



Serdülők mentális egészségügyi ellátása Európában: jelenlegi helyzet, az ADOCARE* hálózat által kidolgozott ajánlások és iránymutatások

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

BRÜSSZEL

2015 DECEMBER



COLOFON

*ADOCARE: Szolgáltatásnyújtásra irányuló szerződés SANCO/2013/C1/005 - S12.668919

Az Európai Unió, az Európai Bizottság, Egészség- és Fogyasztóügyi Főigazgatóság által képviselve
Főigazgatóság - C. Igazgatóság - Közegészségügy

Fellépés a Tizenévesekért konzorcium (nemzetközi nonprofit szervezet) - LUCAS (a KU Leuven kutatási központja)

Taz ADOCARE Csapata:

Fellépés a Tizenévesekért nemzetközi nonprofit szervezet):

Martine De Clerck (projekt koordinátor)
Isabelle De Schrijver (projekt koordinátor)
Marta Mateos (projekt asszisztens)
Dr. Jean-Paul Matot (projekt igazgató)
Christine Vandermeulen (pénzügyi igazgató)

LUCAS KU Leuven:

Prof. Dr. Chantal Van Audenhove, Ph D. (kutatási igazgató)
Dr. Evelien Coppens, Ph D. (kutatási koordinátor)
Dr. Jeroen Knaeps, Ph D. (tudományos főmunkatárs)
Iona Vermet (tudományos főmunkatárs)
Kevin Agten (adminisztrációs támogató munkatárs)
Lut Van Hoof (adminisztrációs támogató munkatárs)

Az ADOCARE hálózat résztvevői (Lásd a 38-39. oldalt)

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

*ADOCARE: az Európai Bizottsággal kötött szolgáltatásnyújtásra irányuló szerződés a mentális egészségügyi problémákkal küszködő serdülőknek megfelelő ellátással foglalkozó szakértőkből álló európai hálózat létrehozásával kapcsolatos előkészítő intézkedés végrehajtására; szolgáltatásnyújtásra irányuló szerződés SANCO/2013/C1/005 - S12.668919.

TARTALOM

ELŐSZÓ	5
Összefoglaló	7
1. Bevezetés	7
2. A serdülők mentális egészségének helyzete Európában	9
3. A serdülők számára nyújtott mentális egészségügyi ellátás szerveződése és tipológiája	11
4. A serdülők számára nyújtott mentális egészségügyi ellátás hozzáférhetősége és minősége	11
5. A serdülők számára nyújtott mentális egészségügyi ellátás hozzáféréseinek javítását célzó stratégiák	12
6. A serdülők számára nyújtott mentális egészségügyi ellátás minőségének javítását célzó stratégiák	14
7. A mentális egészségügyi problémák megelőzése és a mentális jólét előmozdítása	23
8. A serdülők számára nyújtott mentális egészségügyi ellátásra vonatkozó	25
szakpolitikák és jogi kereteklránymutatások és ajánlások	29
1. A serdülők számára nyújtott mentális egészségügyi szolgáltatások hozzáférhetősége	29
2. A serdülők számára nyújtott mentális egészségügyi szolgáltatások minősége	31
3. A serdülők számára nyújtott mentális egészségügyi szolgáltatások rendelkezésre állása	32
4. Személyközpontú kezelés	33
5. Integrált gondozás	35
6. Átmenet a serdülők és a felnőttek számára nyújtott mentális egészségügyi szolgáltatások között	36
7. Szakemberek képzése	37
8. Megelőzés és a mentális egészség előmozdítása	37
9. Szakpolitika és jogi keretek	39
10. Kutatás	40
Hivatkozások	41



ELŐSZÓ

Minden serdülő jogosult olyan egészséges és felelősségteljes felnőtté válni, aki teljes mértékben be tud illeszkedni a társadalomba és képes boldog életet élni. Sajnos ötből egy fiatal felnőttnek van legalább egy pszichológiai problémája. Ma a fiatalok és a családjuk gyakran nem találnak megfelelő kezelést és támogatást, részben mert a serdülők mentális egészségügyi ellátásának minősége és hozzáférhetősége nincs összhangban a fiatalok szükségleteivel és igényeivel (WHO, 2005).

Válaszul arra, hogy sürgősen szükség van a mentális problémákkal küszködő serdülők adaptált, integrált és multidiszciplináris ellátására, 2009-ben létrehozták a Fellépés a Tizenévesekért elnevezésű európai hálózatot.

