyden hoitoa Euroopan jäsenvaltioissa:

- Keräämällä viimeisimmät ja tärkeimmät tiedot, ideat ja näkemykset NMTH-palveluista.
- Arvioimalla NMTH-palvelujen määrää ja laatua kymmenessä osallistujamaassa.
- Kehittämällä suuntaviivoja ja suosituksia hallituksille ja palveluja parantamaan NMTH-palveluja.
- Perustamalla eurooppalaisten asiantuntijoiden innovatiivinen, sektorien välinen yhteistyöverkosto NMTH-alalle.
- Lisäämällä tietoisuutta ja rohkaisemalla maita parantamaan tai perustamaan NMTH-palveluja.

Itse asiassa ADOCARE-hanke käsitti kaksi työpakettia. Työpaketti 1 sisälsi kaiken, mikä liittyy tutkimukseen ja se käsittelee kolmea ensimmäistä tavoitetta. Työpaketti 2 sisälsi kaiken, mikä liittyy tiedon ja asiantuntemuksen keräämiseen verkoston, viestinnän, tietoisuuden nostamisen, kapasiteetin lisäämisen ja levittämisen kautta ja se käsittelee kahta viimeistä tavoitetta.

Tämä asiakirja sisältää tiivistelmän kaikkein tärkeimmistä näkemyksistä, joita kerättiin koko ADOCARE-hankkeen aikana vastauksena tutkimuskysymyksiin. Tutkimustulosten pohjalta suuntaviivat ja suositukset on muotoiltu tukemaan poliittisia päättäjiä (makrotaso), palveluja (mesotaso) ja ammattihenkilökuntaa (mikrotaso) heidän pyrkimyksissään parantaa nuorten mielenterveyden hoitoa omassa maassaan.





## TIIVISTELMÄ

### 1. JOHDANTO

15 – 20 prosentilla Euroopan nuorista on ainakin yksi psyykinen tai käyttäytymiseen liittyvä häiriö, ja onkin olemassa todellinen vaara, että nuoruudessa kehittyneet mielenterveysongelmat jatkuvat aikuisiässä tai muuttuvat jopa kroonisiksi (WHO, 2005). Noin puolet aikuisten mielenterveysongelmista arvioidaan saaneen alkunsa nuoruusvuosina (Kessler et al., 2007a; Patel, Flisher, Hetrick, & McGorry, 2007). Mielenterveysongelmat eivät vaikuta vain varhaisnuoriin ja heidän ympäristöönsä, vaan niillä on myös syvät seuraamukset heidän sosiaaliseen kehitykseen ja maailmantalouteen (Sawyer et al., 2012). Euroopan bruttokansantuotteen vuosittainen 4% aleneminen linkittyy mielenterveysongelmien vaikutuksiin (poissaoloista aiheutunut heikentynyt työteho jne.) (LSE, 2012).

Nuoret ja heitä tukeva verkosto eivät tänä aikana usein onnistu löytämään riittävästi apua mielenterveysongelmiin. Tämä johtuu erikoistuneen mielenterveyden hoidon puutteesta. Nuorilla on erilaisia hoitotarpeita kuin aikuisilla ja lapsilla, koska he ovat aivan keskellä kypsyemis- ja kasvuprosessia (WHO, 2002). Nuoret esimerkiksi tarvitsevat enemmän tietoa ja psykososiaalista tukea (Gulliver, Griffiths, & Christensen, 2010) ja – heidän mielestään – hoitopalvelujen henkinen ilmapiiri on tärkeämpää kuin sen tekninen laatu (WHO, 2002). Monet eri asiat estävät nuoria pyytämästä apua. Niitä ovat yleiset, havaintoihin perustuvat asenteet sekä tulla leimatuksi mielisairaudella, huoli hoitopalvelujen luottamuksellisuudesta, rajoitettu pääsy (esim. aika, kuljetus, kustannukset) ja yleinen tiedon puute mielenterveyspalveluista (Gulliver et al., 2010).

Kaikilla nuorilla on oikeus kasvaa terveiksi ja vastuuntuntoisiksi aikuisiksi, jotka kykenevät osallistumaan täysin yhteiskuntaan (sekä sosiaalisesti että taloudellisesti). Tämän saavuttamiseksi tarvitaan toimintaa. Kymmenen vuotta sitten WHO julkaisi lausunnon, että Euroopan unionin jäsenvaltioiden tulee laatia räätälöity ja kattava mielenterveyden hoito-ohjelma apua tarvitseville nuorille. Tarkemmin sanottuna jäsenvaltioiden tulee varmistaa ”iän mukaiset mielenterveyspalvelut (perus- ja erikoistuneet terveydenhoitopalvelut sekä sosiaalihuoltopalvelut), jotka toimivat integroituna verkostoina” (WHO, 2005).

### ADOCARE:n tehtävä ja tavoitteet

ADOCARE:n yleinen tehtävä oli luoda Euroopan unionin laajuinen asiantuntijaverkosto edistämään ja pitämään yllä sopeutettuja ja innovatiivisia hoitorakenteita mielenterveysongelmista kärsiviä nuoria varten. Asiantuntijaverkoston yleiset tavoitteet olivat tutkimuksen johtaminen ja tietoisuuden parantaminen, tiedonvaihto ja konsultointi, kapasiteetin lisääminen, levittämisen ja edistämistoimet.

Tämän tehtävän saavuttamiseksi, ADOCARE:

- Keräsi asianmukaista tietoa, innovatiivisia ideoita ja näkemyksiä NMTH-palveluista.
- Arvioi NMTH-palvelujen saatavuutta ja laatua osallistuvissa jäsenmaissa.
- Kehitti suuntaviivoja ja suosituksia hallituksille ja palveluja parantamaan NMTH-palveluja.
- Perusti eurooppalaisen tutkijoiden, psykiatrien, psykologien, poliittisten päättäjien, hoitajien ja hoitoa tarvitsevien innovatiivisen, sektorien välisen yhteistyöverkoston kokemuksen ja asiantuntemuksen keskittämistä varten NMTH-kentällä.
- Lisäsi tietoisuutta, järjesti tiedonvaihtoa ja konsultointia, kapasiteetin nostamista, levittämistä ja mainontaa.

Itse asiassa ADOCARE-hanke jaettiin kahteen työpakettiin. Työpaketti 1 sisälsi kaiken, mikä liittyi tutkimukseen ja käsitteli kolmea ensimmäistä tavoitetta. Työpaketti 2 sisälsi kaiken, mikä liittyi tiedon ja asiantuntemuksen keräämiseen verkoston, tiedotuksen, tietoisuuden nostamisen, kapasiteetin lisäämisen ja levittämisen kautta ja se käsitteli kahta viimeistä tavoitetta.

### ADOCARE-verkosto

Kymmenen maata oli mukana ADOCARE-tutkimuksessa: Belgia, Suomi, Ranska, Saksa, Unkari, Italia, Liettua, Espanja, Ruotsi ja Yhdistynyt kuningaskunta. Pyrkimyksenä oli saada edustajia EU:n eri alueilta: Brittein saarilta, Itä-Euroopasta, Välimeren alueelta, Pohjoismaista ja Länsi-Euroopasta. Verkosto käsittää nykyisin 239 erilaisen profiilin omaavaa yhteistyötahoa osallistuvista jäsenmaista: tutkijoita, poliittisia päättäjiä, valtionjohdon edustajia, mielenterveyspalvelujen johtajia ja esimiehiä, psykologeja, psykiatreja, sairaanhoitajia, hoidon ammattilaisia, nuoria, perheenjäseniä, jne.

## Tietoisuuden lisääminen ja kapasiteetin nostamistoimet

Voidakseen edistää tietoisuutta integroidun NMTH:n tarpeellisuudesta, helpottaa tiedon ja asiantuntemuksen vaihtoa eri sidosryhmien välillä ja lisätä kapasiteettia, ADOCARE järjesti erilaisia tapahtumia, jotka kokosivat yhteen monitieteisen taustan omaavia asiantuntijoita sekä vanhempain- ja nuorten järjestöjä (2 korkeantason konferenssia ja 4 työpajaa). Näissä tapahtumissa kerätty arvokas kenttätieto ja asiantuntemus otettiin käyttöön ADOCARE-tutkimuksessa.

ADOCARE osallistui myös aktiivisesti kolmansien osapuolien järjestämiin eri tilaisuuksiin, jotta hankkeesta voitiin levittää tietoa ja edistää integroitua nuorten mielenterveyden hoitoa.

### Tutkimuksen tavoitteet

Tutkimuksessaan ADOCARE pyrki keräämään viimeisimpiä ja tärkeimpiä tietoja, ideoita ja näkemyksiä NMTH:sta ja se halusi vastata seuraaviin tutkimuskysymyksiin:

- Mikä on nuorten mielenterveyden yleinen tila Euroopassa?
- Kuinka NMTH on järjestäytyneet Euroopassa?
- Kuinka NMTH-palvelut ovat saatavilla osallistuvissa jäsenmaissa ja kuinka hyvä on NMTH-palvelujen laatu?
- Mitkä ovat strategiat NMTH-palvelujen saatavuuden ja laadun parantamiseksi?
- Mitkä ovat strategiat mielenterveysongelmien ehkäisemiseksi ja kuinka voidaan edistää nuorten henkistä hyvinvointia?
- Mitkä NMTH-palveluja koskevat politiikat ja lakisäätöiset kehykset ovat jo olemassa osallistuvissa jäsenmaissa?

### Tutkimusmenetelmä

Tiedot kerättiin käyttämällä monitahoista lähestymistapaa. Kirjallisuuskatsausten, tutkimusten tarkastelun, paneelikeskustelujen ja työpajojen pohjalta laadittiin kooste eri yhteistyötoimien (poliittiset päättäjät, ammattihenkilökunta, asiantuntijat ja loppukäyttäjät) kanssa. Tarkemmin ilmaistuna nuorten mielenterveyttä ja nuorten mielenterveyden hoitoa käsitteleviä asianmukaisia raportteja ja artikkeleja tarkasteltiin, jotta voitiin kehittää tutkimusvälineitä ja toimintatapoja ADOCARE-tutkimustoimiin ja löytää vastauksia tutkimuskysymyksiin. Tehtiin monia mielipidetutkimuksia, joissa esitettiin kysymyksiä 10 osallistuvan jäsenen viidelle eri yhteistyötaholle: poliittiset päättäjät, asiantuntijat, ammattihenkilökunta, mielenterveysongelmista kärsivät nuoret ja nuoret yleensä sekä loppukäyttäjien tärkein ryhmä. Kyselyjen tarkoitus oli:

- Kerätä tietoa NMTH-palveluja koskevasta käytössä olevista menetelmistä ja lakisäätöisistä kehyksistä, NMTH:n organisaatiosta ja ammattihenkilöiden koulutuksesta;
- Tunnistaa parhaat käytänteet ja integroidut hoitotoimet mielenterveysongelmista kärsiville nuorille;
- Tunnistaa NMTH:n vahvuudet ja heikkoudet;
- Arvioida NMTH-palvelujen määrä ja laatu;
- Tutkia mielenterveysongelmista kärsivien nuorten tarpeet.

Tämä lisäksi ensimmäisen korkeantason konferenssin aikana pidettiin kaksi yleistä keskustelutilaisuutta, joissa jaettiin ajatuksia, mielipiteitä ja näkemyksiä NMTH:sta Euroopassa. Sen seurauksena ympäri Eurooppaa pidettiin neljä 2-päiväistä työpajaa neljän eri sidosryhmän kanssa (poliittiset päättäjät, asiantuntijat, ammattihenkilöt ja loppukäyttäjät). Työpajat fokusoivat avainaiheisiin, päämääriin ja suosituksiin, jotka tulisi sisällyttää lopullisiin suuntaviivoihin.

## 2. Nuorten mielenterveyden tila Euroopassa

### Nuorten mielenterveyden yleinen tila

Globaalisti tarkasteltuna yhdellä neljästä tai viidestä nuoresta on vähintään yksi mielenterveyden häiriö jonakin tietynä ikävuotena. Yleisimmät häiriöt nuorilla ovat: ahdistuneisuushäiriöt (31,9%), käytöshäiriöt (19,1%), mielialahäiriöt (14,3%) ja päihteiden käyttöhäiriöt (11,4%) (Kessler et al., 2007a; Kessler et al., 2007b; Paus, Keshavan, & Giedd, 2008). Viimeaikainen nuorten mielenterveyttä käsittelevä kirjallinen tutkimus, jossa tarkastellaan 19 epidemiologista tutkimusta 12 maassa, osoittaa osittaista kasvua mielenterveysongelmien esiintymisessä nuorilla viimeisen kymmenen vuoden aikana (Bor, Dean, Najman, & Hayatbakhsh, 2014). Ongelmien ulkoistaminen näyttää pysyvän vakaana, kun taas ongelmien sisäistäminen näyttää olevan kasvamassa – erityisesti tyttöjen keskuudessa. Tämä sukupuolien eroavaisuus voi liittyä moneen tekijään. Tytöt altistuvat aikaisemmin seksuaalisuudelle (pidetään seksin kohteena ja arvostetaan fyysisten ominaisuuksien ja seksikkyden mukaan). He kokevat yhä enemmän painetta olla menestyvä sekä koulussa että yksityiselämässä. Lisäksi he ovat vaihtelevan median ja kulttuurillisten odotusten kohteena. (Bor et al., 2014; Carli et al., 2014). On huomautettava, että mielenterveysongelmien lisääntynyt tiedostaminen ja tunnistaminen nuorten keskuudessa viime vuosina on ehkä myös osaltaan vaikuttanut tähän osittaiseen kasvuun. (Bor et al., 2014).

Mielenterveyden häiriöstä kärsivillä monilla aikuisilla ongelmat alkoivat lapsuudessa tai nuoruudessa, yleensä 12 – 24 ikävuoden välillä (Paus et al., 2008). Puolella heistä, jotka täyttävät merkittävän DSM-IV diagnoosin kriteerit 26 vuoden iässä, oli ensimmäinen

diagnoosi 11 ja 15 ikävuoden välillä ja lähes 75%:lla heistä ensimmäinen diagnoosi oli ennen 18 ikävuotta (De Girolamo, Dagani, Purcell, Cocchi, & McGorry, 2012). Kaikista psykiatrisista häiriöistä ne, jotka juontuvat lapsuuteen tai nuoruuteen, ovat yleensä vakavimpia. Siksi on hyvin tärkeää diagnosoida mielenterveysongelmat varhaisessa vaiheessa, jotta hoidon voi alkaa ennen kuin ongelmat kärjistyvät (De Girolamo et al., 2012). Pattonin ja kumppanien yhdenmukaisen tutkimuksen (2014) mukaan tehokas hoito nuoruusvuosien aikana ei vaikuta vain mielenterveysjaksojen kestoon varhaisessa vaiheessa, vaan se vähentää myös sairastuvuutta myöhemmässä elämässä.

Tutkimus osoittaa, että nuoret ja nuoret aikuiset, joilla on psyykkisiä häiriöitä, eivät saa riittävää terveydenhuoltoa tai ei lainkaan (Copeland et al., 2015; Farmer, Burns, Phillips, Angold, & Costello, 2003; Horwitz, Gary, Briggs-Gowan, & Carter, 2003; Leslie, Rosenheck, & Horwitz, 2001). Tutkimuksen mukaan vain 18 - 34% nuorista, joilla on vakava masennus tai ahdistuneisuusoireita, hakevat ammattiapua (Gulliver et al., 2010). Viimeaikaisemmassa tutkimuksessa vain puolet nuorista, jotka täyttävät DSM-IV diagnoosikriteerit, saivat jotakin hoitoa kolmen viimeisen kuukauden aikana. Nuorilla aikuisilla tilanne on vieläkin pahempi, tuskin yksi kolmesta sai hoitoa (Copeland et al., 2015). Monet esteet vaikuttavat osaltaan alhaiseen hoitotulokseen: (oletettu/havaittu) stigma, vanhempain tuen puuttuminen, rakenteelliset ja kulttuurilliset epäkohdat nykyisissä hoitojärjestelmissä. Yhteiskunta ei ilmeisesti näytä tajuavan mielenterveyden merkitystä nuorille ja siksi ei investoi riittävästi NMTH-palveluihin (McGorry, Goldstone, Parker, Rickwood, & Hickie, 2014). Lisäksi monet nuoret osoittavat heikkoa avun etsintäkykyä ja ovat haluttomia menemään mielenterveyspalveluihin (Breland et al., 2014).

## 3. NMTH:n organisaatio ja typologia

Vaikka lasten ja nuorten mielenterveyspalvelun organisaatio on heterogeeninen EU:n jäsenvaltioissa, seuraavat neljä palvelutyyppiä voi yleensä erottaa: (1) laitoshoitopalvelut (sairaala, muu laitos), (2) päivähoidopalvelut, (3) kotihoitopalvelut ja tavoitteleva hoito, ja (4) avohoidon ambulatoriset hoitopalvelut (Renschmidt & Belfer, 2005). Kaikkialla Euroopassa yksityisten psykiatristen palvelujen saatavuus lapsille ja nuorille riippuu suuresti maasta ja paikallisista olosuhteista. Pyrkimyksenä on perustaa myös erityispalveluja, jotka työskentelevät erittäin korkeasti koulutettujen henkilöiden kanssa ja keskittyvät monimutkaisempien häiriöiden kapeammalle sektorille. Tällä hetkellä yhä kasvava määrä palveluja ja hoitoja on arvioitavana, mutta tarvitaan enemmän edistystä. Vaikka yhteistyö palvelujen välillä alkaa lisääntyä, hoidon koordinointi ja integrointi on edelleen riittämätöntä. (Renschmidt & Belfer, 2005).

## 4. NMTH:n saatavuus ja laatu

ADOCARE-hankkeessa asiantuntijat arvioivat 5-kohtaisella Likert-asteikolla seuraavan neljän NMTH-palvelutyyppien saatavuutta ja laatua 10 Euroopan maassa: (1) laitoshoido, (2) päivähoido, (3) koti- ja etsivä hoito ja (4) ambulatorinen avohoido.

### NMTH:n saatavuus

Unkaria ja Liettuaa lukuun ottamatta kaikilla osallistuvilla jäsenmailla on mielenterveyden hoitopalveluja, jotka on omistettu erityisesti nuorille. Näiden palvelujen saatavuus luokitellaan kuitenkin huonoksi. Monissa maissa palvelut on suunnattu joko lapsille tai aikuisille. Harvat palvelut kohdistuvat yksinomaan nuoriin. Kaikkialla jokaisen neljän NMTH-palvelutyyppien saatavuus arvioidaan hyvin heikoksi, heikoksi, keskinkertaiseksi tai epäselväksi. Suomi on ainoa poikkeus, kaikki neljä palvelutyyppiä saa hyvän arvosanan. Nämä tulokset vahvistavat aikaisemmat havainnot, että Euroopan jäsenvaltioilla on vielä edessään pitkä matka (Renschmidt & Belfer, 2005). Tämä lisäksi kunkin maan sisällä NMTH-palvelun saatavuus vaihtelee laajasti alueiden kesken: joillakin alueilla hoidon kysyntä ja saatavuus ovat melkolailla tasapainossa, kun taas toisilla alueilla kysyntä ylittää saatavuuden.

### NMTH:n laatu

Tutkimustulokset osoittavat, että NMTH:n laatu arvioidaan hyväksi tai sangen hyväksi Belgiassa, Suomessa, Ranskassa, Saksassa ja Unkarissa. Italiassa ja Ruotsissa asiantuntijat kokivat vaikeaksi määrittellä palvelujen laatu. Liettuassa, Espanjassa ja Yhdistyneessä kuningaskunnassa laatu arvioitiin keskinkertaisesta heikoksi. Liettuan asiantuntijat ilmaisivat, että heidän maassaan biolääketieteellinen paradigma on edelleen vallitseva ja se vaarantaa NMTH-palvelun laatua. Tämä tilanne jatkuu, koska Liettuan sairastuvuusjärjestelmä on haluton korvaamaan psykososiaaliset interventiot. Maakohtaisesti palvelujen laatu vaihtelee laajalti.

## 5. Strategiat NMTH:n saatavuuden parantamiseksi

### Tasapainoinen hoito

Yhtenäisen mielenterveysjärjestelmän sisällä tulisi vakiinnuttaa tasapainoinen hoitomalli. Se on verkosto, joka linkittää eri tyyppisiä mielenterveyden hoitomahdollisuuksia niin, että jokainen voi päästä sentyypoiseen hoitoon, joka sopii hänen mielentymyksiinsä ja tarpeisiinsa (Thornicroft & Tansella, 2013; Thornicroft & Tansella, 2004). Seuraavanlaisia palveluja pidetään erityisesti välttämättöminä:

- Terveydenhuollon peruspalvelut henkilöille, joilla on yleisluontoisia mielenterveysongelmia. Nämä palvelut tekevät tapauksen löydön ja arvioinnin, lyhyitä psykologisia ja sosiaalisia interventioita sekä antavat sosiaalista ja lääkinnällistä hoitoa.
- Yleiset mielenterveyspalvelut henkilöille, joilla on monimutkaisempia ongelmia. Palvelut jakautuvat viiteen osioon: avohoido/ambulatoriset klinikat, kunnalliset mielenterveystiimit, akuutti laitoshoido, pitkäaikainen kunnallinen tuettu asumishoido ja tuki työssä ja ammatissa.



- Sarja mielenterveyden erikoispalveluja yleisten palvelujen kussakin viidessä kategoriassa niin, että voidaan tarjota tehokkaampia/asiantuntijoiden interventioita (esim. autismi, skitsofrenia, syömishäiriö, riippuvuus, vakava masennus ja itsetuhoisuus).

Tasapainoinen hoitomalli tarkoittaa myös sitä, että sekä kunnallinen että sairaalahoito ovat saatavissa ja että niitä tarjotaan käytännöllisellä ja tasapainoisella tavalla (Thornicroft & Tansella, 2004; Thornicroft & Tansella, 2013). Tämä tarkoittaa, että maissa joissa on paljon laitospalveluja, vuoteiden määrää on vähennettävä, jotta kunnallinen hoito ja mielenterveyden hoidon edistäminen voisi saada enemmän huomiota.

Kehitys tasapainoisempaa hoitoa kohti käy käsi kädessä entistä tärkeämpää roolia esittävän mielenterveyden perushoidon kanssa. Esimerkiksi lääkäreitä ja muita terveydenhuollon peruspalveluja kannustetaan tunnistamaan, arvioimaan ja hallinnoimaan nuorten mielenterveysongelmia (Vallance, Kramer, Churchill, & Garralda, 2011). Tällä tavalla asteittaisen hoidon periaatteita sovelletaan enemmän. Näiden periaatteiden mukaan asianmukaisia yleispsykologian interventioita, tarkkailua ja arviointia tarjotaan perushoidossa ja henkilöt siirtyvät erikoistuneelle hoitotasolle vasta, kun sitä tarvitaan. (Silva & de Almeida, 2014).

### Hoito peruspalvelutasolla

ADOCARE-tutkimuksen aikana sekä ammattihenkilöt että nuoret ilmaisivat, että nuoria joskus lähetetään erikoispalvelujen piiriin liian nopeasti. Ammattihenkilöiden ja vanhempien tulisi ymmärtää, etteivät kaikki mielenterveysongelmat vaadi erikoishoitoa ja että perus- tai kunnallinen hoito tarjoavat riittävät toimenpiteet. Jotta kuitenkin tämä lähestymistapa olisi toimiva, kaksi ehtoa tulee täyttää: (1) perushoidon työntekijöiden tulee olla hyvin koulutettuja ja (2) erikoispalvelut ovat saatavissa lähetteen saaneille. Arviointityökalut perushoidon työntekijöille voivat auttaa heitä päättämään, tarvitaanko erikoishoitoa vai ei. Hallinnolliset elimet voivat kannustaa mielenterveyden perushoitoa ja pyrkiä rajaamaan erikoishoidon tarpeetonta käyttöä.

### Epidemiologiset ja hallinnolliset tiedot

Epidemiologiset tiedot kertovat meille jotakin nuorten mielenterveysongelmien yleisyydestä, heidän mielenterveystarpeista ja käyttämistä mielenterveyden hoitopalveluista. Nämä tiedot ovat välttämättömiä hallintoelimille, jotta ne voivat arvioida palvelujen tarpeen (osa)alueillaan ja pystyvät tarjoamaan ratkaisuja mahdolliseen hoidon aukko-kohtaan (Wittchen & Jacobi, 2005). Lisäksi ne lisäävät tietoisuutta ja auttavat poliittisia päättäjiä asettamaan prioriteetit ja kehittämään ohjelmia, interventioita ja palveluja puutteiden ja tarvekohtien korjaamiseksi (Wittchen & Jacobi, 2005).

Hallinnolliset tahot ottavat kuitenkin harvoin huomioon epidemiologiset havainnot kolmesta eri syystä. Ensinnäkin epidemiologiset tiedot ovat usein riittämättömiä tehokkaan politiikan ja palvelun suunnitteluun (Bielsa, Braddick, Jané-Llopis, Jenkins, & Puras, 2010; Patton et al., 2012; Wittchen & Jacobi, 2005). Paljon tiedoista perustuu hallinnollisiin rekistereihin ja nämä tiedot ovat yleensä puutteellisia (tiedot eivät sisällä kaikentyyppisiä mielenterveyspalveluja tai maan kaikkia alueita), epäluotettavia (tietoja ei ole kirjattu oikein järjestelmiin) ja vaikeasti linkitettävissä (eri palvelut käyttävät erilaisia tietojärjestelmiä). Toiseksi, monilla mailla ei ole mitään taloudellisia tai henkilöresursseja analysoida näitä tietoja. Kolmanneksi, epidemiologisesta tutkimuksesta saadut tiedot eivät yleensä saavuta hallintoelimiä, koska niistä ei tiedoteta selvästi poliittisille päättäjille eikä väestölle yleensä. (ADOCARE, 2015).

Hallinnollisten tietojen keräämistä palvelun käyttäjistä hyvin kehitettyjen (mieluummin kansainvälinen) tietojen rekisteröintijärjestelmien kautta ja näiden tietojen analysointia voidaan vain kannustaa. InterRAI Community Mental Health ja the InterRAI Mental Health ovat esimerkkejä tunnetuista kansainvälisistä standardoiduista arviointivälineistä lääkäreille, jotka työskentelevät kunnallisissa mielenterveysympäristöissä ja vastaavasti psykiatrisissa sairaaloissa.

### Hoidon aukko-kohta

Nuorten mielenterveyspalvelujen rajallinen saatavuus on ongelma useimmissa maissa. Ensimmäinen askel saatavuuden parantamisessa on määrittää hoitoaukko, joka määritellään ”absoluuttinen ero nuorten mielenterveysongelmien todellisen esiintymisen ja mielenterveysongelmista kärsivien nuorten hoitoa saaneiden välillä.” (Kohn, Saxena, Levav, & Saraceno, 2004). Tätä varten epidemiologiset tiedot ovat välttämättömiä. Kun on määritelty tarvittava määrä NMTH-palveluja ja ammattihenkilöitä 100.000 nuorta kohti, hallinnolliset tahot voivat laatia budjetin ja tehdä tarvittavat toimenpiteet, jotta vaje voidaan kuroa umpeen. Tuolloin hallintoelinten on pidettävä mielessä, että neljän mielenterveyden palvelutyypin, jotka ovat edustettuina tasapainoisessa hoitomallissa, tulisi olla ainakin jonkin verran edustettuina.

## 6. Strategiat NMTH:n laadun parantamiseksi

Hoidon laatua voidaan pitää monimutkaisena ja moniulotteisena rakenteena, joka määritellään monien toisiinsa liittyvien ulottuvuuksien mukaan: pääsy palveluun, tarvetta vastaava palvelu, tehokkuus, tasa-arvo, sosiaalinen hyväksyttävyyys, toimivuus ja talous (Maxwell, 1992). Monia NMTH:n laatua parantavia strategioita tuli esiin ADOCARE-asiantuntijaverkoston suorittamasta tutkimuksesta.

### Kehittyvä lähestymistapa

Nuoruus on elämänvaihe, jolle on ominaista muutokset. Tämä edellyttää kehittyvää lähestymistapaa, joka tunnustaa, että jokaisella nuorella on erilaisia ja muuttuvia tarpeita iästä, kypsyystasosta ja kontekstista riippuen (Remschmidt, 2001; Remschmidt & Belfer, 2005). Siksi ammattihenkilöillä on oltava tietoa nuorten (sosiaalinen, henkinen, fyysinen) kehitysvaiheesta ja heidän pitäisi olla perehtynyt siihen sosiaalikuultuuriin ympäristöön, jossa nuoret nykyisin elävät (esim. heidän mielenkiinnon kohteet ja huolenaiheet, mitä he tekevät vapaa-ajalla) voidakseen laatia yksilöllisen hoitosuunnitelman. Ammattihenkilöiden tulisi olla myös tietoisia, että jokainen diagnoosi ja kaikki arvioidut tarpeet ovat jatkuvassa muutostilassa, koska nuoret käyvät läpi nopeita muutoksia lyhyen ajan sisällä (WHO, 2005). Hoitosuunnitelma tulee nähdä ”meneillä oleva prosessi” mallina.

### Mielenterveysongelmien varhainen tunnistaminen

Nuorilla mielenterveysongelmat jäävät usein tunnistamatta siihen asti, kunnes ne alkavat kärjistyä. Nuoret ovat usein haluttomia jakamaan huolenaiheitaan aikuisten kanssa. Nuoruus on ajanjakso, jolloin nuori itsenäistyy, haluaa toimia omalla tavallaan ja pitää asiat itsellään. Nuoret kertovatkin nopeammin somaattisista kuin psyykkisistä ongelmista ammattihenkilöille. Siksi ammattihenkilöt joskus aliarvioivat psyykkisten ongelmien vakavuuden ja/tai yhdistävät ne somaattisiin ongelmiin.

Lyhyesti sanottuna, ammattihenkilöiden täytyy olla hyvin koulutettuja ja heidän on otettava selvää seuraavista alueista: kotiympäristö, koulutus ja työllisyystilanne, ravinto, (kaveripiiriin liittyvät) toiminnot, huumet/läkkeet, seksuaalisuus, itsetuhoisuus/masennus ja turvallisuus, pahoinpitelyn vaara ja väkivalta (Cappelli et al., 2012; Klein, Goldenring, & Adelman, 2014). Nämä alueet voidaan helposti muistaa lyhenteestä ”HEEADSSS”. Internetissä on verkkopohjainen työkalu ammattihenkilöiden käytössä, kun he arvioivat HEEADSSS alueita. Tämän lisäksi ammattihenkilöt tarvitsevat koulutusta voidakseen todella saada yhteyden nuoriin, havaita mahdolliset mielenterveysongelmat ja tunnistaa lievän surun merkit, jotka saattavat edeltää vakavaa patologiaa (ADOCARE, 2015).

### Bio-psyko-sosiaalinen lähestymistapa

Mielenterveysongelmista kärsivät nuoret tarvitsevat asianmukaisen ja tehokkaan yhdistelmän psykososiaalista ja lääkinnällistä hoitoa voidakseen kohdata usein monimutkaiset ja monet tarpeensa (henkiset, sosiaaliset, fyysiset ja toiminnalliset tarpeet) (Remschmidt, 2001; Remschmidt & Belfer, 2005).

Psykososiaalisia toimenpiteitä pidetään yleensä ammatillisen hoidon ensimmäisenä keinona (Bohlin & Mijumbi, 2015). Psykososiaaliset toimenpiteet viittaavat moniin eri interventioihin, joita ovat mm. tuki sosiaalisessa tilanteessa (taloudellinen tuki, koulutus, työllisyys ja asuminen), psykoedukaatio, valmennus ja neuvonta ja tiedonanto tai harjoittelu. Jokainen toimenpide tähtää käyttäytymisen parantamiseen ja tiettyjen elämäntaitojen yleiseen kehittämiseen ja tämä tapahtuu ilman lääkitystä (Reichow, Servili, Yasamy, Barbui, & Saxena, 2013; Uitterhoeve et al., 2004). Psykoedukaatio on olennaisen tärkeä psykososiaalinen interventio. Psykoedukaatio vanhemmille on erityisesti osoittautunut hyödylliseksi: se lisää vanhempien tietoa oireista ja ongelmista, edistää asianmukaisten palvelujen suurempaa käyttöä, vahvistaa ongelmien ratkaisutaitoja ja saa aikaan positiivisia tunteita ja perheen vuorovaikutusta (Lucksted, McFarlane, Downing, & Dixon, 2012). Psykoterapia on myös tärkeä toimenpide vakavien mielenterveysongelmien hoidossa. Kriittinen katsaus psykoterapioihin ja niiden näytöstä lapsiin ja nuoriin on esitetty kirjassa ”What Works for Whom” (Fonagy et al., 2014).

Vakavat mielenterveyden häiriöt vaativat joskus lääkitystä. Kuitenkin ADOCARE-tutkimushankkeessa mainittiin usein, että lääkärit turvautuvat lääkitykseen melko nopeasti tietyn tyyppisissä mielenterveysongelmissa. Tietyihin häiriöihin liittyen jatkuvaa keskustelua käydään lääkityksen käytöstä: minkä tyyppinen lääkitys on sopiva, missä vaiheessa lääkitys on paras alkaa, mikä on optimaalinen annostus, jne. (Bohlin & Mijumbi, 2015). Ammattihenkilöiden on oltava tietoisia lääkityksen asianmukaisen käytön tärkeydestä ja heidän tulisi tutkia uusia todisteita lääkityksen tehokkuudesta. Lisäksi on suositeltavaa, että lääkitys yhdistetään psykoterapiaan ja/tai muihin psykososiaalisiin interventioihin samalla kun seurataan nykyisiä lääkitykseen liittyviä suuntaviivoja (esim. British Association for Psychopharmacology, NICE-ohjeistus mielenterveydestä, ”What works for whom”, Fonagy et al., 2014).

### Verkkopohjaiset interventiot

Viime aikoina on kehitetty monia sähköisiä terveydenhuollon tukitoimia ja internettipohjaisia interventioita ja mobiili sovelluksia (m-health). Monet nuoret käyvät päivittäin internetissä, joten tällä toimitavalla on valtavat mahdollisuudet tiedottaa heille mielenterveyden hoidosta, parantaa hoitoon pääsyä, olla heihin yhteydessä aktiivisemmin hoidon aikana (seuranta, suunnittelu, lisätuki, tiedotus, jne.), aloittaa jälkihoito ja tarjota verkkopohjaista hoitoa. (Price et al., 2014). Nykyisin on kehitteillä monia verkkopohjaisia mielenterveystyökaluja masennukseen, ahdistuneisuuteen ja itsemurhien estoon lapsille, nuorille ja nuorille aikuisille. Kuitenkin havainnot niiden tehokkuudesta ovat vaihtelevia. Tarvitaan ehdottomasti enemmän tutkimusta (Boydell et al., 2014; Reyes-

Portillo et al., 2014; Ye et al., 2014). ADOCARE-tutkimuksen aikana nuoret totesivat, että laatumerkintä sivustoista ja sovelluksista olisi hyödyllinen. Heidän mielestään heidän tehtävänsä ei ole päättää, onko sivusto tai sovellus luotettava vai ei. Toinen kohta joka kävi ilmi oli se, että ammatillinen tuki on tärkeää, jotta he voivat tulkita internetissä annetun tiedon ja että voidaan taata yksilöllinen hoito.

### Jaettu päätöksenteko

Kuten lapsen oikeuksien sopimuksessa (the Convention on the Rights of the Child) on ilmaistu, nuorilla on oikeus osallistua kaikkeen heihin vaikuttavaan päätöksentekoon. Nuoret vahvistivat tämän ADOCARE-tutkimuksen aikana: "Nuorten tulisi olla aktiivisesti mukana, kun heidän hoitoa koskevia päätöksiä tehdään – mitään heitä koskevaa ei saisi päättää ilman heitä." Toisaalta ADOCARE-verkoston ammattihenkilöt kävivät keskustelua siitä, miten nuoren kypsyys vaikuttaa siihen, missä määrin he ovat mukana hoitopäätöksissä.