2013. decemberében az Fellépés a Tizenévesekért, konzorciumban a LUCAS-szal aláírta az Európai Bizottsággal az ADOCARE elnevezésű kétéves szolgáltatásnyújtási szerződést azért, hogy létrehozzanak egy kibővített európai szakértői hálózatot a mentális problémákkal küszködő fiatal serdülők számára nyújtott adaptált és innovatív ellátási lehetőségek kialakításának elősegítése és fenntartása érdekében.

Az ADOCARE projekt átfogó célja a serdülők mentális egészségügyi ellátásának javítása volt a tagországokban:

- A serdülők mentális egészségügyi ellátására vonatkozó legújabb és legfontosabb információk, ötletek és meglátások összegyűjtése által.
- A tíz résztvevő tagországban a serdülők mentális egészségügyi ellátását célzó szolgáltatások mértékének és minőségének felméréseivel.
- A serdülők mentális egészségügyi ellátásának javítását célzó iránymutatások és ajánlások kidolgozásával a kormányok és a szolgáltatások számára.

- A serdülők mentális egészségügyi ellátásával foglalkozó európai szakértőkből álló innovatív, ágazatok közötti, együttműködési hálózat létrehozásával.
- Figyelem felhívással és az országok ösztönzésével, hogy hozzanak létre serdülők számára nyújtott mentális egészségügyi ellátást vagy javítsanak rajta.

Az ADOCARE projekt gyakorlatilag két munkacsomagból állt. Az 1. munkacsomag tartalmazott mindent, ami a kutatáshoz kapcsolódott és az első három célkitűzéssel foglalkozott. A 2. munkacsomag tartalmazott mindent, ami az információ és szaktudás összegyűjtéséhez kapcsolódott a hálózaton keresztül, illetve kommunikáció, figyelem felhívás, kapacitás építés és terjesztés által, és az utóbbi két célkitűzéssel foglalkozott.

Ez a dokumentum az ADOCARE projekt során összegyűjtött legfontosabb meglátások összefoglalását tartalmazza válaszul a kutatás során feltett kérdésekre. A kutatási eredmények alapján iránymutatások és ajánlások kerültek megfogalmazásra, ezzel támogatva (makroszinten) a politikai döntéshozókat, (mezoszinten) a szolgáltatásokat és (mikroszinten) a szakembereket abban, hogy javítsanak a serdülők mentális egészségügyi ellátásán az országukban.



SINTESI

1. Bevezetés

Európában a serdülők 15-20%-ának van legalább egy pszichológiai vagy viselkedési problémája és valós a kockázata annak, hogy a serdülőkben kialakult lelki problémák a felnőttkorban is folytatódnak vagy akár krónikussá is válhatnak (WHO, 2005). A felnőttek lelki problémáinak mintegy fele valószínűleg a serdülőkben alakult ki (Kessler és mtsai, 2007a; Patel, Flisher, Hetrick és McGorry, 2007). A mentális egészségügyi problémák nem csak a serdülőkre és a körülöttük lévőknek vannak hatással, hanem erőteljesen befolyásolják a serdülők társadalmi fejlődését és a globális gazdaságot is (Sawyer és mtsai, 2012). Az európai bruttó nemzeti termék éves veszteségének 4%-át hozzák összefüggésbe a mentális problémák hatásaival (a munkahelyi távollemaradások, csökkent munkahelyi teljesítmény, stb. miatt) (LSE, 2012).

Napjainkban a fiatalok és az őket támogató hálózat sem talál mindig megfelelő segítséget a mentális egészségügyi problémákra. Ez a mentális egészségügyi ellátásra szakosított intézmények hiánya miatt van. A serdülőknek másfajta ellátásra van szükségük, mint a felnőtteknek, mivel a felnőtté válás folyamatának pont a közepén tartanak (WHO, 2002). A serdülőknek például több információra és pszichoszociális támogatásra van szükségük (Gulliver, Griffiths és Christensen, 2010) és - szerintük - a gondozási szolgálat szellemisége sokkal fontosabb, mint a műszaki jellemzői (WHO, 2002). Számos olyan probléma van, ami elriasztja a serdülőket attól, hogy segítséget kérjenek. Ezen problémák közé tartoznak a közvélemény hozzáállása a mentális betegségekhez, az előítéletesség és az önmegbélyegzés, a szolgálatok által nyújtott ellátás bizalmasságára vonatkozó aggodalmak, a korlátozott hozzáférés (pl.: idő, utazás, költség) és a mentális egészségügyi ellátással kapcsolatos általános ismerethiányuk (Gulliver és mtsai, 2010).