ADOCARE-verkosto suosittelee jaetun päätöksenteon (SDM) koulutusta. Ammattihenkilöiden tulisi oppia, kuinka optimoida nuorten mukanaolo hoitotavoitteiden määrittelyssä ja sopivien hoitotoimenpiteiden valinnassa. Jaettu päätöksenteko kliinisessä käytössä tarkoittaa kolmi-vaihe-mallia. Ensimmäinen vaihe, nimellä valintakeskustelu, tuo esiin kannan, että valintoja on tehtävä. Toinen vaihe, nimellä vaihtoehtokeskustelu, antaa yksityiskohtaista tietoa mahdollisista vaihtoehdoista. Kolmas vaihe, päätöskeskustelu, tukee potilasta päätöksenteossa (Elwyn et al., 2012). Tietysti tämä voi onnistua vain, jos lääkintähenkilö on halukas sallimaan päätöksenteon yhdessä nuorten kanssa, jos hän soveltaa jaetun päätöksenteon taitoja joustavasti ja jos hän luottaa nuoriin (Abrines-Jaume et al. (2014). Sanomattakin on selvää, että keskinäinen sopimus ei ole aina mahdollista. Hyvä esimerkki tästä on sairaalaan joutuminen turvallisuusyistä ja että nuori ei näe asiaa samalla tavalla.

### Näyttöön perustuvia käytänteitä (EBP)

Näyttöön perustuvat käytänteet voidaan määrittellä seuraavasti: "käytänteet jotka ovat johdonmukaisesti tieteeseen perustuvia, organisoitu asiakkaan hoitoprosessin ympärille, kulttuurillisesti herkkiä ja jotka jatkuvasti valvovat interventioiden tehokkuutta luotettavilla menetelmillä nuorten ja hoidontarjoajien palautteen kautta, saaden asiasisältöä tapahtumista ja olosuhteista, jotka vaikuttavat hoitoon" (Fonagy et al., 2014, p. 4). Kuten WHO (2013) on ilmaissut, näyttöön perustuvien käytänteiden käyttö ammattihenkilöiden toimesta johtaa korkealaatuisiin mielenterveyspalveluihin, koska näyttöön perustuvat käytänteet antavat paremmat tulokset kuin ei näyttöön perustuvat (Weisz et al., 2013). Ammattihenkilöt voivat käyttää ohjeistusta, joka antaa yleiskuvan nykyisistä näyttöön pohjautuvista toimenpiteistä erilaisten mielenterveysongelmien hoitoon (Hopkins, Crosland, Elliott, & Bewley, 2015). Yhdistyneessä kuningaskunnassa NICE-ohjeistus (National Institute for Health and Care Excellence) on tiedonlähde lääkäreille, kun he käsittelevät erityistilanteita nuorilla. Matala- ja keskipalkkatason maita varten WHO (2010) kehitti Mental Health Gap Action Intervention Guide (mhGAP-IG) oppaan. Tämä opas antaa yleiskuvan näyttöön perustuvista interventioista monien priorisoitujen tilanteiden hallintaan (esim. masennus, psykoosi, kaksisuuntaiset mielialahäiriöt, epilepsia, kehitys- ja käyttäytymishäiriöt lapsilla ja nuorilla).

Huolimatta siitä että monia näyttöön perustuvia käytänteitä on saatavissa, ADOCARE-verkoston ammattihenkilöt raportoivat, että niitä ei hyödynnetä riittävästi. Tämä johtuu siitä, että näyttöön perustuvat käytänteet on vaikea ottaa käyttöön. Ammattihenkilöt häilyvät usein joustavan ja yksilöllisen hoidon tarjoamisen ja toisaalta säännösten ohjaamien standardoitujen interventioiden välillä. Siksi on hyvä antaa enemmän tukea siihen, kuinka toteuttaa näyttöön perustuvia käytänteitä standardoidulla mutta kuitenkin yksilöllisellä tavalla. Näyttöön perustuvien käytänteiden lisäksi ammattihenkilöt korostivat, että huomioon tulisi ottaa myös lupaavat ja innovatiiviset interventiot – vaikkakaan niitä ei ole vielä vahvistettu.

### Vanhempien osallistuminen

ADOCARE-ammattihenkilöt ovat samaa mieltä, että vanhemmat ovat ratkaisessa asemassa nuoren verkostossa. Standardikäytännön tulisi olla, että ammattihenkilöt tiedottavat ja ottavat vanhemmat mukaan niin pian ja niin usein kuin mahdollista. Hoidon alussa tämä on yksi ensimmäisistä asioista, joista keskustellaan nuoren kanssa. Yleisajatuksena on saada terve tasapaino nuorten yksityisyyden ja vanhempien ja perheen osallistumisen välillä.

Itse asiassa perheenjäsenet – erityisesti vanhemmat – jotka elävät mielenterveysongelmista kärsivän nuoren kanssa, kokevat usein myös itse ongelmia (Vermeulen, Lauwers, Spruyte, & Van Audenhove, 2015, <http://caringformentalhealth.org>). Joskus ammattihenkilöt havaitsevat häiriintyneet suhteet perheen sisällä. Siksi on tärkeää tukea nuoren perhettä, vaikka nuoret eivät haluaisikaan vanhempiensa olla mukana. Kaslow, Broth, Oyeshiku and Collins (2014) katsaus antaa yleiskuvan tehokkaista perhekohtaisista ehkäisyohjelmista, psykoterapioista ja psykoedukaatio-interventioista. Tutkimus todella vahvistaa, että perheen mukanaolo terapiassa voi olla hyödyllistä nuorille (Young & Fristad, 2015).

### Hoidon jatkuvuus, integraatio ja koordinointi

Hoidon jatkuvuus määritellään hoidon laatuna tietyn ajan sisällä sekä potilaan että hoidon tarjoajan perspektiivistä katsottuna (Gulliford, Naithani, & Morgan, 2006). Se sisältää sekä longitudinaalisen jatkuvuuden (keskeytymätön sarja yhteydenpitoja pitkällä aikavälillä) ja osa-alueiden välisen (cross-sectional) jatkuvuuden (interventioiden johdonmukaisuus eri palvelujen tarjoajien välillä ja sisällä) (Bruce & Paxton, 2002; Thornicroft & Tansella, 1999).

Hoidon jatkuvuus liittyy myös läheisesti integroituun hoitoon, joka määritellään seuraavasti: "yhtenäinen sarja menetelmiä jotka vaikuttavat rahoitukseen, hallinnollisen, organisatorisen palvelun tuottamiseen ja klinisiin tasoihin, joiden tarkoitus on luoda yhteyttä, yhdenmukaisuutta ja yhteistyötä eri sektorien sisällä ja välillä" (Kodner & Spreeuwenberg, 2002). Mielenterveysongelmista kärsiville nuorille on hyvin tärkeää tarjota integroitua hoitoa. Nuorilla on yleensä monia tarpeita (psykyisiä, lääkinällisiä, sosiaalisia, koulutuksellisia, ammatillisia). Ne vaativat monentyyppisiä palveluja, joita monet eri hoidontarjoajat tuottavat peräkkäin tai samanaikaisesti. Palvelun tarjoajat ovat usein eri laitosten työllistämisiä monilla eri sektoreilla. Jotta voitaisiin tarjota korkealaatuista hoitoa, näiden eri hoitotasojen integrointi on välttämätöntä.

Hoidon jatkuvuuden ja integroidun hoidon sopeuttaminen käytäntöön vaatii strategioita eri tasoilla makrotasosta mikrotasoon (Gröne & Garcia-Barbero, 2001; Kodner & Spreeuwenberg, 2002; Mur-Veeman, Hardy, Steenberg, & Wistow, 2003; Thornicroft & Tansella, 2003; Valentijn, Schepman, Opheij, & Bruijnzeels, 2013). Makrotasolla integraation määrittelee vahvasti mielenterveyspalvelujen laajempi organisaatio ja tapa, jolla valtion hallinnon osastot ja ministeriöt joko valitsevat yleiset tai erilliset puitteet osallistuville sektoreille (WHO, 2005). Valitettavasti lainsäädäntö ja rahoitusjärjestelmät useimmiten estävät koordinoitua hoitoa. Yhteistyö perustuu usein lääkäreiden tekemiin ad hoc järjestelyihin. Siksi on tärkeää osoittaa se valtionjohdolle, jotta he voivat tarjota sopivat puitteet yhteistyölle. Heidän tehtävä on korostaa yhteistyön antamia etuja ja hyötyä ja käsitellä ihmisten pelkoja ja muutoksen vastustamista. Yhteiset toiminnot kuten kokoukset, joihin osallistuu ammattihenkilöitä monista eri hoidossa mukana olevista organisaatioista, voivat saada korvausta. Muita strategioita on luoda paikallisia komiteoita valvomaan hoidon laatua ja ohjaamaan yhteistyötä eri palvelujen välillä ja keskittämään tiedot eri aloitteista yhdelle internet-sivustolle (WHO, 2005).

Mesotasolla mielenterveyspalvelut ja ammattihenkilöt voivat parantaa koordinaatiota ja yhteistyötä esimerkiksi siirtymällä samaan paikkaan ja yhdistämällä palveluja, järjestämällä yhteisiä koulutusohjelmia pätevyyksien jakamista varten ja perustamalla yhteinen data-infrastruktuuri potilastietojen keräämistä ja jakamista varten. Monitieteistä tiimityötä voi helpottaa aloittamalla yhteinen hoitosuunnitelma siten, että ammattihenkilöiden tiimi jakaa yhteisen hoitosuunnitelman ja ottaa vastuun sen toteuttamisesta sekä perustamalla intensiivinen tapauksen hallinta (d'Amour et al., 2008; WHO, 2013). ADOCARE-verkoston asiantuntijoiden mukaan ammatillisen hoidon tarjoajien tehtävä on koordinoita ja integroida hoito. Se ei todellakaan ole nuoren tai hänen vanhempiansa vastuulla.

### Siirtyminen NMTH-palvelusta aikuisten mielenterveyspalveluihin

Euroopassa monet maat tekevät eron toisaalta lapsen/nuoren mielenterveyden hoidon ja toisaalta aikuisen mielenterveyden hoidon välillä. Tämä tarkoittaa, että henkilöt, jotka kärsivät mielenterveysongelmista varhaisessa elämänsä vaiheessa – jossakin vaiheessa hoitopolullaan – voidaan siirtää lasten/nuorten palveluista aikuisten palveluihin. Tämän siirtymäkauden aikana nuoret usein ovat yksyksissä, koska siirtymishoidon laatu on alhainen (Singh et al., 2010a; Singh et al., 2010b). Pääasialliset esteet, jotka haittaavat siirtymää ovat: järjestelmän pirstaloituminen, johtajuuden puute, kyseisen kohderyhmän priorisoinnin puute, huono viestintä, stigma, poliittisen täytäntöönpanon aukkokohdat, opiskelun puute, yhteisten siirtymissääntöjen puuttuminen ja yleinen tiedon vähyyys palveluista (Paul, Street, Wheeler, & Singh, 2014; Royal College of Psychiatrists, 2013). Siirtyminen myös epäonnistuu usein, koska nuorten mielenterveyspalvelujen lääkärit eivät anna lähetettä tai aikuispalvelut kieltäytyvät hyväksymästä lähetettä tai kirjaavat ulos nuoren, joka ei osallistu ensimmäiseen tarjottuun tapaamiseen (Paul et al., 2013). Eivät kaikki esteet laadukkaaseen siirtymishoittoon liittyen koske kuitenkaan palvelujärjestelmää. Siirto voi myös epäonnistua nuoren kieltäytyessä hyväksymästä lähetettä aikuisten palveluihin (Paul et al., 2013).

Hoidon keskeyttämisellä siirron johdosta on negatiivinen vaikutus nuorten terveyteen ja hyvinvointiin, joten se on prioriteettiasemassa. TRACK-tutkimus (Singh et al., 2010) kehitti seuraavat suosituksen siirtymishoidon parantamiseksi:

- Kehitettäessä ja pantaessa täytäntöön säännöstöä siirtymisen parantamiseksi, nuorten tarpeet ovat jokaisen päätöksen ytimessä. Jotta tavoite voitaisiin saavuttaa, muutamia perussääntöjä on kunnioitettava. Aikataulu ja jokaisen vastuu on määritelty selkeästi. Nuoria on valmisteltu hyvin. On varasuunnitelma siltä varalta, että aikuisten mielenterveyspalvelut eivät voi hyväksyä siirtoa. Lopuksi palvelujen tulee olla joustavia otettaessa huomioon asiakkaiden ikä.
- Nuori siirtyy aikuisten palveluun sillä hetkellä, kun hänen tilansa on vakaa. Palvelujen tulee välttää monia samanaikaisia siirtoja. Nuorten ja aikuisten mielenterveyspalvelut tekevät läheistä yhteistyötä joko työskentelemällä yhdessä palvelujen välisesti tai ne tarjoavat rinnakkaishoitojaksoja. Aikuisten palvelut ovat jo aktiivisesti mukana ennen kuin nuorten palvelu vapauttaa henkilön. Palvelut tarvitsevat standardoitua muistiinpanojärjestelmää, jotta sen kautta voidaan helposti siirtää kaikki kirjeenvaihto ja yhteystiedot.
- Paikalliset nuorten ja aikuisten mielenterveyspalvelut ja vapaaehtoispalvelut kartoitetaan ja päivitetään säännöllisesti (toiminnan laajuus, viestintäverkostot ja avainkontaktit).
- Ammattihenkilöt todella ymmärtävät, kuinka tämä hoidon siirtymisvaihe tulisi suorittaa oikein. Koulutus käsittelee asioita, jotka koskevat lähetettä toisiin palveluihin ja jotka lisäävät tietoa muista palveluista ja se keskittyy omatoimisuuteen ja taitoihin.
- Poliittikan suunnitelmat sisältävät strategioita siirtymishoidon parantamiseksi.
- Neljää kriteeriä käytetään siirron arvioinnissa: todettu hoidon jatkuvuus, rinnakkaishoito, siirtymisen suunnittelukokous ja tiedon siirto.

Itse asiassa Milestone-hanke (Managing the Link and Strengthening Transition from Child to Adult Mental Health Care, Euroopan komission rahoittama yhteistyötutkimushanke) laatii ja testaa parhaillaan uusia siirtymishoidon malleja EU:n palveluja varten. Tarkemmin sanottuna siirtymiselle ominaisia tuloksellisia toimenpiteitä kehitellään ja vahvistetaan samoin kuin ohjeita hoidon ja tulosten parantamiseksi ja koulutuspaketteja lääkintähenkilökunnalle (De Girolamo, 2014).

### Siltoja todelliseen maailmaan

ADOCARE-tutkimuksen aikana nuoret korostivat, että jokaisessa interventiossa tulisi – jossakin kohtaa – saada yhteys todelliseen maailmaan: ”On tärkeää rakentaa siltoja terapia-asetelman ja todellisen maailman välille”. Sairaalahoidon aikana ammattihenkilöiden tulisi välittömästi kehittää strategioita, joilla nuorta autetaan integroitumaan uudelleen yhteiskuntaan. Esimerkiksi auttaa nuorta käymään loppuun koulu/koulutus, löytää hyvä asunto tai sopiva työpaikka ja rakentaa luotettavia suhteita toisiin, tuoda ulkopuolinen maailma laitoshoidon asetelmiin (esimerkiksi toimintaa, johon naapurit ja ystävät voivat osallistua).

### Tavoittaminen

Nuoret menevät harvoin lääkäripalveluihin vapaaehtoisesti. Siksi on tärkeää ammattihenkilöiden käydä paikoissa, joissa nuoret hengailevat kuten kahvilat, suosittu urheilupaikat tai paikat, joissa kodittomat nuoret tilapäisesti majoilevat (ADOCARE, 2015). Tavoittamismenetelmät ovat myös arvokkaita määriteltäessä nuorten intressejä ja tarpeita. Tavoittamistoiminnoissa on tärkeää keskittyä pääsääntöisesti nuoriin, joilla on monia eri ongelmia. Ammattihenkilöt usein laiminlyövät heidät, koska he eivät yleensä täytä niiden ohjelmien kriteerejä, jotka kohdistuvat tiettyihin ryhmiin.

### Eettiset näkökohdat

Yleisesti ottaen jokaisen palvelun oletetaan noudattavan kolmea pääperiaatetta, jotka on esitelty Belmontin raportissa (Michaud, Berg-Kelly, Macfarlane, & Benaroyo, 2010): autonomian periaate (yksilöitä kohdellaan itsenäisinä ja henkilöt joiden itsenäisyys on vähentynyt, ovat oikeutettuja suojelukseseen); hyvätahto-periaate (ei tehdä vahinkoa, minimoidaan vahinko ja maksimoidaan mahdolliset edut); ja oikeuden/tasa-arvon periaate (varmistaa että resurssit ovat tasapuolisesti saatavilla kaikille). Barcelonan julistus ehdottaa lisäksi, että kliinisessä hoidossa muutamien muiden tärkeiden arvojen on oltava läsnä, kuten osallistuminen, ihmisarvo, rehellisyys, luottamuksellisuus ja haavoittuvuus (Michaud et al., 2010). Sellaiset arvot on ilmaistava selkeästi palvelusopimuksissa, jotka laaditaan yhdessä nuorten kanssa. Mitä tulee hoitoon ja toimenpiteisiin, eettisiä ongelmia tulisi käsitellä käyttämällä neuvottelevaa lähestymistapaa, koska jokainen tilanne on erilainen ja ainutlaatuinen. Tämän prosessin aikana ammattihenkilöillä tulisi olla pääsy palautteeseen objektiiviselta eettiseltä komitealta, joka koostuu ammattihenkilöistä ja asiantuntijoista (Michaud et al., 2010).

### Sukupuolten väliset eriarvoisuudet

Tutkimus osoittaa, että nuorilla pojilla on vähemmän tietoa mielenterveydestä ja mielenterveyspalveluista ja he ovat vähemmän halukkaita käyttämään näitä palveluja (Chandra et al., 2006). Saatujen tietojen mukaan he ovat vähemmän taipuvaisia etsimään apua, koska pelkäävät, että heidät pidetään heikkoina. Lisäksi vanhempien on vaikeampi hyväksyä mielenterveyden hoitoa pojilleen. Heille on helpompaa, jos heidän tyttärensä ovat avun tarpeessa. Sukupuolten välisiä eroavaisuuksia voidaan ratkoa paremmalla mielenterveyskoulutuksella ja tarjoamalla mielenterveyspalveluja koulun keskiasteella. On selvää, että meidän on otettava vanhemmat aktiivisesti mukaan, jos haluamme minimoida leimatuksi tuleminen asenteita poikia kohtaan (Chandra et al., 2006). Mikä tärkeintä, sukupuoleen liittyviä eroja hoitotarpeiden näkökulmasta ei mainittu ADOCARE-tutkimuksen aikana emmekä löytäneet niihin viittauksia kirjallisuudesta. Voimme helposti olettaa, että yksilöity lähestymistapa, joka ottaa huomioon jokaisen yksittäisen asiakkaan tarpeet, on sukupuolien kannalta sopiva.

### Opinnot ja koulutus

Jotta ammattihenkilöt voisivat vastata tehokkaammin ja herkemmin nuorten tarpeisiin, he tarvitsevat oikeaa koulutusta (WHO, 2002). Tämä tarkoittaa, että mielenterveyden ammattilaiset, jotka työskentelevät nuorten kanssa (nuorisopsykiatrit ja psykologit) saavat erityiskoulutusta sellaisista aiheista kuin: nuorten mielenterveyttä koskeva lainsäädäntö ja politiikat; normaali ja ongelmallinen nuorten kehitys ja tietyt psykopatologiset asiat; NMTH-palvelujen tuottajat; kommunikaatio ja jaettu päätöksenteko nuorten ja heidän perheenjäsentensä kanssa; näytteisiin perustuvat psykososiaaliset interventiot; koordinointiin liittyvät näkökohdat, yhteistyö ja siirtymiskauden hoito; mielenterveysongelmien arviointi nuorilla.

ADOCARE tutkimuksen tulokset osoittavat, että nuorisopsykiatrien ammatti on tunnustettu lailla vain viidessä osallistuvassa jäsenmaassa kymmenestä (Suomi, Saksa, Unkari, Italia ja Liettua). Nuorisopsykologin ammattia ei ole tunnustettu virallisesti erilliseksi ammatiksi missään. On tärkeää huomata, että Euroopassa mielenterveyden ammattilaisten koulutus ja koulutusohjelmat eroavat huomattavasti ja noudattavat eri standardeja (Union Européenne des Médecins Spécialistes, 2014). Tämä tarkoittaa, että niitä on vaikea verrata. Yhteinen EU-malli ammattihenkilöiden koulutusta ja harjoittelua varten sekä NMTH-tiimit saattaisivat olla hyödyllisiä laiminlyömättä kuitenkin paikallisen koulutuksen tarpeita. The European Federation of Psychiatric Trainees (EFPT) ja the Union of European Medical Specialists (UEMS) muotoilivat suosituksia koulutusohjelmia varten psykiatreille yleensä ja erityisesti lasten ja nuorten psykiatreille. Ammattihenkilöitä, jotka saavat yleisempää koulutusta ja jotka kohtaavat nuorten mielenterveysongelmia vain työskennellessään erityistilanteissa, tulisi kouluttaa myös nuorten mielenterveysasioista osana peruskoulutusta. Vaihtoehtoisesti he voisivat valita syvällisempää koulutusta suorittaessaan jatko-opintotutkintoja. Tässä yhteydessä kohderyhmänä ovat yleislääkärit, sairaalan sairaanhoitajat, kouluterveydenhoitajat, nuorisotyöntekijät, julkisen terveydenhuollon henkilöstö, sosiaalityöntekijät ja opettajat.

### Nuorisoystävälliset mielenterveyspalvelut ja henkilökunta

Usein palvelujen suunnittelu ja ammattihenkilöiden asenne eivät sovi juuri nuorten kehitys- ja kulttuuritarpeisiin (Ambresin et al., 2013; Breland et al., 2014; McGorry, Bates, & Birchwood, 2013; Tylee et al., 2007). Jotta voitaisiin parantaa hoitoon pääsyä, tasapuolisuutta ja hyväksyttävyyttä, palvelujen ja henkilöstön on muututtava nuorisoystävällisemmäksi. Eri tutkimuksissa tarkasteltiin edellytyksiä nuorisoystävällisille terveyspalveluille ja ammattihenkilöille (Ambresin et al., 2013; Harper, Dickson, & Bramwell, 2014; McGorry et al., 2013; Tylee et al., 2007; WHO, 2002). ADOCARE-tutkimuksen piirissä suoritettiin samanlainen kysely, joka kohdistui erityisesti nuorisoystävällisten mielenterveyspalvelujen edellytyksiin. Nuorilta kysyttiin, millaiselta nuorisoystävällisen palvelun tulisi näyttää ja millaisia ominaisuuksia ammattilaisella tulisi olla. Nämä ovat tulokset siitä:

- Olla aktiivisesti mukana nuorten palvelujen suunnittelussa, hoidon tarjoamisessa (vertaistuki, ryhmäterapia, omahoitoryhmät), palvelun arvioinnissa ja valvonnassa (Bielsa et al., 2010). Joissakin palveluissa nuoret ovat mukana kehittämässä hoitosopimusta koskien luottamuksellisuutta, aukioloaikoja, hoito-ohjelmaa, nuorten oikeuksia, eettisiä näkökohtia jne.
- Helppo pääsy jotta nuoret eivät koe edessään olevan monia esteitä. Tämä tarkoittaa pistäytymispalveluja, sopivia aukioloaikoja, pääsyä ilman vanhempien lupaa, edullisia tai ilmaisia palveluja, lyhyempiä odotusaikoja, sopiva paikka lähellä julkista liikennettä, sähköisten terveyden hoitotyökalujen saatavuus, houkutteleva ja miellyttävä ympäristö, huomiota herättämätön sisäänkäynti, positiivinen kuva.
- Sijoittaa toimintoihin/viestintään, jotka lisäävät tietoisuutta (esitteet, julisteet, verkkosivusto, jne.) ja vahvistaa mielenterveyden ymmärtämistä. Nuoret eivät useinkaan tiedä, mitä tehdä tai mihin mennä, kun he tarvitsevat apua.
- Antaa selkeää tietoa lakisääteistä (luottamuksellisuus) ja taloudellisista (kustannukset) näkökohdista. Sen tulisi mm. selkeästi selittää, mitä nuoret voivat odottaa, kun he ovat alle 18-vuotiaita ja jos he ottavat yhteyttä palveluun vanhemmiltaan tietämättä.
- Pyrkiä takaamaan jatkuvuus terapeuttisessa suhteessa ammattihenkilöihin esimerkiksi minimoimalla henkilökunnan vaihtuvuus. Nuoret ovat myrskyisessä vaiheessa elämässään. Siksi ammattihenkilöiden tulisi tarjota vakautta.
- Ottaa mukaan hyviä roolimalleja (nuoret jotka ovat kokeneet samanlaisia ongelmia aiemmin), koska niillä on myönteinen vaikutus nuorten hyvinvointiin.

Nuoret pitävät erittäin tärkeänä ammattihenkilökunnan asennetta, pätevyystasoa ja motivaatiota. Ammattihenkilöillä ihannetapauksessa on seuraavat ominaisuudet: (ADOCARE, 2015; Ambresin et al., 2013; Tylee et al., 2007; WHO, 2002):

- He ovat motivoituneita, rehellisiä, lämminhenkisiä, innostuneita, tukevia, helposti lähestyttäviä ja kunnioittavia.
- He omaksuvat kehittävän lähestymistavan ja ovat tietoisia monista elämän muutoksista, joita nuoret kokevat.
- He tarjoavat teini-ikäisille suunnattua (maanläheistä) terveystietoa, jotta nuoret voivat tehdä vapaita tietoon pohjautuvia valintoja.
- He todella uskovat, että nuorilla on lupaava tulevaisuus ja välittävät tämän uskon asiakkailleen.
- He ovat herkkiä hierarkkisille eroille, jotta voidaan välttää ”me vastaan he” asenne ja eivätkä he käsittele nuoria avuttomina yksilöinä.

### Laatuindikaattorit

Jotta voitaisiin tarjota hyvää mielenterveyden hoitoa, on tärkeää, että palvelut panostavat jatkuvasti laadun parantamiseen. Se saavutetaan jatkuvalla, toistuvalla menetelmien kehittämällä, standardien suunnittelulla, akkreditoinnin käyttöön ottamisella ja seurantalapalveluilla (WHO, 2005, p. 35). Annetun hoidon tiettyjen osioiden laadun mittaaminen (laatuindikaattorit) on olennainen edellytys laadun parantamiselle. Kirjallisuudessa laatuindikaattori määritellään seuraavasti: ”käytännön suorituksen mitattava ominaisuus, joka pohjautuu näyttöön ja konsensuskeeseen siitä, että sen avulla voidaan arvioida hoidon laatua ja siten kehittää sitä” (Legido-Quigley, McKee, Nolte, & Glinos, 2008).

Laatuindikaattorit voidaan jakaa vielä makro-, meso- ja mikrotason indikaattoreihin (Gaebel et al., 2012). Makrotason indikaattorit viittaavat rakenteellisen laadun tarjontaan kansallisella tasolla (esim. koulutus, seuranta ja mielenterveyspalvelujen yleinen organisointi maakohtaisesti). Mesotason indikaattorit viittaavat näkökohtiin, jotka liittyvät mielenterveysjärjestelmien sisäiseen rakenteeseen (esim. rakenteelliset vaatimukset vastata potilaiden tarpeisiin, monitiedonlaiset palvelut, teknologioiden saatavuus, työvoima). Mikrotason indikaattorit ohjaavat rakenteita ja prosesseja yksittäisten palveluyksiköiden sisällä. Kullakin tasolla indikaattorit voi vielä jakaa rakenne-, prosessi- ja tulosindikaattoreihin. Rakenteindikaattorit käsittävät palvelujen ominaisuudet kuten tilat, laitteet, henkilöstöresurssit ja organisaatorakenteet. Prosessi-indikaattorit käsittävät toiminnot, jotka liittyvät hoidon antamiseen ja saamiseen, mukaan lukien terveydenhuollon tarjoajien toimet ja tulosindikaattorit liittyvät hoidon vaikutuksiin.

Graham et al. (2014) kehittämä The User-generated Quality Standards for Youth Mental Health in Primary Care ja the Quality Network of Inpatient Care of the UK (Thompson & Clarke, 2015) laatima the Service Standards (seitsemäs painos) ovat molemmat mukautettuja laatustandardeja erityisesti NMTH-palveluja varten. Taulukossa 1 luettelemme laatuindikaattoreita, joita ADOCARE tutkimustoiimiin osallistuneet asiantuntijat, ammattihenkilöt ja poliittiset päättäjät suosittelevat. Indikaattorit liittyvät yksittäisiin NMTH-yksiköihin (mikrotaso) ja ne on jäsennellyt rakenne-, prosessi- ja tulosindikaattoreiksi.



Taulukko 1. ADOCARE-sidosryhmien kehittämien laatuindikaattorien luettelo.

<p>Rakenteelliset laatuindikaattorit</p>	<p>Palveluun pääsy: nuorilla on pääsy terveydenhoitoon ajoissa, tuloista, paikasta ja kulttuuritaustasta riippumatta. Ei ole odotuslistoja; palvelu on edullinen ja siihen on helppo päästä.</p> <hr/> <p>Resursseja käytetään kustannustehokkaasti.</p> <hr/> <p>Palvelut ovat kestäviä tilat, työvoima ja laitteet huomioon ottaen.</p> <hr/> <p>Ammattihenkilöt ovat päteviä ja ammattitaitoisia ja käyvät säännöllisesti nuorisoiheisiin liittyvissä koulutuksissa.</p> <hr/> <p>Palvelulla on kehitysuunnitelma, jota toteutetaan ja tehtyä edistystä seurataan.</p> <hr/> <p>Rakenteelliset vaatimukset toteutetaan varmistamalla potilaiden ihmisarvo ja perustarpeet.</p>
<p>Prosessin laatuindikaattorit</p>	<p>Annettu hoito on sopivaa sen suhteen, että interventiot vastaavat nuorten tarpeita ja perustuvat vahvistettuihin standardeihin.</p> <hr/> <p>Tasapainoinen psykososiaalisten, lääketieteellisten ja muiden interventioiden käyttö.</p> <hr/> <p>Hoidon jatkuvuus ja koordinointi (keskeytymätön, koordinoitu hoito ohjelmien, hoitohenkilöstön, organisaatioiden ja tasojen välillä tietyllä aikavälillä).</p> <hr/> <p>Yhteistyötä muiden palvelujen kanssa, jotta on mahdollista tarjota integroitua hoitoa.</p> <hr/> <p>Palvelut voivat olla innovatiivisia.</p> <hr/> <p>Ammattihenkilöillä on positiivinen asenne nuoria kohtaan. He toimivat kunnioittavalla, rehellisellä, tukevalla, ystävällisellä ja luotettavalla tavalla.</p> <hr/> <p>Palvelut ja ammattihenkilöt soveltavat jaetun päätöksenteon periaatteita toiminnoissa.</p> <hr/> <p>Palvelut ja ammattihenkilöt voimaannuttavat nuoria opettamalla heitä, kuinka selviytyä ongelmista ja kannustamalla heitä pyytämään apua, jos he tulevaisuudessa kohtaavat ongelmia.</p> <hr/> <p>Palvelut käsittelevät eettisiä periaatteita ja kunnioittavat nuorten ihmisoikeuksia.</p>
<p>Tuloksellisuuden laatuindikaattorit</p>	<p>Tarjotulla hoidolla on positiivinen vaikutus nuorten oireisiin, heidän jokapäiväiseen elämäänsä (esim. koulupäivät, kotiintulo ennen puoliyötä, riitainen käyttäytyminen, jne.) ja heidän elämänlaatuun.</p> <hr/> <p>Positiiviset vaikutukset annetun hoidon johdosta säilyvät pitkällä aikavälillä (esim. vuoden jälkeen).</p> <hr/> <p>Toivotut tulokset saavutetaan kohtuullisessa ajassa. Keskeyttämistaso alenee minimiin.</p> <hr/> <p>Ammattihenkilöt ovat tyytyväisiä työhönsä. Alhainen henkilöstön vaihtuvuus, sairauslomapäivien määrä ammattihenkilöillä on vähäinen ja työuupumuksen esiintyminen on vähäistä.</p>

Poliittisten päättäjien tehtävä on määrittellä yhdistävät standardit kullekin indikaattorille ja kehittää välineet arvioimaan, missä määrin nämä vaatimukset täyttyvät. Jotta vertailu olisi mahdollista, samoja välineitä on paras käyttää kaikilla alueilla ja kaikissa palveluissa ja maissa. Palvelujen arvioinnin voi suorittaa joko palvelu itse tai riippumattomasti rahoitettu tutkimusjärjestö (WHO, 2002). Arvioinnin jälkeen tulokset on ilmoitettava palveluille rakentavasti ja annettava suosituksia ja tukea palvelun parantamiseksi (WHO, 2002).

## 7. Mielen terveysongelmien ehkäisy ja henkisen hyvinvoinnin edistäminen

Eri maissa on valtava ero mielen terveysongelmien ehkäisyyn ja hyvinvoinnin edistämiseen käytettävissä olevan rahoituksen määrässä (Jané-Llopis & Anderson, 2005). Samele, Frew ja Urquia (2013) tekemän tutkimuksen mukaan kuusitoista maata käyttävät vähemmän kuin 30 euroa asukasta kohti sairauden ennaltaehkäisyyn ja kansanterveyteen, kun taas kuusi maata käyttää vähintään 100 euroa asukasta kohti. Nykyiset nuorten ohjelmat eroavat suuresti tavoitteiden, kohderyhmien ja lähestymistapojen suhteen. Yli puolet tutkituista ohjelmista (63%) keskittyi mielen terveysongelmien ehkäisyyn, kun vain 17% keskittyi henkisen hyvinvoinnin edistämiseen. Useimmissa tapauksissa ohjelmat käsittelevät kiusaamista tai leimautumista (Samele et al., 2013).

Jokaisella Euroopan jäsenvaltiolla tulisi olla maakohtainen toimintasuunnitelma nuorille mielen terveysongelmien ehkäisyyn ja henkisen hyvinvoinnin edistämiseen (NHS England, 2015). Sellaisen ohjelmien tavoitteena on vahvistaa suojaustoimenpiteitä, jotka ehkäisevät mielen terveysongelmien kehittymistä. Esimerkiksi voitaisiin lisätä tietokäyttöä, edistää riittävää avun etsintäkykyä, tukea vanhempia lasten kasvatuksessa, luoda hyviä kouluympäristöjä, positiivisia vertaisryhmiä, kannustaa hengellisyyttä, lisätä voimaantumista ja mielen terveyden ymmärtämistä. Tämän lisäksi ohjelmat voivat myös käsitellä riskikäyttäytymisiä, jotka osaltaan vaikuttavat mielen terveyden häiriöiden kehittymiseen. Sellaisia ovat koulukiusaaminen, perheväkivalta, vaarallisten aineiden käyttö, jne. (Jané-Llopis & Anderson, 2005). Toiminnot kohdistuvat erityisesti lapsiin ja riskiperheisiin. Laadittaessa ehkäisyä ja mielen terveyden edistämistä käsittelevää toimintasuunnitelmaa, on järkevää tarkastella strategioita ja ohjelmia, jotka osoittautuvat onnistuneiksi muissa maissa. Tässä yhteydessä on syytä huomauttaa, että ”Joint Action for Mental Health and Well-being” asiantuntijaverkosto perustettiin jokin aika sitten. Se käsittää 51 kumppania 28 EU jäsenvaltiosta ja 11 eurooppalaista organisaatiota. Tämä asiantuntijaverkosto tekee yhteistyötä voidakseen kehittää puitteet toiminnalle mielen terveyspolitiikkaa varten Euroopan tasolla. Sen työstä on mielen terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen, mielen terveyshäiriöiden ehkäiseminen, hoidon parantaminen ja mielen terveyshäiriöistä kärsivien sosiaalinen osallistuminen. Mielen terveyden edistäminen kouluissa on yksi viidestä avainalueesta ([www.mentalhealthandwellbeing.eu](http://www.mentalhealthandwellbeing.eu)).