Minden serdülő jogosult olyan egészséges és felelősségteljes felnőtté válni, aki teljes mértékben (szociálisan és gazdasági értelemben is) be tud illeszkedni a társadalomba. Ennek eléréséhez sürgős beavatkozásra van szükség. Egy évtizeddel ezelőtt a WHO kiadott egy közleményt, miszerint az Európai Unió tagállamainak személyre szabott és megfelelő mentális egészségügyi ellátást kell biztosítaniuk a segítségre szoruló serdülők számára. Pontosabban a tagállamoknak biztosítaniuk kell „az életkort figyelembe vevő mentális egészségügyi szolgáltatások (pl.: alap és szakosított egészségügyi szolgáltatások) integrált hálózatokként való működését” (WHO, 2005).

Az ADOCARE küldetése és célkitűzései

Az ADOCARE általános célkitűzése az volt, hogy létrehozzanak egy európai uniós szakértői hálózatot a mentális problémákkal küszködő serdülők számára nyújtott adaptív és innovatív gondozási lehetőségek kialakításának előmozdítása és fenntartása érdekében. A szakértői hálózat általános célkitűzései közé tartozott a kutatási tevékenység, a figyelemfelkeltés, az információcsere és a konzultáció ösztönzése, a kapacitás építés, a terjesztés és a promóciós tevékenységek.

Ennek a küldetésnek a teljesítéséhez az ADOCARE:

- Összegyűjtötte a serdülők mentális egészségügyi ellátásával kapcsolatos információkat, innovatív ötleteket és meglátásokat.
- Felmérte a serdülők mentális egészségügyi ellátását célzó szolgáltatások mértékét és minőségét a résztvevő tagállamokban.
- A serdülők mentális egészségügyi ellátásának javítását célzó iránymutatásokat és ajánlásokat dolgozott ki a kormányok és a szolgálatok számára.
- A serdülők mentális egészségügyi ellátásával kapcsolatos tapasztalatok és szakértelem központosítása érdekében létrehozott egy innovatív, ágazatokon átnyúló együttműködési hálózatot, amelyben európai kutatók, pszichiáterek, pszichológusok, döntéshozók, gondozók és gondozottak vesznek részt.
- Felhívta a figyelmet a problémára, információcserét és konzultációt, kapacitás építést, információterjesztést és promóciót szervezett.

Az ADOCARE projektet gyakorlatilag két munkacsomagra osztották fel. Az 1. munkacsomag tartalmazott mindent, ami a kutatáshoz kapcsolódott és az első három célkitűzéssel foglalkozott. A 2. munkacsomag tartalmazott mindent, ami az információ és szaktudás összegyűjtéséhez kapcsolódott a hálózaton keresztül, illetve kommunikáció, figyelem felhívás, kapacitás építés és terjesztés által, és az utóbbi két célkitűzéssel foglalkozott.

Az ADOCARE hálózat

Az ADOCARE kutatásban tíz ország vett részt: Belgium, Finnország, Franciaország, Németország, Magyarország, Olaszország, Litvánia, Spanyolország, Svédország és az Egyesült Királyság. A cél az volt, hogy Európa különböző régiói képviseljék magukat: a Brit-szigetek, Kelet-Európa, a mediterrán térség, az északi régió és Nyugat-Európa. Jelenleg a hálózatot 239 különböző profilú érdekelt alkotja a résztvevő tagállamokból: kutatók, döntéshozók, kormányzati képviselők.

selők, mentális egészségügyi szolgálatok igazgatói és irányítói, pszichológusok, pszichiáterek, ápolók, szakgondozók, fiatalok, családtagok, stb.

Figyelemfelhívó intézkedések és kapacitásépítő tevékenységek

Annak érdekében, hogy felhívják a figyelmet a serdülők integrált mentális egészségügyi ellátásának szükségességére, hogy elősegítsék az információ- és tapasztalatcserét a különböző érdekeltek között, illetve a kapacitásépítés érdekében, az ADOCARE különféle eseményeket szervezett, amelyek összehozták a multidiszciplináris háttérrel rendelkező szakértőket, és a szülői és ifjúsági szervezeteket: Két magas szintű konferenciát és négy munkaértekezletet. Az eseményeken összegyűlt értékes szakmai ismereteket és szakértelmet alkalmazták az ADOCARE kutatás során.