### Strategiat kouluympäristössä

Nuoret viettävät paljon aikaa koulussa. Siksi kouluilla on tärkeä asema henkisen hyvinvoinnin edistämässä, mielen terveysongelmien ehkäisemisessä, ongelmien tunnistamisessa varhaisessa vaiheessa ja asianmukaisen lähetteen laatimisessa (Farmer et al., 2003; Paternite & Johnston, 2005; Rones & Hoagwood, 2000; Weist & Paternite, 2006). ADOCARE-tutkimuksen aikana asiantuntijat laativat erilaisia strategioita parantamaan nuorten henkistä hyvinvointia kouluympäristössä. Niiden tulisi:

- Tarjota peruskoulutusta opettajille mielen terveydestä. Opettajat ovat jatkuvasti läsnä nuorten elämässä. He ovat asemassa, jossa voivat tunnistaa ongelmat varhaisessa vaiheessa ja antaa arvokasta tukea. Siksi on tärkeää, että opettajat saavat perusopetusta mielen terveyden edistämisestä, mielen terveysongelmista ja tavoista ehkäistä ja tunnistaa kyseiset ongelmat.
- Ottaa mukaan mielen terveyden ammattilaiset kouluun. ADOCARE-tutkimuksen aikana tehtiin huomiointi, että opettajia ei tulisi taakoittaa tarpeettomasti nuorten tukemisessa ja hoidon antamisessa, sillä heidän työtaakkansa on jo suuri. Jotkut mielen terveysongelmat vaativat kokeneita ammattilaisia. Niissä tapauksissa opettajien pitäisi voida luottaa mielen terveyden ammattilaisiin, jotka työskentelevät kouluympäristössä (esim. kouluterveydenhoitaja, koulukuraattori, koulupsykologi). Nämä ammattihenkilöt voivat neuvoa opettajia, kuinka selvitä mielen terveysongelmista kärsivien oppilaiden kanssa ja kuinka he voivat antaa suoraa tukea nuorille tai lähettää oppilaan asiantuntijan luo.
- Tehdä yhteistyötä ulkopuolisten mielen terveyden ammattilaisten kanssa. Joissakin tapauksissa opettajien ja koulun mielen terveyden ammattilaisten antama tuki ei ole riittävä ja siksi mukaan on otettava ulkopuolinen ammattihenkilö. Koulun mielen terveyden ammattilaisilla tulisi olla mahdollisuus tehdä yhteistyötä koulun ulkopuolella työskentelevien mielen terveyden ammattilaisten kanssa. Esimerkiksi kunnallisia mielen terveyden hoitohenkilöitä voidaan laittaa paikan päälle kouluun. Viimeaikainen tutkimus osoittaa, että vanhempien ja opettajien havaintojen perusteella tällä mallilla on positiivinen vaikutus keskeytysten määrään, koulunkäyntiin ja nuorten tunne- ja käyttäytymisoiireisiin (Ballard, Sander, & Klimes-Dougan, 2014).
- Järjestää oppitunteja mielen terveydestä. Nuorten ei tarvitse tietää vain, kuinka heidän kehonsa toimii, vaan heidän on myös ymmärrettävä, kuinka heidän mielensä toimii. (ADOCARE, 2015). Opetussuunnitelmaan integroituina oppituntien tulisi kohdistua mielen terveysasioihin kuten tietokäyttöön, toisten kunnioittamiseen, sosiaalisten taitojen opettamiseen, vaikeiden tilanteiden hallitsemiseen, avunpyynnön kannustamiseen henkilökohtaisena vahvuutena, perheen mukanaolon edistämiseen, tunteiden ilmaisemiseen ja yksilöllisten vahvuksien kehittämiseen. (Vidal-Ribas, Goodman, & Stringaris, 2015). Nämä oppitunnit voi pitää joko hoitoalan opettajat tai terveysalan kouluttajat ja yksi vaihtoehto on myös kutsua mielen terveyden ammattilainen vierailijapuhujaksi. Ammattihenkilön tapaaminen luokkahuoneessa madalta todennäköisesti nuorten kynnystä käydä myöhemmin tarvittaessa ammattihenkilön luona. On erittäin suositeltavaa, että mielen terveyspalveluissa omaksutaan vuorovaikutukseen perustuva innovatiivinen lähestymistapa. Siksi painopiste on samanaikaisesti tiedon hankinnassa, asenteissa ja taidoissa. ADOCARE-tutkimuksen aikana nuoret huomauttivat, että oppitunnit mielen terveydestä voivat aiheuttaa kiusaamista ja opettajien tulisi olla siitä hyvin tietoisia.

- Järjestää terveydenhuollon tarkastuksia. Yleensä ehkäisy- ja seuloaohjelmiin suhtaudutaan myönteisesti kouluissa. Sellaisen ohjelmien vaatimuksena on tiedon keruu ja seuloa, tulosten käyttö monitiedonalaisessa koulutiimissä, säännösten laatiminen ja



interventioiden esittäminen seulonaprofiilien pohjalta ja yhteistyö ulkopuolisten sidosryhmien kanssa, kun erikoishoito näyttää välttämättömältä (Dowdy et al., 2014). "Saving and Empowering Young Lives in Europe" (SEYLE) hankkeen kontekstin puitteissa kehitettiin koulupohjainen ammatillinen seulonamenetelmä (Wasserman et al., 2015) ja se osoittautui tehokkaaksi oppilaiden mielenterveystarpeiden tunnistamisessa (Kaess et al., 2014a). ADOCARE-tutkimuksen aikana kävi kuitenkin selväksi, että seulonassa on järkeä vain, jos maa voi tarjota riittävää mielenterveyden hoitoa. Jos maalta puuttuu riittävät mielenterveyspalvelut, seulonahjelmilla voi olla vahingollinen vaikutus, koska ne luovat avuntarvetta, johon ei voi vastata.

- Kiinnittää huomio riskikäyttäytymisiin oppilaiden keskuudessa. Koulujen tulisi kiinnittää huomio riskikäyttäytymisiin, jotka liittyvät läheisesti mielenterveysongelmiin, kuten päihteiden väärinkäyttö, sensaation haku, rikollinen käyttäytyminen, liiallinen median käyttö, itsetuhoisa käytös ja lintaaminen (Kaess et al., 2014a). Lintaamistapauksessa koulukuraattorin tai nuorisotyöntekijän normaali käytännön tulisi olla tavoitteleva, jotta hän voisi saada kontaktin nuoreen. Toinen tärkeä kouluun liittyvä ilmiö, jota tulee käsitellä, on koulukiusaaminen. Tutkimus, joka tehtiin vakavista mielenterveysongelmista kärsiville nuorille sairaalapotilaille, osoittaa että lähes 43% nuorista potilaista oli koulukiusattu ainakin kerran elämässään (Kalmakis & Chandler, 2015; Ryttilä-Manninen et al., 2014).

## 8. NMTH-palveluun liittyvät politiikat ja lakisääteiset kehykset

Vuonna 2009 tuskin missään Euroopan maassa oli mielenterveysohjelmia, joka kohdistui erityisesti nuoriin (Vieth, 2009). Sen jälkeen olemme nähneet jonkin verran edistystä. ADOCARE-tulokset osoittavat, että kuudella kymmenestä osallistujavaltiosta (Belgia, Suomi, Italia, Espanja, Ruotsi ja Yhdistynyt kuningaskunta) on mielenterveysuunnitelma erityisesti nuoria varten. Tämän lisäksi kolmessa näistä maista (Suomi, Italia, Ruotsi) mielenterveyttä koskevia menetelmiä arvioidaan ja seurataan säännöllisesti. Vaikka useimmat maat ovat menossa oikeaan suuntaan, tilaa on vielä parantamiselle. Huolenaiheena on, että useimmilla mailla ei ole mitään selvää mielenterveydelle (ADOCARE, 2015) varattua budjettia. Yhdistynyt kuningaskunta on harvinainen poikkeus, 11% terveydenhuollon kokonaisbudjetista käytetään mielenterveyteen, josta alle 1% käytetään lapsiin ja nuorten mielenterveyden hoitoon. Määrärahojen jakaminen nuorten mielenterveyteen on todennäköisesti yhtä alhainen muissa jäsenvaltioissa.

### Nuorten mielenterveyspolitiikkaan liittyvät haasteet

- Kehittää selkeä näky nuorten mielenterveydestä. Useimmissa maissa NMTH ei ole prioriteettiasemassa, koska poliittiset päättäjät eivät ole tietoisia nuorten mielenterveyden tarpeista. On erittäin tärkeää nähdä nuoret erillisenä kohderyhmänä, jolla on selvät tarpeet. Nuorten tarpeiden ymmärtäminen ja poliittisten päättäjien tiedottaminen jakautuu EU komission, lobbausryhmien, tutkijoiden, ammattilaisten ja nuorten ja heidän perheittensä vastuulle.
- Kehittää ja toteuttaa tiettyjä nuorten mielenterveyden menettelytapoja ja suunnitelmia. WHO kehitti ohjepaketin poliittisille päättäjille. Se kuvaa peräkkäisiä toimenpiteitä ja auttaa päättäjiä kehittämään ja toteuttamaan nuorten mielenterveyden politiikkaa ja suunnitelmia (WHO, 2005). Poliittisen päätöksentekoprosessin aikana on erittäin suositeltavaa ottaa nuoret ja heidän vanhempansa läheisesti mukaan, koska he tuntevat parhaiten, mitkä ovat heidän tarpeensa ja piilevät vaarat. Tietenkin arviointiin tulisi myös kiinnittää huomiota. Arviointien on oltava tieteellisesti luotettavia ja ne tulisi julkaista mieluummin niin, että muut maat voivat hyötyä suoritetusta työstä. Menettelytapojen ja suunnitelmien arviointia varten on olemassa WHO:n kehittämiä helpokäyttöisiä tarkastuslistoja (2009).
- Toteuttaa selkeä lainsäädäntö nuorten oikeuksista. The Universal Declaration of Human Rights and the Convention on the Rights of the Child ovat hyviä inspiraation lähteitä uusien politiikkojen, lainsäädännön ja toimintakehysten kehittämiseksi ja mallille. Tämän lisäksi hallintoelimet ohjataan laatimaan selkeä lainsäädäntö seuraavista aiheista: kuinka nuoret voivat hakea apua ilman vanhempiansa lupaa, nuorten oikeusyhdyssä päättää omasta hoitosuunnitelmastaan, vanhempien oikeudet ja velvollisuudet, lähestymiskieltojen menettelyt (vaikka ne tulisi pitää miniminä), rekisteröinti ja pääsy potilastietoihin ja sähköisen terveydenhuollon käyttö.
- Määrittellä peruspalvelujen ydinpakettien saatavuus nuorille ympäri EU-jäsenvaltioita (WHO, 2002). Maita kannustetaan siirtämään hoidon tasapaino pois vakiintuneilta laitoksilta ja kannattamaan parempia yhteisöpohjaisia tuki- ja hoitojärjestelmiä (Knapp, McDaid, Mossialos, & Thornicroft, 2006). Kaikkialla Euroopassa tarvitaan kipeästi sijoittamista nuorten mielenterveyspalveluihin, jotka on kehitetty yksinomaan nuorille. Näiden palvelujen ikähaarukan tulisi olla laaja ja joustava ja mieluummin 9 - 25 ikävuoden välillä.
- Myöntää riittävästi taloudellisia resursseja nuorten mielenterveydelle. Poliittisten suunnitelmien tulee ilmaista selkeästi, kuinka paljon bruttokansantuotteesta myönnetään mielenterveydelle yleensä ja kuinka paljon käytetään erityisesti nuorten mielenterveyteen. WHO:n suositusten mukaan (2005), lapsille ja NMTH-palvelulle varattu budjetti on sama, kuin mitä käytetään aikuisten mielenterveyteen. ADOCARE-tutkimuksen aikana mainittiin, että suurempi rahoitus ehkäisyyn, mielenterveyden edistämiseen ja kohdennettuun hoitoon nuorille itse asiassa säästää rahaa pitkällä aikavälillä, koska mielenterveysongelmiin voi puuttua varhaisessa vaiheessa. Siten toimittaessa asiakkaat eivät kehitä aikuisena monimutkaisia mielenterveysongelmia, jotka vaativat kalliin pitkäaikaisen hoidon.
- Kannustaa yhteistyötä eri sektoreiden ja ammattien välillä. Kuten aikaisemmin on mainittu, hallintoelinten on tärkeä saada aikaan yleiset kehykset, jotka helpottavat yhteistyötä ja integraatiota sektoreiden, palvelujen ja ammattien välillä.







## OHJEISTUS JA SUOSITUKSET

Nykyiset suuntaviivat pyrkivät tukemaan poliittisia päättäjiä (makrotaso), palveluja (mesotaso) ja ammattihenkilöitä (mikrotaso) heidän pyrkimyksissään parantaa NMTH-palveluja omassa maassaan. Se tehdään rajaamalla yhteiset toiminnot. Nuoruusikä tässä tekstissä määritellään 12 ja 24 ikävuoden välille. Ehdotetut suositukset ja toiminnot ovat kaksivuotisen tutkimusprosessin tulosta. Seuraavia ryhmiä kuultiin monessa tilanteessa eri tavoin: poliittisia päättäjiä, ammattihenkilöitä ja asiantuntijoita NMTH-kentällä, teini-ikäisiä ja nuoria sekä heidän perheitään ja organisaatioita, jotka edustavat kyseistä ikäluokkaa. Sen lisäksi tarkastelimme viimeaikaisinta kirjallisuutta mielenterveydestä yleensä ja nuorten mielenterveydestä erityisesti.

Suosituksia koskevat kymmentä alaa, joihin Euroopan maiden tulisi keskittää voidakseen parantaa NMTH-palveluja:

- NMTH-palvelun saatavuus
- NMTH-palvelun laatu
- NMTH-palveluun pääsy
- Yksilöllinen hoito
- Integroitu hoito
- Nuorten siirto NMTH-palvelusta aikuisten MTH-palveluihin
- Ammattihenkilöiden koulutus
- Ennaltaehkäisy ja mielenterveyden edistäminen
- Poliitiikka ja lakisääteiset kehykset
- Tutkimus



## 1. NMTH-PALVELUJEN SAATAVUUS

Suositus: jokainen maa sitoutuu tavoittelemaan tasapainoista hoitomallia

### Ehdotetut toimet makrotasolla:

- Laadittaessa tasapainoista mielenterveyden hoitoa, seuraavat palvelutyypit katsotaan välttämättömiksi:
  - Perusterveydenhuoltopalvelut henkilöille, joilla on yleisiä mielenterveysongelmia. Nämä palvelut vastaavat kohdehenkilön löydöstä ja arvioinnista, lyhytaikaisista psykologisista ja sosiaalisista interventioista sekä sosiaalisista hoitotoimenpiteistä ja farmakologisesta hoidosta.
  - Yleiset mielenterveyspalvelut henkilöille, joilla on monimutkaisempia ongelmia. Yleiset mielenterveyspalvelut käsittävät viisi osiota: avohoito/ ambulatoiset klinikat, kunnalliset mielenterveystiimit, akuutti sairaalahoito, pitkäaikainen kuntakohtainen asumishoito ja tuki työssä ja ammatissa.
  - Sarja mielenterveyden erikoispalveluja yleisten palvelujen viidessä luokassa, jotta olisi mahdollista tarjota tehokkaampia/ asiantuntijoiden interventioita (esim. autismi, skitsofrenia, syömishäiriö, riippuvuus, vakava masennus ja itsetuhoisuus).
  - Tasapainoitettu hoitomalli tarkoittaa myös sitä, että sekä kunnallinen että sairaalahoito ovat saatavissa ja että niitä tarjotaan käytännöllisellä ja tasapainoisella tavalla. Tämä tarkoittaa, että maissa joissa on paljon laitospalveluja, vuoteiden määrää on vähennettävä, jotta kunnallinen hoito ja mielenterveyden edistäminen tulisi suositummaksi.
  - Kehitys tasapainoisempaa hoitoa kohti käy käsi kädessä entistä tärkeämpää roolia esittävän mielenterveyden perushoidon kanssa. Nuorten mielenterveysinterventiot ja hoidot sekä ei-erikoistunut perusterveydenhoito on integroitu yhteen. Esimerkkejä perusterveydenhoidosta ovat mm. huoli seksuaalisesta terveydestä, uravaihtoehdoista, yleisestä terveydentilasta sekä tukeminen surun aikana, kampanjat tupakoinnin lopettamiseksi.
  - Palvelut on linkitetty alueelliseen verkostoon, kehitetään yhteinen missio ja strategia ja varmistetaan, että palvelut täydentävät toisiaan ja ettei ole päällekkyyksiä eikä aukkoja.
  - Hallintoelimet varmistavat, että asteittaisen hoidon periaatteita sovelletaan käytännössä.

### Ehdotetut toimet mesotasolla:

- Ohjaava periaate hoidon ja interventioiden valinnassa on asteittainen hoito:
  - Ensin annetaan sopivaa hoitoa, joka ei ole erikoishoitoa.
  - Nuorille annetaan lähete erityishoitoon vasta, kun se näyttää välttämättömältä.
  - Ammattihenkilöt (erityisesti perushoidon työntekijät) mutta myös vanhemmat tunnustavat, etteivät kaikki mielenterveysongelmat vaadi erityishoitoa ja että paljon voidaan tehdä perushoidon tai kunnallisen hoidon piirissä.

### Ehdotetut toimet mikrotasolla:

- Yleislääkäreitä ja muita perushoidon ammattilaisia koulutetaan tunnistamaan nuorten mielenterveysongelmat.
- He voivat käyttää lyhytaikaisia interventioita ja ovat tietoisia arviointityökaluista voidakseen päättää tarvitaanko erikoistuneempaa hoitoa.
- He soveltavat motivaationaalisen haastattelun periaatteita ja jaettua päätöksentekoa määritellesään hoidon ja päättäessään tarvitaanko lähete.

Suositus: nuorten mielenterveyspalvelujen saatavuus taataan kaikille nuorille, jotka tarvitsevat hoitoa

### Ehdotetut toimet makrotasolla:

- Maiden täytyy saada selkeä kuva mielenterveyspalvelujensa saatavuudesta nuorille. On olennaisen tärkeää tunnistaa hoidon aukko. Tämä määritellään absoluuttisena erona sen välillä, kuinka paljon mielenterveysongelmia esiintyy nuorilla ja kuinka suuri prosentti heistä saa asianmukaista hoitoa.
- Heti kun mielenterveyden hoitomahdollisuudet ja ammattihenkilöiden tarvittava määrä 100.000 nuorta kohti on määritelty, hallintoelinten on ryhdyttävä toimenpiteisiin voidakseen sulkea mahdollinen hoitoaukko.
- Näiden kolmen terveydenhuoltopalvelutyypin saatavuus on taattu (perusterveydenhuoltopalvelut, yleiset ja erikoistuneet mielenterveyspalvelut). Tasapainoinen hoito on saatavissa koko maassa.

## 2. NMTH-PALVELUN LAATU

Suositus: jokaisella maalla on nuorisoystävällisiä palveluja, jotka on räätälöity nuorten tarpeiden mukaan

### Ehdotetut toimet makrotasolla:

- Hallintoelimet varmistavat, että nämä kolmentyyppistä terveydenhuoltopalvelua, joita tarvitaan tasapainoisen hoidon aikaan saamiseen toimivat sillä tavalla, että nuoret kokevat olevansa tervetulleita ja tulevansa ymmärretyiksi. Palvelut ovat nuorisoystävällisiä.

### Ehdotetut toimet mesotasolla:

- Palvelut soveltuvat henkilön ikään (12 - 24) joustavalla tavalla.
- Palveluihin on helppo pääsy niin, että nuoret eivät koe monia esteitä. Tämä tarkoittaa: on lämminhenkinen ja viihtyisä ympäristö, pistäytymispalveluja, sopivat aukioloajat, pääsy ilman vanhempien lupaa, edulliset tai ilmaiset palvelut, lyhyet odotusajat, sopiva paikka lähellä julkista liikennettä, huomiota herättämätön sisäänkäynti ja positiivinen kuva.
- Palvelut tarjoavat selkeää tietoa lakisääteisistä (luottamuksellisuus) ja taloudellisista (kustannukset) näkökohdista.
- Nuoret ja heidän vanhempansa ovat aktiivisesti mukana nuorten palvelujen suunnittelussa, hoidon antamisessa ja palveluprosesseissa. Esimerkiksi nuoret voivat olla mukana kehittämässä hoitosopimusta, joka käsittelee luottamuksellisuutta, aukioloaikoja, hoito-ohjelmaa, nuorten oikeuksia ja eettisiä näkökohtia.
- Palvelut ottavat mukaan hyviä roolimalleja hoidon tarjonnassa (nuoria jotka ovat käyneet läpi samankaltaisia ongelmia aiemmin), koska sillä on myönteinen vaikutus nuorten hyvinvointiin. Esimerkkejä ovat vertaistuki, ryhmäterapia, oma-apuryhmät.
- Palvelut takaavat hoidon jatkuvuuden niin, että nuoria mieluummin hoitaa sama ammattihenkilöiden tiimi. Palvelut tarjoavat apua nuorille, jotta voitaisiin estää apua tarvitsevien nuorten poispuotoaminen, tarjota tukea ja hoitoa.

### Ehdotetut toimet mikrotasolla:

- Nuorisoystävällisyys on NMTH-palvelussa työskentelevän henkilöstön tärkeä ominaisuus. Lääkinnällisten pätevyyksiensä lisäksi ammattihenkilöillä tulee olla positiivinen asenne nuorten elämää ja elämäntyyliä kohtaan. He kunnioittavat kohderyhmäänsä ja ovat erittäin motivoituneita ja rehellisiä. Heihin on helppo saada yhteys ja he kehittävät voimaannuttavan auttavan suhteen.

Suositus: NMTH-palvelut omaksuvat korkealaatuiset standardit

### Ehdotetut toimet makrotasolla:

- Hallintoelimet määrittelevät sarjan laatustandardeja, jotka NMTH-palvelun tulisi täyttää. Relevantteja indikaattoreita ovat muun muassa palveluihin pääsy, ammattihenkilöiden pätevyys ja taidot sekä psykososiaalisten ja lääkinällisten interventioiden tasapuolinen käyttö. Indikaattorien valinnassa viittaamme lähdeaineistoihin: the User-generated Laatu Standards for Youth Mental Health in Primary Care (Graham et al., 2014) ja the Service Standards (seitsemäs painos) (Thompson & Clarke, 2015).
- Hallintoelimet kehittävät välineitä arvioimaan NMTH-palvelun laatua. Samoja välineitä tulisi käyttää palvelujen, alueiden ja maiden välisesti vertailun mahdollistamiseksi.
- Arvioinnin suorittaa taloudellisesti riippumaton tutkimusjärjestö. Palveluille, jotka eivät täytä vaatimuksia, tarjotaan apua, jotta ne voivat parantaa hoidon laatua.

Suositus: hoitoa annettaessa on otettava huomioon eettiset näkökohdat ja arvot

### Ehdotetut toimet makrotasolla:

- Perustetaan eettinen komitea, joka tarjoaa palautetta ammattihenkilöille eettisistä ongelmista.

### Ehdotetut toimet mesotasolla:

- Palvelut noudattavat autonomian, hyvätahdon ja tasa-arvon eettisiä periaatteita, jotka on ilmoitettu Belmontin raportissa (Michaud et al., 2010).
- Eettiset näkökohdat, jotka koskevat hoidon luottamuksellisuutta, nuorten oikeutta päästä potilastietoihin ja osallistua hoitoonsa on määritelty selvästi palvelusopimuksessa. Tämä sopimus on kehitetty yhteistyössä nuorten kanssa.

### 3. NMTH-PALVELUUN PÄÄSY

Suositus: nuorten on helppo päästä mielenterveyspalveluihin

#### Ehdotetut toimet makrotasolla:

- Hallintoelimet ja media ryhtyvät toimenpiteisiin leimaavien asenteiden voittamiseksi mielenterveysongelmia ja mielenterveyspalvelujen käyttöä kohtaan. Yhä uudelleen esiintyvä teema on se, että mielenterveysasiat ovat normaali osa elämää ja että avun hakeminen ei ole merkki henkilön heikkoudesta. Toimenpiteiden tulisi kohdistua erityisesti poikiin, koska heidän mielenterveyden ymmärtäminen on vähemmän kehittynyt ja he ovat vähemmän halukkaita etsimään apua.
- Nuorten tietämyksen mielenterveysasioista tulisi lisääntyä. Sen voi tehdä tarjoamalla houkuttelevia, helposti navigoitavia ja luettavia verkkosivustoja ja tähtäämällä mielenterveysasioiden ymmärtämiseen koulun opetussuunnitelmissa.

#### Ehdotetut toimet mesotasolla:

- Palvelut tarjoavat online tietoa antamastaan tuesta. Viestinnän tyyli vetoaa nuoriin ja siihen panostetaan. Luottamuksellisuuteen liittyvät huolenaiheet käsitellään avoimesti.
- Palvelut tavoittavat nuoria, jotta voitaisiin pysyä kosketuksissa tai päästä kontaktiin kaikkein haavoittuneimpien nuorten kanssa. Tämä ryhmä tuskin koskaan hakee apua vapaaehtoisuuden pohjalta.

Suositus: mielenterveyden hoito integroidaan mahdollisimman paljon ei-erikoistuneeseen perusterveydenhoitoon

#### Ehdotetut toimet mesotasolla:

- Yleislääkäreitä kannustetaan ja koulutetaan tunnistamaan mielenterveysasiat varhaisessa vaiheessa. Tämän tyyppisen intervention aikana he arvioivat elämän eri alueita (kotiympäristö, koulutus, työllisyys, ruokailutottumukset, aktiviteetit, päihteiden käyttö, seksuaalisuus, riippuvuudet, itsemurha/masennus, merkkejä vammoista ja väkivallasta) ja he varmistavat, että psyykkisten ongelmien vakavuutta ei aliarvioida.
- Nuorten kerhot/järjestöt voivat tarjota tietoa mielenterveydestä ja perustukea mielenterveysongelmista kärsiville nuorille.

Suositus: internet voi edistää nuorten pääsyä mielenterveyden hoitopalveluun

#### Ehdotetut toimet makrotasolla:

- Verkkopohjaisten interventioiden tarkoitus on lisätä pääsyä mielenterveyden hoitoon, tiedottaa nuorille hoidosta, ottaa mukaan nuoret aktiivisemmin hoidon aikana ja varmistaa, että jälkihoito on viety loppuun.
- Hallintoelimet panevat laatumerkinnät verkkosivustoilleen, työkaluihin ja sovelluksiin, jotta nuoret tietävät, että he ovat luotettavalla ja nuorisoystävällisellä sivustolla.

#### Ehdotetut toimet mikrotasolla:

- Ammattihenkilöt ovat tietoisia luotettavista internet-pohjaisista interventioista nuorille.
- Internet-pohjaisten interventioiden lisäksi on hyvä antaa ammatillista lisätukea. Tarkoitus on auttaa nuoria tulkitsemaan löytämänsä online tiedot ja taata yksilöllinen hoito.

### 4. HENKILÖKESKEINEN HOITO

Suositus: tuki, valmennus ja hoito tarjotaan henkilökeskeisesti ja nuoret ovat aktiivisesti mukana

#### Ehdotetut toimet mikrotasolla:

- Arvioinnin aikana ammattihenkilöt ottavat huomioon nuoren bio-psyko-sosiaalisen toimivuuden. He keskittyvät asiakkaan psyykkisiin ongelmiin sekä hänen vahvuuksiinsa ja pätevyyyksiinsä.
- Hoidon aikana ammattihenkilöt ottavat nuoria mukaan päätöksentekoprosessiin soveltamalla jaetun päätöksenteon periaatteita. Ammattihenkilöt ilmoittavat selvästi, että valintoja on tehtävä, tarjoavat yksityiskohtaista teini-ikään liittyvää tietoa eri vaihtoehtoista ja tukevat nuoria preferenssiensä etsinnässä ja valintojen tekemisessä.

Suositus: jokainen nuori saa tehokkaan yhdistelmän bio-psyko-sosiaalista hoitoa

#### Ehdotetut toimet makrotasolla:

- Maissa joissa biolääketieteellinen hoitomalli on ainoa tai pääasiallinen, hallintoelimet ryhtyvät toimenpiteisiin bio-psyko-sosiaalisen hoitomallin käytön kannustamiseksi. Tämä voidaan tehdä esimerkiksi maksamalla korvausta psykososiaalisista interventioista farmakologisen hoidon lisäksi.

#### Ehdotetut toimet mikrotasolla:

- Psykososiaalisia interventioita ammattihenkilöt pitävät hoidon ensimmäisenä askeleena. Yleisimpiä ovat psykoedukaatio ja psykoterapia, mutta muut interventiot voivat olla hyödyllisiä kuten luovat taidetyöpajat, joissa nuoret voivat ilmaista tunteitaan (musiikki, kirjoittaminen, tanssi, maalaus jne.) tai urheilu ja liikunta. Yleiskatsaus nykyisistä näyttöön perustuvista interventioista on saatavissa kirjassa "What works for whom" (Fonagy, et al., 2014).
- Psykososiaaliset interventiot eivät kohdistu vain hoitokeinoihin ja hoitoon vaan myös sinnikkyteen ja henkilön kompetenssin vahvistamiseen.
- Lääkitys vakavissa mielenterveyden häiriöissä saattaa olla välttämätöntä, mutta sitä tulisi antaa yhdessä psykososiaalisten interventioiden kanssa. Ammattihenkilöt ovat herkkiä tunnistamaan lääkkeiden mahdollisen liikkakäytön ja heidän tulee noudattaa ohjeistusta lääkkeitä määrätessä.
- Hoito-, valmennus- ja neuvontastrategiat, jotka ovat osoittautuneet tehokkaiksi ovat etusijalla, mutta on pidettävä avoin mieli uusille kehityssuunnauksille. Ohjeistusta käytetään, koska se tarjoaa yleiskuvan tämänhetkisistä näyttöön perustuvista hoidoista. (esim. the Mental Health Gap Action Intervention Guide of the WHO, NICE, jne.). Ammattihenkilöt turvautuvat myös säännöstöön siitä, kuinka toteuttaa näyttöön perustuvat toimenpiteet standardoilulla tavalla.
- Hoitotuloksia seurataan systemaattisesti, jotta voidaan päätellä, ovatko interventiot toimivia.

Suositus: nuorten mielenterveysongelmia lähestytään kehittyvästä perspektiivistä

#### Ehdotetut toimet mikrotasolla:

- Hoitajat ottavat huomioon, miten nuori on kehittynyt tähän mennessä ja mitkä kehitykseen liittyvät asiat ja kriisit vaikuttavat nykyiseen tilanteeseen. Ajatuksena on täysin ymmärtää käsillä olevat ongelmat ja määrittää avun ja tuen tarve.
- Hoitajat myöntävät, että nuorten tarpeet muuttuvat jatkuvasti. Hoitosuunnitelman tulee seurata muutosta.

Suositus: jokainen hoitosuunnitelma rakentaa siltoja normaali elämään

#### Ehdotetut toimet mesotasolla:

- Toipuminen ja osallistuminen yhteiskuntaan ovat ensisijaisia tavoitteita jokaisessa hoitosuunnitelmassa. Ammattihenkilöt tukevat nuoria heidän koulutuksessaan, asunnon ja työpaikan löytämisessä ja luottamuksellisten ihmissuhteiden luomisessa toisiin, jotta he voivat omaksua täysin roolinsa kansalaisina. Siksi yhteistyö muiden sektorien kanssa on välttämätöntä.
- Mikäli mahdollista, hoito tarjotaan nuoren luonnollisessa ympäristössä. Jos hän on sairaalahoidossa, ammattihenkilöt kehittävät strategian siten, että nuoren tavoitteena on päästä kotiin.

- Tuettu työllistyminen ja tuettu koulutus ovat tärkeitä näkökohtia vakavasta ja pitkäaikaisesta mielenterveyden häiriöistä kärsiville. Tämä vaatii mielenterveyspalvelujen järjestelmällistä yhteistyötä työllisyys- ja koulutuspalvelujen kanssa (Ellison et al. 2015).

Suositus: vanhemmat ovat mukana mikäli mahdollista

#### Ehdotetut toimet makrotasolla:

- Maat kehittävät lainsäädäntöä vanhempain oikeuksista ja velvoitteista silloin kun heidän lapsensa tarvitsee NMTH-palvelua.

#### Ehdotetut toimet mikrotasolla:

- Hoidon alussa vanhemmille tiedotetaan. Nuoria kannustetaan ottamaan mukaan vanhempansa, jos sillä on positiivinen vaikutus heidän hyvinvointiinsa.
- Vanhempien tulisi saada tukea, jos heillä itsellään on ongelmia tai jos häiriintynyt suhde on nuoren ongelmien ytimessä. Hyvä yleiskuva jo olemassa olevista perheeseen kohdistuvista interventioista on ammattihenkilöiden saatavilla. (Kaslow et al., 2014).

## 5. INTEGROITU HOITO

Suositus: hallintoelimet luovat yhteiset kaikkia sektoreita kattavat kehykset

#### Ehdotetut toimet makrotasolla:

- Strategisia liittymiä ja hoitoverkostoja organisoidaan paikallisella tasolla. Tavoitteena on linkittää erikoistumisen eri tasot (esim. perus-, sekundääriset ja tertiäriset hoitopalvelut) sekä samankaltaiset sektorien väliset hoitotasot. (esim. asuminen, työllisyys, oikeus, jne.).
- Luodaan paikallisia komiteoita ohjaamaan palvelujen välistä verkostoitumista.
- Kun mukana olevat ammattihenkilöt tekevät sektorien välistä yhteistyötä nuorten hoidossa, heillä tulisi olla taloudellinen kannustin. Yhteistyön kannustamiseksi tulisi korostaa yhteistyön etuja tai kannustaa sektorien välistä työn liikkuvuutta.
- Tiedot nykyisistä aloitteista ovat saatavilla yhdeltä keskitetyltä verkkosivustolta.

#### Ehdotetut toimet mesotasolla:

- Monitieteinen tiimityö on standardi, yleislääkäri on mukana tiimin jäsenenä.
- Aloitetaan hoidon yhteissuunnittelu. Ammattihenkilöiden tiimi jakaa yleisen hoitosuunnitelman ja he ovat yhdessä vastuussa sen täytäntöönpanosta.
- Tarjotaan paikkoja sektorien väliselle keskustelulle ja vuorovaikutukselle.
- Perustetaan intensiivisen hoidon hallinto. Nimitetään yksi ammattilainen, jolla on lopullinen vastuu kustakin tapauksesta.
- Laaditaan konsensukseen perustuvia sopimuksia määrittelemään jokaisen kumppanin rooli ja vastuu ja viitataan menettelytapoihin ja sääntöihin, joita tulee noudattaa poiskirjaamis-, siirto- tai konfliktitapauksessa.
- Laaditaan yhteinen infrastruktuuri potilastietojen keräämistä ja jakamista varten eri hoidontarjoajien välillä sektorikohtaisesti tai sektorien välisesti.
- Järjestetään yhteistä koulutusta eri sektoreiden ammattihenkilöille. Sillä tavalla kompetenssit ovat poikkitieteellisiä.

## 6. SIIRTYMINEN NUORTEN NMTH-PALVELUSTA AIKUISTEN MIELENTERVEYSPALVELUIHIN

Suositus: hallintoelimet, mielenterveyspalvelut ja ammattilaiset parantavat NMTH-palvelujen siirtoa aikuisten mielenterveyspalveluihin

#### Ehdotetut toimet makrotasolla:

- Poliittiset suunnitelmat sisältävät strategioita siirtymäkauden hoidon parantamiseksi. Milestone-hankkeen pohjalta poliittisille päättäjille kehitellään suuntaviivoja, jotka auttavat heitä tekemään tietoon ja näyttöön perustuvia päätöksiä terveydenhuoltojärjestelmien parantamiseksi.

- Paikalliset nuorten ja aikuisten mielenterveyspalvelut ja vapaaehtoisuuspalvelut kartoitetaan ja päivitetään säännöllisesti (toiminnan kattavuus, viestintäverkostot ja avainkontaktit).
- Mielenterveyden ammattilaisia koulutetaan, miten he voivat optimoida hoidon siirtymisvaiheen. Koulutusten tulee käsitellä asioita, jotka koskevat lähteitä toisiin palveluihin, lisätä tietoa muista palveluista ja parantaa omatoimisuutta ja taitoja. Samalla tavalla Milestone-hankkeen puitteissa koulutuspaketteja lääkintähenkilöstölle kehitellään ja pannaan täytäntöön ympäri EU:ta.

#### Ehdotetut toimet mesotasolla:

- Palvelut kehittävät ja panevat täytäntöön säännöstöä siirtymishoidon parantamiseksi nuorten tarpeiden mukaisesti. Tässä säännöstössä aikataulu ja jokaisen vastuu on määritelty selkeästi. Varasuunnitelma tehdään siltä varalta, että aikuisten mielenterveyspalvelut eivät voi hyväksyä siirtoa.
- Palvelut ovat joustavia asiakkaiden iän suhteen. Nuoret, jotka eivät ole valmiita siirrettäväksi aikuisten palveluun, jäävät nuorten palvelun piiriin.
- Palvelujen tulee välttää monia samanaikaisia siirtoja, koska yksi siirto vaatii jo runsaasti esivalmistelutyötä.
- Nuorten ja aikuisten mielenterveyspalvelut hallinnoivat yhdessä siirtoa tietyn aikajakson.
- Aikuisten palvelun aktiivista mukanaoloa tarvitaan, ennen kuin nuorten palvelu saa kirjata ulos potilaan.
- Nuorten ja aikuisten mielenterveyspalvelut käyttävät standardoitua muistiinpanojärjestelmää ja siirtävät sen kautta kaiken viestinnän ja yhteystiedot.
- Siirtyminen aikuisten palveluihin on tärkeä laatuindikaattori hoitoa arvioitaessa. Milestone-hankkeen pohjalta kehitellään ja vahvistetaan siirtymiselle ominaisia menettelytapoja.