Az ADOCARE harmadik fél által rendezett különböző eseményeken is aktívan részt vett a projekttel kapcsolatos információterjesztés és a serdülők integrált mentális egészségügyi ellátásának promóciója céljából.

Kutatási célok

Az ADOCARE kutatás a serdülők mentális egészségügyi ellátásával kapcsolatos legújabb és legfontosabb információk, ötletek és meglátások összegyűjtését célozta meg, és az alábbi kérdésekre szeretett volna választ kapni:

- Milyen a serdülők mentális egészségének általános helyzete Európában?
- Hogyan szerveződik a serdülők mentális egészségügyi ellátása Európában?
- Mennyire hozzáférhetőek a serdülőknek szóló mentális egészségügyi szolgáltatások a résztvevő tagországokban és mennyire jó ezeknek a szolgáltatásoknak a minősége?
- Milyen stratégiákkal lehet javítani a serdülők számára nyújtott mentális egészségügyi szolgáltatások hozzáférhetőségét és minőségét?
- Milyen stratégiákkal lehet megelőzni a mentális problémákat és hogyan lehet a mentális jólétet előmozdítani a serdülők számára?
- Milyen szakpolitikák és jogi keretek vonatkoznak a serdülők mentális egészségügyi ellátására a résztvevő tagállamokban?

Kutatási mód

Az információgyűjtéshez sokoldalú megközelítést alkalmaztunk. Összesítettük az irodalmi áttekintéseket és a különböző érdekeltekkel (vagyis a döntéshozók, szakemberek, szakértők és végfelhasználók) lefolytatott felmérésekkel kapcsolatos konzultációkat, panel megbeszéléseket és munkaértekezleteket. Pontosabban átnéztük a serdülők mentális egészségére és egészségügyi ellátására vonatkozó beszámolókat és cikkeket annak érdekében, hogy létrehozzuk az ADOCARE kutatási tevékenységeihez szükséges vizsgálati eszközöket és eljárásokat, és megválaszoljuk a kutatási kérdéseket. Több felmérést végeztünk, amelyek során öt különböző érdekcsoportnak tettünk fel kérdéseket a tíz résztvevő tagállamban: döntéshozók, szakértők, szakemberek, mentális problémákkal küszködő serdülők, fiatalok és beleértve a végfelhasználó környezetét. A kérdőíveknek az volt a célja, hogy:

- Információt gyűjtsenek a serdülők mentális egészségügyi ellátására vonatkozó érvényes szakpolitikákról és jogi keretokről, a serdülők mentális egészségügyi ellátásának szerveződéséről és a szakemberek képzéséről;
- Azonosítsák a mentális problémákkal küszködő serdülőknek nyújtott legjobb gyakorlatokat és integrált ellátási formákat;
- Azonosítsák a serdülők mentális egészségügyi ellátásának erősségeit és gyenge pontjait;
- Felmérjék a serdülők mentális egészségügyi ellátásával kapcsolatos szolgáltatások mértékét és minőségét;
- Feltárják a mentális problémákkal küszködő fiatalok szükségleteit.

Ezen kívül, az első magas szintű konferencia során két plenáris megbeszélést tartottunk az európai serdülők mentális egészségügyi ellátásával kapcsolatos gondolatok, vélemények és meglátások megosztása érdekében. Később Európa-szerte négy alkalommal tartottunk kétnapos munkaértekezletet négy különböző érdekcsoport részvételével (döntéshozók, szakértők, szakemberek és végfelhasználók). A munkaértekezletek a végső iránymutatásokba kerülő kulcsfontosságú kérdésekre, célokra és ajánlásokra helyezték a hangsúlyt.

2. A serdülők mentális egészségének helyzete Európában

A serdülők mentális egészségének általános helyzete

Bármelyik évet tekintve, világszerte négy-öt serdülő közül egy szenved legalább egy mentális betegségben. A serdülőkben leggyakrabban előforduló betegségek: a szorongásos betegségek (31,9%), a viselkedési zavarok (19,1%), a hangulatváltozások (14,3%) és a tudatállapotot befolyásoló szerekkel összefüggő betegségek (11,4%) (Kessler és mtsai,