#### Ehdotetut toimet mikrotasolla:

- Ammattihenkilöt valmistavat nuoria hyvin siirtoa edeltävien viikkojen aikana ja siirto tapahtuu, kun nuoren tila on vakaa.

## 7. AMMATTIHENKILÖIDEN KOULUTUS

Suositus: nuorten kanssa työskentelevien mielenterveyden hoidon ammattilaisten koulutus räätälöidään tätä tiettyä ryhmää varten

#### Ehdotetut toimet makrotasolla:

- Koulutuksensa aikana nuorten mielenterveydenhoidon ammattilaiset saavat koulutusta tietyistä nuoriin liittyvistä aiheista. Aihepiiriin kuuluu nuoren normaali kehittyminen, mielenterveysongelmien arviointi, nuorten ongelmat, kommunikointi nuorten kanssa, jaettu päätöksenteko, näyttöön perustuvat psykososiaaliset interventiot, työskentely NMTH-palvelujen, siirtymishoidon ja politiikkojen ja lainsäädännön integroidussa verkostossa.
- Yhdenmukaiset standardit laaditaan nuorisopsykiatrien ja -psykologien opetussuunnitelmaa varten Euroopassa.

#### Ehdotetut toimet mesotasolla:

- Monitieteiset koulutuskurssit ja jatkokoulutuskurssit ovat pakollisia lääkäreille NMTH-palveluissa.
- Oppimisverkostoja laaditaan edistämään jatkuvaa koulutusta työpaikalla (cf., ImROC).
- Palvelut järjestävät sisäistä tarkkailua ja valvontaa säännöllisesti.

Suositus: ammattilaisia, jotka kohtaavat satunnaisesti mielenterveysongelmista kärsiviä nuoria, koulutetaan myös mielenterveysasioissa

#### Ehdotetut toimet makrotasolla:

- Toimenpiteet koskevat yleislääkäreitä, sairaalan terveydenhoitajia, koulujen terveydenhoitajia, nuorisotyöntekijöitä, julkisen terveydenhuollon työntekijöitä, sosiaalityöntekijöitä ja opettajia. He saavat kursseja nuorten mielenterveysasioista peruskoulutuksensa aikana.
- Auttava puhelin ja verkkosivustot ovat saatavissa. Ammattihenkilöt voivat antaa neuvoa niistä, jos heillä on nuorten mielenterveyteen liittyviä kysymyksiä tai huolenaiheita.



## 8. ENNALTAEHKÄISY JA MIELENTERVEYDEN EDISTÄMINEN

Suositus: mailla on toimintasuunnitelma mielenterveysongelmien ehkäisemiseksi ja nuorten hyvinvoinnin edistämiseksi

### Ehdotetut toimet makrotasolla:

- Toimintasuunnitelmat sisältävät interventioita, joilla vahvistetaan suojatoimenpiteitä (esim. kannustaa hakemaan apua tarvittaessa, tukea vanhempia lastensa kasvattamisessa, luoda hyviä kouluympäristöjä, parantaa mielenterveyden ymmärtämistä jne.) ja interventioita käsittelemään riskitilanteita (esim. koulukiusaaminen, köyhyys, vanhempien väkivalta, päihteiden käyttö, jne.). Nämä toiminnot tähtäävät erityisesti haavoittuviin nuoriin ja heidän perheisiinsä.
- Suositellaan strategioita ja interventioita, jotka ovat osoittautuneet menestykselliseksi muissa maissa.
- Media voi näyttellä suurta roolia leimautumisen poistamisessa ja tiedon levittämisessä.

### Ehdotetut toimet mesotasolla:

- Terveystuotohenkilöt tavoittelevat haavoittuvia nuoria, joilla on taipumus jäädä pois näkökentästä. He käyvät paikoissa, joissa nuoret hengailevat säännöllisesti (esim. asemat, aukiot, puistot, yleiset urheilupaikat, pubit) ja kutsuvat heitä käymään palvelussaan tai antavat tukea paikan päällä tarvittaessa.
- Tietyt ohjelmat tukevat yksilöllistä kehittymistä ja näiden haavoittuvien nuorten osallistumista. Tässä yhteydessä ajattelemme erityisiä tapahtumia tai ryhmätoimia (esim. luonnon puhdistaminen ympäristön suojelemiseksi, julkisten rakennusten pienet korjaustyöt, köyhien avustaminen, lähiön juhlat, varojen keruu, jne.). Tämä on hyvä tapa voimaannuttaa nuoria, koska siten he oppivat osallistumaan, ottamaan vastuuta, rakentamaan sosiaalisia suhteita, jne.
- Vanhemmat saavat tukea selviytyäkseen lapsensa mielenterveysasioissa. Verkkosivut voivat olla apuna vanhemmille mielenterveysasioiden tunnistamisessa ja osoittamassa heille, mihin toimenpiteisiin heidän olisi ryhdyttävä lapsensa parasta ajatellen.

Suositus: koulut ovat avainasemassa henkistä hyvinvointia edistettäessä

### Ehdotetut toimet makrotasolla:

- Opettajat saavat peruskoulutusta nuorten mielenterveydestä, mielenterveyden edistämisestä ja kuinka ehkäistä ja tunnistaa mielenterveysongelmia.
- Oppitunnit mielenterveydestä integroidaan nuorten opetussuunnitelmaan. Oppitunteihin tulisi sisällyttää sellaiset asiat kuin sietokyvyn nostaminen, toisten kunnioittaminen, sosiaaliset taidot, vaikeiden tilanteiden hallitseminen, tunteiden ilmaiseminen, avun etsinnän edistäminen ja nuorten voimaannuttaminen.
- Terveystuotojen tarkastuksia voidaan järjestää kouluympäristössä, jotta on mahdollista löytää ne oppilaat, jotka ovat mielenterveyspalvelujen tarpeessa. "Saving and Empowering Young Lives in Europe" (SEYLE) -hankkeen yhteydessä kehitettiin koulupohjainen ammatillinen seulontamenetelmä. Seulontaohjelmilla voi olla kuitenkin vahingollinen vaikutus, jos maalta puuttuu riittävät mielenterveyspalvelut. Ne voivat saada aikaan avunkysyntää, jota ei ole tarjolla.

### Ehdotetut toimet mesotasolla:

- Mielenterveyden ammattihenkilöt (koulukuraattorit) ovat kouluissa antamassa ohjeita opettajille ja/tai suoraan tukemassa nuoria.
- Koulut voivat tehdä yhteistyötä mielenterveyden hoidon ammattihenkilöiden kanssa koulun ulkopuolella. Esimerkiksi ulkopuoliset ammattihenkilöt voivat pistäytyä koulussa kerran viikossa.
- Oppitunnit mielenterveydestä voi pitää joko hoitoalan opettajat tai terveysalan kouluttajat ja yksi vaihtoehto on myös kutsua mielenterveyden ammattilainen vierailijapuhujaksi. Sen lisäksi oppitunnit on hyvä pitää interaktiivisesti, mikä lisää tietoa ja työstää asenteita ja taitoja. Opettajien tulisi olla tarkkaavaisia mahdollisista kiusaamisen merkeistä, joita voi tulla esiin sellaisten oppituntien yhteydessä.
- Koulut kiinnittävät erityistä huomiota riskikäyttäytymisiin, jotka liittyvät vahvasti mielenterveysongelmiin. Esimerkkejä siitä ovat päihteiden käyttö, sensaation haku, liiallinen median käyttö, itsetuhoisa käyttäytyminen, rikollinen käyttäytyminen ja lintsaaminen. Näissä tapauksissa koulukuraattori pyrkii saamaan kontaktin nuoreen päästäkseen selville, mikä hänen tilanteessa on.
- Koulut kehittävät toimintasuunnitelman, joka käsittelee kiusaamista. Se on tärkeää mielenterveysongelmien ehkäisyyn.

## 9. POLITIIKKA JA LAKISÄÄTEISET KEHYKSET

Suositus: maat kehittävät ja toteuttavat nuorten mielenterveyteen tarkoin määritellyjä politiikkoja ja suunnitelmia

### Ehdotetut toimet makrotasolla:

- Suunniteltaessa uusia politiikkoja, lainsäädäntöä ja toiminnan kehyksiä lähdeaineistoja ovat: the Universal Declaration of Human Rights ja the Convention on the Rights of the Child.
- Hallintoelinten on tunnustettava, että NMTH:n laadun parantaminen on avainprioriteetti ja että nuorilla on selviä tarpeita.
- WHO kehitti maille ohjepaketin, jossa kuvataan niitä peräkkäisiä vaiheita, joita poliittisten päättäjien on seurattava voidakseen kehittää ja toteuttaa nuorten mielenterveysohjelmia ja suunnitelmia (WHO, 2005).
- Kun ohjelmia ja suunnitelmia kehitellään, nuoret ja vanhemmat ovat mukana läheisesti. Ohjelmat arvioidaan esimerkiksi käyttämällä WHO-tarkastuslistaa mielenterveyspolitiikan (WHO, 2009) arviointiin. Tuloksia tulisi vaihtaa muiden Euroopan maiden kanssa, jotta voitaisiin oppia toinen toisilta.
- Hallintoelimet laativat selkeän lainsäädännön, josta ilmenee: miten nuoret voivat hakea apua ilman vanhempiensa lupaa, nuorten oikeus päättää yhdessä hoitosuunnitelmasta, vanhempien oikeudet ja velvollisuudet, lähestymiskieltoa koskevat menettelytavat (vaikkakin ne tulisi pitää minimissä), potilastietojen rekisteröinti ja niihin pääsy ja sähköisen terveydenhoidon käyttö.

Suositus: hallintoelimet myöntävät riittävästi taloudellisia resursseja nuorten mielenterveydelle

### Ehdotetut toimet makrotasolla:

- Poliittisissa suunnitelmissa tulee ilmi, mikä prosenttiosuus bruttokansantuotteesta kohdennetaan mielenterveydelle yleensä ja kuinka paljon käytetään erityisesti nuorten mieleterveyden hoitoon.
- Mieleterveyteen käytetyn rahoituksen määrä jaetaan tasaisemmin aikuisten mieleterveyden hoidon yhtäältä ja lasten ja nuorten mieleterveyden hoidon välillä toisaalta. Lisäämällä rahoitusta nuorten mielenterveyden hoitoon, mielenterveysongelmat voidaan tunnistaa varhaisessa vaiheessa. Tämä ehkäisee aikuisiän monimutkaisia mielenterveysongelmia, jotka vaativat kalliimpaa ja pitkäkestoisempaa hoitoa.
- Hallintoelimet tekevät ponnisteluja voidakseen lisätä rahoitusmahdollisuuksia ja saada korkealaatuista NMTH-palvelua.

## 10. TUTKIMUS

Suositus: epidemiologinen data on elintärkeää tietoisuuden lisäämiseksi ja poliittisten päättäjien tueksi

### Ehdotetut toimet makrotasolla:

- Hallintoelimet sijoittavat hyvin kehitettyihin tiedon rekisteröintijärjestelmiin hallinnollisen tiedon keräämistä varten. Hyviä esimerkkejä standardoiduista arviointivälineistä ovat InterRAI Community Mental Health ja the InterRAI Mental Health. Sellaisten järjestelmien käyttöönotto vaatii aikaa tiedon kirjaamiseen ja käyttäjien kouluttamiseen.
- Epidemiologinen tutkimus voidaan järjestää yhteistyöperiaatteella ympäri Eurooppaa (cf., the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders, ESEMeD -tutkimus).
- Tutkimus kohdistuu erityisesti nuorten mieleterveydenhuollon tiettyihin ja haavoittuviin kohderyhmiin (kuten pakolaiset, nuoret romaanit, jne.).
- Nuorten asioita koskeva data, jota muut sektorit ovat keränneet, kuten poisputoamisten määrä, nuorisorikollisuus ja seksuaalinen väkivalta, ovat myös tutkimisen arvoisia.

### Ehdotetut toimet mikrotasolla:

- Tutkimuskeskukset varmistavat, että epidemiologiset löydökset kommunikoidaan selkeästi ja mielenkiintoisesti poliittisille päättäjille ja suurelle yleisölle tuloksien hyödyntämistä varten.







## REFERENCES

Abrines-Jaume, N., Midgley, N., Hopkins, K., Hoffman, J., Martin, K., Law, D., Wolpert, M. (2014). A qualitative analysis of implementing shared decision making in child and adolescent mental health services in the UK: stages and facilitators. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*. doi: 10.1177/1359104514547596.

Ambresin, A. E., Bennett, K., Patton, G. C., Sanci, L. A., & Sawyer, S. M. (2013). Assessment of youth-friendly health care: a systematic review of indicators drawn from young people's perspectives. *Journal of Adolescent Health*, 52(6), 670-681. doi:10.1016/j.jadohealth.2012.12.014.

Ballard, K.L., Sander, M.A., Klimes-Dougan, B. (2014). School-related and social-emotional outcomes of providing mental health services in schools. *Community Mental Health Journal*, 50(2), 145-149.

Bélanger, R.E., Akre, C., Berchtold, A., & Michaud, P.A. (2011). A U-shaped association between intensity of Internet use and adolescent health. *Pediatrics*, 127(2), e330-e335.

Bielsa, V.C., Braddick, F., Jané-Llopis, E., Jenkins, R., & Puras, D. (2010). Child and adolescent mental health policies, programmes and infrastructures across Europe. *International Journal of Mental Health Promotion*, 12(4), 10-26.

Bohlin, R.K., & Mijumbi, R. (2015). *Child and Adolescent Mental Health Disorders: Organization and Delivery of Care. In Optimizing Treatment for Children in the Developing World (pp. 279-289) Springer.*

Bor, W., Dean, A.J., Najman, J., & Hayatbakhsh, R. (2014). Are child and adolescent mental health problems increasing in the 21st century? A systematic review. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 0004867414533834.

Boydell, K.M., Hodgins, M., Pignatiello, A., Teshima, J., Edwards, H., & Willis, D. (2014). Using technology to deliver mental health services to children and youth: A scoping review. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 23(2), 87.

Bréland, D.J., McCarty, C.A., Zhou, C., McCauley, E., Rockhill, C., Katon, W., et al. (2014). Determinants of mental health service use among depressed adolescents. *General Hospital Psychiatry*, 36(3), 296-301.

Bruce, S., & Paxton, R. (2002). Ethical principles for evaluating mental health services: A critical examination. *Journal of Mental Health*, 11(3), 267-279.

Cappelli, M., Gray, C., Zemek, R., Cloutier, P., Kennedy, A., Glennie, E., Doucet, G., & Lyons, J.S. (2012). The HEADS-ED: A Rapid Mental Health Screening Tool for Pediatric Patients in the Emergency Department. *Pediatrics*, 130(2), e321-e327. doi: 10.1542/peds.2011-3798.

Carli, V., Hoven, C.W., Wasserman, C., Chiesa, F., Guffanti, G., Sarchiapone, M., et al. (2014). A newly identified group of adolescents at «invisible» risk for psychopathology and suicidal behavior: findings from the SEYLE study. *World Psychiatry*, 13(1), 78-86. doi:10.1002/wps.20088.

Chandra, A., & Minkovitz, C.S. (2006). Stigma starts early: gender differences in teen willingness to use mental health services. *Journal of Adolescent Health*, 38(6), 754, e1-8.

Copeland, W.E., Shanahan, L., Davis, M., Burns, B., Angold, A., & Costello, E.J. (2015). Untreated Psychiatric Cases increase during the Transition to Adulthood. *Psychiatric services (Washington, DC)*, 66(4), 397.

D'Amour, D., Goulet, L., Labadie, J.F., Martin-Rodriguez, L.S., & Pineault, R. (2008). A model and typology of collaboration between professionals in healthcare organizations. *BMC Health Services Research*, 8(1), 188. doi:10.1186/1472-6963-8-188.

De Girolamo, G., Dagani, J., Purcell, R., Cocchi, A., & McGorry, P.D. (2012). Age of onset of mental disorders and use of mental health services: needs, opportunities and obstacles. *Epidemiology and psychiatric sciences*, 21(01), 47-57. doi:10.1017/S2045796011000746.



Dowdy, E., Furlong, M., Raines, T.C., Boverly, B., Kauffman, B., Kamphaus, R.W., et al. (2014). Enhancing school-based mental health services with a preventive and promotive approach to universal screening for complete mental health. *Journal of Educational and Psychological Consultation*, (ahead-of-print), 1-20.

Ellison et al., 2015. Ellison, M. L., Klodnick, V. V., Bond, G. R., Krzos, I. M., Kaiser, S. M., Fagan, M. A., & Davis, M. (2015). Adapting supported employment for emerging adults with serious mental health conditions. *The journal of behavioral health services & research*, 42(2), 206-222.

Elwyn G., Frosch D., Thomson R., et al. (2012). Shared Decision Making: A Model for Clinical Practice. *Journal of General Internal Medicine*, 27(10), 1361-1367. doi:10.1007/s11606-012-2077-6.

Farmer, E.M., Burns, B.J., Phillips, S.D., Angold, A., & Costello, E. J. (2003). Pathways into and through mental health services for children and adolescents. *Psychiatric services*, 54(1), 60-66.

Fonagy, P., Cottrell, D., Phillips, J., Bevington, D., Glaser, D., & Allison, E. (2014). *What works for whom? A critical review of treatments for children and adolescents* Guilford Publications.

Gaebel, W., Becker, T., Janssen, B., Munk-Jorgensen, P., Musalek, M., et al. (2012). EPA guidance on the quality of mental health services. *European Psychiatry*, 27(2), 87-113. doi:10.1016/j.eurpsy.2011.12.001.

Graham, T., Rose, D., Murray, J., Ashworth, M., & Tylee, A. (2014). User-generated quality standards for youth mental health in primary care: a participatory research design using mixed methods. *BMJ quality & safety*, bmjqs-2014.

Gulliford, M., Naithani, S., & Morgan, M. (2006). What is 'continuity of care'? *Journal of health services research & policy*, 11(4), 248-250.