2007a; Kessler és mtsai, 2007b; Paus, Keshavan és Giedd, 2008). Egy nemrég készült, a fiatalok mentális egészségével foglalkozó szakirodalmi áttekintés, amelyben 12 ország 19 epidemiológiai vizsgálatát tekintették át, a mentális problémák részleges emelkedését mutatta serdülők esetén az elmúlt évtized során (Bor, Dean, Najman és Hayatbakhsh, 2014). Az externalizáló problémák stabilnak tűnnek, míg az internalizáló problémák emelkedni látszanak főleg a lányok körében. Ez a nemek közötti különbség számos tényezővel hozható összefüggésbe. A lányok korábban ki vannak téve a szexualizációnak (vagyis szextárgyként tekintenek rájuk, és fizikai tulajdonságok és szexiességek alapján értékelik őket). Egyre nagyobb a nyomás rájuk, hogy sikeresek legyenek az iskolában és a magánéletükben is. Továbbá a változó média és a kulturális elvárások is hatással vannak rájuk (Bor és mtsai, 2014; Carli és mtsai, 2014). Elég, ha azt vesszük, hogy a serdülőket érintő mentális egészségügyi problémák fokozott mértékű megismerése és elismerése az elmúlt évek során is hozzájárulhatott ehhez a részleges emelkedéshez (Bor és mtsai, 2014). Számos mentális betegségben szenvedő felnőtt esetén a problémák már gyermekkorban vagy serdülőkorban kialakultak, általában 12 és 24 éves kor között (Paus és mtsai, 2008). Azoknak az embereknek a felét, akik 26 éves korukban megfelelnek a DSM-IV fő diagnosztikus kritériumainak 11 és 15 éves koruk között, míg 75%-ukat 18 éves koruk előtt diagnosztizálták először (De Girolamo, Dagani, Purcell, Cocchi és McGorry, 2012). Általában súlyosabbak azok a pszichiátriai zavarok, amelyek gyermek- vagy serdülőkorban alakulnak ki. Ennél fogva alapvető fontosságú a mentális problémák korai szakaszban való diagnosztizálása, hogy a kezelést még a probléma továbbfejlődése előtt el lehessen kezdeni (De Girolamo és mtsai, 2012). Egy Patton és munkatársai által 2014-ben elvégzett kohorszvizsgálat szerint a serdülőkorban elvégzett hatékony kezelés nem csak a mentális események időtartamára van hatással a kezdetektől fogva, hanem a későbbi élet során bekövetkező morbiditásra is.

Kutatások alapján a pszichiátriai zavarban szenvedő serdülők és fiatal felnőttek nem kapnak megfelelő ellátást vagy egyáltalán semmilyen kezelést sem (Copeland és mtsai, 2015; Farmer, Burns, Phillips, Angold és Costello, 2003; Horwitz, Gary, Briggs-Gowan és Carter, 2003; Leslie, Rosenheck és Horwitz, 2001). Egy kutatás szerint a súlyos depresszióban vagy szorongásban szenvedő fiataloknak csak 18-34%-a fordul szakemberhez segítségért (Gulliver és mtsai, 2010). Egy nemrég készült kutatásban csak azon serdülők fele kapott valamilyen kezelést a megelőző három hónapban, akik megfeleltek a DSM-IV diagnosztikai feltételeinek. Fiatal felnőttekben még rosszabb a helyzet, alig háromból egy ember kapott kezelést (Copeland és mtsai, 2015). A serdülők számára nyújtott mentális egészségügyi ellátás alacsony hozzáférhetőségéhez különféle akadályok is hozzájárulnak: (várható/észlelt) megbélyegzés, szülői támogatás hiánya, a jelenlegi ellátási rendszeren belüli szerkezeti és kulturális hibák. Úgy tűnik, hogy a társadalom nem ismeri fel a serdülők mentális egészségének fontosságát és ezért nem fektet be elegendő mértékben a serdülők mentális egészségügyi ellátásába (McGorry, Goldstone, Parker, Rickwood és Hickie, 2014). Továbbá, számos serdülő mutat gyenge segítségkereső magatartást és vonakodik a mentális egészségügyi ellátás igénybevételétől (Breland és mtsai, 2014).