Gulliver, A., Griffiths, K.M., & Christensen, H. (2010). Perceived barriers and facilitators to mental health help-seeking in young people: a systematic review. *BMC psychiatry*, 10(1), 113.

Gröne, O., & Garcia-Barbero, M. (2001). Integrated care: a position paper of the WHO European office for integrated health care services. *International journal of integrated care*, 1.

Harper, B., Dickson, J.M., & Bramwell, R. (2014). Experiences of young people in a 16-18 Mental Health Service. *Child and Adolescent Mental Health*, 19(2), 90-96.

Hopkins, K., Crosland, P., Elliott, N., & Bewley, S. (2015). Diagnosis and management of depression in children and young people: summary of updated NICE guidance. *British Medical Journal*, 350, h824.

Horwitz, S.M., Gary, L.C., Briggs-Gowan, M.J., & Carter, A.S. (2003). Do needs drive services use in young children? *Pediatrics*, 112(6), 1373-1378.

Jané-Llopis, E., & Anderson, P. (2005). *Mental health promotion and mental disorder prevention: A policy for Europe* Radboud University Nijmegen.

Kaess, M., Brunner, R., Parzer, P., Carli, V., Apter, A., Balazs, J.A., et al. (2014a). Risk-behaviour screening for identifying adolescents with mental health problems in Europe. *European child & adolescent psychiatry*, 23(7), 611-620. doi:10.1007/s00787-013-0490-y.

Kalmakis, K.A., & Chandler, G.E. (2015). Health consequences of adverse childhood experiences: A systematic review. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*.

Kaslow, N.J., Broth, M.R., Smith, C.O., & Collins, M.H. (2012). Family-based interventions for child and adolescent disorders. *Journal of Marital and Family Therapy*, 38(1), 82-100.

Kessler, R.C., Amminger, G.P., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Lee, S., & Ustun, T.B. (2007a). Age of onset of mental disorders: a review of recent literature. *Current opinion in psychiatry*, 20(4), 359.

Kessler, R.C., Angermeyer, M., Anthony, J.C., De Graaf, R., Demyttenaere, K., Gasquet, I., et al. (2007b). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of mental disorders in the World Health Organization's World Mental Health Survey Initiative. *World Psychiatry*, 6(3), 168.

Keith, S., & Martin, M.E. (2005). Cyber-Bullying: Creating a Culture of Respect in a Cyber World. *Reclaiming Children and Youth*, 13(4), 224-28.

Klein, D.A., Goldenring, J.M., & Adelman, W.P. (2014). HEEADSS 3.0: The psychosocial interview for adolescents updated for a new century fueled by media. Retrieved from <http://contemporarypediatrics.modernmedicine.com/contemporary-pediatrics/content/tags/adolescent-medicine/heedsss-30-psychosocial-interview-adolesce?page=full>.

Kodner, D.L., & Spreeuwenberg, C. (2002). Integrated care: meaning, logic, applications, and implications discussion paper. *International journal of integrated care*, 2.

Kohn, R., Saxena, S., Levav, I., & Saraceno, B. (2004). The treatment gap in mental health care. *Bulletin of the World Health Organization*, 82, 858.

Knapp, M., McDaid, D., Mossialos, E., & Thornicroft, G. (2006). *Mental health policy and practice across Europe*. Berkshire: McGraw-Hill International.

Legido-Quigley, H., McKee, M., Nolte, E., & Glinos, I.A. (2008). Assuring the Quality of Health Care in the European Union. A case for action. *European Observatory on Health Systems and Policies*.

Leslie, D.L., Rosenheck, R.A., & Horwitz, S.M. (2001). Patterns of mental health utilization and costs among children in a privately insured population. *Health Services Research*, 36(1 Pt 1), 113.

Li, W., O'Brien, J.E., Snyder, S.M., & Howard, M.O. (2015). Characteristics of Internet Addiction/Pathological Internet Use in US University Students: A Qualitative-Method Investigation. *PloS one*, 10(2), e0117372.

London School of Economics and Political Science (2012). How mental illness loses out in the NHS. A report by the Centre for Economic Performance's Mental Health Policy Group.

Lucksted, A., McFarlane, W., Downing, D., & Dixon, L. (2012). Recent developments in family psychoeducation as an evidence-based practice. *Journal of Marital and Family Therapy*, 38(1), 101-121.

Maxwell, R.J. (1992). Dimensions of quality revisited: from thought to action. *Quality Health Care*, 1, 171-177.

McGorry, P., Bates, T., & Birchwood, M. (2013). Designing youth mental health services for the 21st century: examples from Australia, Ireland and the UK. *The British Journal of Psychiatry*, 202(s54), s30-s35.

McGorry, P.D., Goldstone, S.D., Parker, A.G., Rickwood, D.J., & Hickie, I.B. (2014). Cultures for mental health care of young people: an Australian blueprint for reform. *The Lancet*, 1, 559-568.

Michaud, P.A., Berg-Kelly, K., Macfarlane, A., & Benaroyo, L. (2010). Ethics and adolescent care: an international perspective. *Current opinion in paediatrics*, 22(4), 418-422. doi:10.1097/MOP.0b013e32833b53ec.

Mur-Veeman, I., Hardy, B., Steenbergen, M., & Wistow, G. (2003). Development of integrated care in England and the Netherlands: managing across public-private boundaries. *Health policy*, 65(3), 227-241. doi:10.1016/S0168-8510(02)00215-4.

NHS England. (2015). *Future in mind: Promoting, protecting and improving children and young people's mental health and wellbeing*.

Paternite, C.E., & Johnston, T.C. (2005). Rationale and strategies for central involvement of educators in effective school-based mental health programs. *Journal of youth and adolescence*, 34(1), 41-49.

Patton, G.C., Coffey, C., Cappa, C., Currie, D., Riley, L., Gore, F., et al. (2012). Health of the world's adolescents: a synthesis of internationally comparable data. *The Lancet*, 379(9826), 1665-1675. doi:10.1016/S0140-6736(12)60203-7

Patton, G.C., Coffey, C., Romaniuk, H., Mackinnon, A., Carlin, J.B., Degenhardt, L., et al. (2014). The prognosis of common mental disorders in adolescents: a 14-year prospective cohort study. *The Lancet*, 383(9926), 1404-1411. doi:10.1016/S0140-6736.

Paus, T., Keshavan, M., & Giedd, J.N. (2008). Why do many psychiatric disorders emerge during adolescence? *Nature Reviews Neuroscience*, 9(12), 947-957.

Price, M., Yuen, E.K., Goetter, E.M., Herbert, J.D., Forman, E.M., Acierno, R., et al. (2014). mHealth: a mechanism to deliver more accessible, more effective mental health care. *Clinical psychology & psychotherapy*, 21(5), 427-436.

Reichow, B., Servili, C., Yasamy, M.T., Barbui, C., & Saxena, S. (2013). Non-specialist psychosocial interventions for children and adolescents with intellectual disability or lower-functioning autism spectrum disorders: a systematic review.

Remschmidt, H. (2001). Definition, classification, and principles of application. In H. Remschmidt (Ed.), *Psychotherapy with children and adolescents* (pp. 3-11). Cambridge: Cambridge University Press.

Remschmidt, H., & Belfer, M. (2005). Mental health care for children and adolescents worldwide: a review. *World Psychiatry*, 4(3), 147.

Reyes-Portillo, J.A., Mufson, L., Greenhill, L.L., Gould, M.S., Fisher, P.W., Tarlow, N., et al. (2014). Web-Based Interventions for Youth Internalizing Problems: A Systematic Review. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 53(12), 1254-1270.

Rones, M., & Hoagwood, K. (2000). School-based mental health services: A research review. *Clinical child and family psychology review*, 3(4), 223-241.

Ryttilä-Manninen, M., Lindberg, N., Haravuori, H., Kettunen, K., Marttunen, M., Joukamaa, M., et al. (2014). Adverse childhood experiences as risk factors for serious mental disorders and inpatient hospitalization among adolescents. *Child abuse and neglect*.

Samele, C., Frew, S., & Urquia, N. (2013). Mental health systems in the European Union member states, status of mental health in populations and benefits to be expected from investments into mental health European Commission.

Sawyer, S.M., Afifi, R.A., Bearinger, L.H., Blakemore, S.J., Dick, B., Ezech, A.C., et al. (2012). Adolescence: a foundation for future health. *The Lancet*, 379(9826), 1630-1640. doi:10.1016/S0140-6736(12)60072-5.

SEYLE. (2015). *Saving and Empowering Young Lives in Europe (SEYLE). Promoting health through the prevention of risk-taking and self-destructive behaviours. SEYLE final report for the European Commission.*

Silva, M., & de Almeida, J.M.C. (2014). Setting up integrated mental health systems. In S.O. Okpaku (Ed.), *Essentials of Global Mental Health* (pp. 144-151). Cambridge: Cambridge University Press.

Singh, S.P., Paul, M., Islam, Z., Weaver, T., Kramer, T., McLaren, S., et al. (2010). Transition from CAMHS to adult mental health services (TRACK): a study of service organisation, policies, process and user and carer perspectives. Report for the National Institute for Health Research Service Delivery and Organisation Programme: London.

Thompson, P., & Clarke, H. (2015). *Service standards: seventh edition Royal college of psychiatrist.*

Thornicroft, G., & Tansella, M. (1999). Translating ethical principles into outcome measures for mental health service research. *Psychological medicine*, 29(04), 761-767.

Thornicroft, G., & Tansella, M. (2003). What are the arguments for community-based mental health care? Copenhagen.

Thornicroft, G., & Tansella, M. (2004). Components of a modern mental health service: a pragmatic balance of community and hospital care Overview of systematic evidence. *The British Journal of Psychiatry*, 185(4), 283-290.

Thornicroft, G., & Tansella, M. (2013). The balanced care model: the case for both hospital- and community-based mental healthcare. *The British Journal of Psychiatry*, 202, 246-248. doi:10.1192/bjp.bp.112.111377.

Tokunaga, R.S. (2010). Following you home from school: A critical review and synthesis of research on cyberbullying victimization. *Computers in Human Behaviour*, 26(3), 277-287.

Tylee, A., Haller, D.M., Graham, T., Churchill, R., & Sanci, L.A. (2007). Youth-friendly primary-care services: how are we doing and what more needs to be done? *The Lancet*, 369(9572), 1565-1573. doi:10.1016/S0140-6736(07)60371-7.

Uitterhoeve, R.J., Vernooij, M., Litjens, M., Potting, K., Bensing, J., De Mulder, P., et al. (2004). Psychosocial interventions for patients with advanced cancer – a systematic review of the literature. *British Journal of Cancer*, 91(6), 1050-1062.

Union Européenne des Médecins Spécialistes (2014). Training requirements for the Speciality of Child and Adolescent Psychiatry. <http://www.uems.eu/media-and-library/documents/adopted-documents/2014>.

Valentijn, P.P., Schepman, S.M., Opheij, W., & Bruijnzeels, M.A. (2013). Understanding integrated care: a comprehensive conceptual framework based on the integrative functions of primary care. *International journal of integrated care*, 13.

Vallance, A.K., Kramer, T., Churchill, D., & Garralda, M.E. (2011). Managing child and adolescent mental health problems in primary care: taking the leap from knowledge to practice. *Primary health care research & development*, 12(04), 301-309.

Vermeulen, B., Lauwers, H., Spruytte, N. & Van Audenhove, C. (2015). Experiences of family caregivers for persons with severe mental illness: an international exploration. Leuven: LUCAS KU Leuven/EUFAMI. <http://caringformentalhealth.org>

Vidal-Ribas, P., Goodman, R., & Stringaris, A. (2015). Positive attributes in children and reduced risk of future psychopathology. *The British Journal of Psychiatry*, 206, 17-25. doi:10.1192/bjp.bp.114.144519.

Vieth, H. (2009). Mental health policies in Europe. *Euro Observer*, 11(3).

Wasserman, D., Hoven, C.W., Wasserman, C., Wall, M., Eisenberg, R., Hadlaczky, G., et al. (2015). School-based suicide prevention programmes: the SEYLE cluster-randomised, controlled trial. *The Lancet*, 385(9977), 1536-1544.

Weist, M.D., & Paternite, C.E. (2006). Building an interconnected policy-training-practice-research agenda to advance school mental health. *Education and Treatment of Children*, 173-196.

Weisz, J.R., Kuppens, S., Eckshtain, D., Ugueto, A.M., Hawley, K.M., & Jensen-Doss, A. (2013). Performance of evidence-based youth psychotherapies compared with usual clinical care: a multilevel meta-analysis. *JAMA psychiatry*, 70(7), 750-761.

WHO (2002). Global consultation on adolescent friendly health services: a consensus statement.

WHO (2003). *Investing in mental health*. Geneva: WHO.

WHO (2005). *Child and adolescent mental health policies and plans*.

WHO (2009). *Improving health systems and services for mental health*.

WHO (2010). mhGAP intervention guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings: mental health Gap Action Programme (mhGAP). WHO (2013). *Mental health action plan 2013-2020*. WHO: Geneva.

Willard, N.E. (2007). *Cyberbullying and cyber threats: Responding to the challenge of online social aggression, threats, and distress* Research Press.

Wittchen, H.U., & Jacobi, F. (2005). Size and burden of mental disorders in Europe: a critical review and appraisal of 27 studies. *European Neuropsychopharmacology*, 15(4), 357-376.

Ye, X., Bapuji, S.B., Winters, S.E., Struthers, A., Raynard, M., Metge, C., et al. (2014). Effectiveness of internet-based interventions for children, youth, and young adults with anxiety and/or depression: a systematic review and meta-analysis. *BMC Health Services Research*, 14(1), 313.

Young, A.S., & Fristad, M.A. (2015). *Family-Based Interventions for Childhood Mood Disorders*. Child and adolescent psychiatric clinics of North America.

## KIITÄMME KAIKKIA OSALLISTUJIA HEIDÄN PANOKSESTAAN ADOCARE-HANKKEESEEN

**BELGIA:** Derély M. - Beine A. - Bonny C. - Cailliau M. - Claes L. - Courtain A. - Croisant M. - d'Alcantara A. - Datta P. - de Becker E. - De Bock P. - De Bois S. - De Buck C. - De Coen M. - De Jonghe I. - De Ridder A. - De Rijdt L. - De Vos B. - Delvenne V. - Doucet D. - Dubois J. - Dubois V. - Forceville G. - Geerts L. - Gherroucha J. - Herremans D. - Holsbeek J. - Lampo A. - Lowet K. - Moens A. - Moens I. - Mohammad S. - Mommerency G. - Mulas A. - Nelis E. - Oosterlinck T. - Passelecq A. - Peeters J. - Plessers B. - Schoentjes E. - Snoeck P. - Van Hoof B. - Van Lysebetten C. - Van Speybroeck J. - Vanderstraeten G.

**TSEKIN TASAVALTA:** Papezova H.

**VIRO:** Haldre L.

**SUOMI:** Elorante S. - Haravuori H. - Kaltiala-Heino R. - Kaukonen P. - Marttunen M. - Ranta K. - Sourander A. - Tähtinen P. - Vormaa H.

**RANSKA:** Alecian P. - Bisson V. - Bonnot O. - Chambry J. - Choquet M. - Cottin P. - Garcin V. - Khalil R. - Kovess-Masfety V. - Paupe G. - Pieter D. - Rufo M. - Shadili G. - Speranza M. - Stheneur C.

**SAKSA:** Bauer S. - Brunner R. - Freitag C. - Hegerl U. - Heilbronner U. - Ravens-Sieberer U. - Schneider S. - Stracke T.

**KREIKKA:** Kanellopoulos A. - Katideniou A. - Lazaratou H.

**UNKARI:** Balazs J. - Kapornai K. - Kiss E. - Vetro A.

**IRLANTI:** Arensman E.

**ITALIA:** Baldassare M. - Colafrancesco G. - Colaiaco F. - Conca A. - Corbetta F. - de Girolamo G. - Di Lorenzo M. - Maggioni A. - Malara P. - Montinari G. - Pandolfo M.C. - Pastore A. - Polito L. - Rampazzo L. - Saottini C. - Scala A. - Segalla P. - Suigo V. - Taccani S. - Tonelli M. - Vanni F. - Veronese G.

**LATVIA:** Ancane G.

**LIETTUA:** Kuriene A. - Lesinskiene S. - Leskauskas D. - Petrulyte J. - Puras D. - SajeVICIENE J. - ZinkeVICIUTE J. - Ziobiene E.

**PORTUGALI:** Caetano Gomes C. - Gusmao R. - Maia G. - Urbano N.

**SLOVENIA:** Kumperscak H.

**ESPANJA:** Bilbao A. - Blanco Presas M. - De la Rica J.A. - Gabilondo A. - Garcia Sastre M. - Garcia-Cubillana de la Cruz P. - Gil Mañe G. - Gil Mañe J. - Gonzales-Pinto Arrillaga A.M. - Lopez S. - Lopez-Garcia P. - Penzol M. - Ruiz Sanz F. - Sanchez Gonzales A. - Soriano A. - Tio J.

**RUOTSI:** Björck C. - Carli V. - Forler K. - Hallerfors B. - Nystrom Agback M. - Odhammar F. - Owen G. - Söderström B. - Wasserman D.

**SVEITSI:** Forestier A. - Michaud P.-A.

**ALANKOMAAT:** Stiphout C. - Ooijen B.

**UK:** Anderson Y. - Badrick G. - Bond J. - Caan W. - Davis K.-L. - Dubicka B. - Edwards A. - Hodgekins J. - Homans H. - Kasinski K. - Lower R. - Maxwell M. - Murguia Asensio S. - Page S. - Page E. - Rinaldi M. - Sharp H. - Taggart H. - Twin Z. - Versey V. - Vowden R. - Walker L. - Wilson J. - Worrall A.

**ADHD EUROPE:** Bilbow A. - Clark S. - Norris J.

**CPME:** Beger B. - Das S. - Fjeldsted K.

**EBC:** Baker M. - Destrebecq F.

**EPA:** Salamon E. - Theiner J.

**EPHA:** Zenhausern N.

**ESN:** Halloran J. - Japing K. - Montero A.

**EUFAMI:** Fossion N. - Jones K.

**EUN:** Richardson J.

**GAMIAN:** Arteel P. - Montellano P. †

**MHE:** Lavis P.

**MHF:** McIntosh B.

**UEMS:** Hermans M.

**WHO:** Baltag V.