3. A serdülők számára nyújtott mentális egészségügyi ellátás szerveződése és tipológiája

Habár a gyermekek és serdülők mentális egészségügyi ellátása heterogén szerkezetű az uniós tagországokban, általában az alábbi négyféle szolgáltatás lehet megkülönböztetni: (1) bentlakásos ellátást nyújtó szolgálatok (kórházi és nem kórházi), (2) nappali gondozási szolgáltatások, (3) otthoni szolgáltatások és felkeresésen alapú gondozás, (4) ambuláns járóbeteg ellátás (Renschmidt és Belfer, 2005). Európa-szerte a gyermekek és serdülők számára biztosított magán pszichiátriai rendelők elterjedése erősen függ az adott országtól és a helyi körülményektől. Olyan szakosított szolgálatok létrehozása is megfigyelhető, amelyek magasan képzett személyzetet alkalmaznak és összetettebb zavarok szűk tartományával foglalkoznak. Egyre több szolgáltatás és kezelés áll jelenleg értékelés alatt, azonban további előrelépésre van szükség. Habár a szolgálatok közötti együttműködés jelenleg növekedést mutat, az ellátás koordinációja és integrációja továbbra sem megfelelő (Renschmidt és Belfer, 2005).

4. A serdülők számára nyújtott mentális egészségügyi ellátás hozzáférhetősége és minősége

Az ADOCARE projekt során a szakértők az 5 pontos Likert skálán értékelték az alábbi négyféle serdülők számára nyújtott mentális egészségügyi szolgáltatás hozzáférhetőségét és minőségét 10 európai országban: (1) bentlakásos gondozás, (2) nappali gondozás, (3) otthoni és felkeresésen alapú gondozás, (4) ambuláns járóbeteg ellátás.

Serdülők lelki egészségügyi ellátásának rendelkezésre állása

Magyarország és Litvánia kivételével minden résztvevő tagállamban van kifejezetten a serdülőkkel foglalkozó mentális egészségügyi ellátás. Az ilyen intézmények rendelkezésre állását azonban rossznak értékelték. Számos országban a szolgáltatások vagy kifejezetten a gyermekekre vagy a felnőttekre irányulnak. Kevés szolgálat foglalkozik kizárólag a serdülőkkel. Általánosságban elmondható, hogy a rendelkezésre állás tekintetében a négyféle serdülők számára nyújtott mentális egészségügyi szolgáltatás mindegyike nagyon rossz, rossz, közepes vagy nem egyértelmű minősítést kapott. Az egyetlen kivétel Finnország volt, ahol mind a négyféle szolgáltatás jó minősítést kapott. Ezek az eredmények alátámasztják a korábbi megállapításokat, miszerint az európai tagállamoknak még sokat kell fejlődniük (Renschmidt és Belfer, 2005). Továbbá a serdülők számára nyújtott mentális egészségügyi szolgáltatások rendelkezésre állása egy adott ország régiói között is igen eltérő: néhány régióban a szolgáltatások iránti igény és azok hozzáférhetősége nagyjából egyensúlyban van, míg más régiókba a kereslet jócskán meghaladja a hozzáférhetőséget.

A serdülők mentális egészségügyi ellátásának minősége

A vizsgálati eredmények azt mutatják, hogy a serdülők mentális egészségügyi ellátásának minősége jó és nagyon jó közötti minősítést kapott Belgiumban, Finnországban, Franciaországban, Németországban és Magyarországon. Olaszországban és Svédországban a szakértők nehezen tudták megítélni a szolgáltatások minőségét. Litvániában, Spanyolországban és az Egyesült Királyságban a minőség alacsony és rossz között volt. A litván szakértők azt állították, hogy az országukban még az orvosi biológiai paradigma az uralkodó, ami veszélyezteti a serdülők számára nyújtott mentális egészségügyi szolgáltatások minőségét. Ez a helyzet azért áll fenn, mert a litván egészségbiztosítási rendszer vonakodik a pszichoszociális beavatkozások támogatásától. Végezetül az országokon belül is nagyon eltérő a szolgáltatások minősége.

5. A serdülők számára nyújtott mentális egészségügyi ellátás hozzáféréseinek javítására irányuló stratégiák

Kiegyensúlyozott ellátás

Egy teljes körű mentális egészségügyi rendszerben egy kiegyensúlyozott ellátási modellt kellene létrehozni. Ez egy olyan hálózat, amely a különböző típusú mentális egészségügyi intézményeket köti össze úgy, hogy minden személy a preferenciájának és szükségleteinek legjobban megfelelő ellátáshoz férhet hozzá (Thornicroft és Tansella, 2013; Thornicroft és Tansella, 2004). Főleg az alábbi szolgáltatás típusokat tekintik szükségesnek:

- Egészségügyi alapszolgáltatások az általános mentális problémákkal küszködő személyeknek. Ezen szolgáltatások keretében eseteket keresnek és értékelnek, rövid pszichológiai és szociális beavatkozásokat, illetve társadalmi kezeléseket és gyógyszeres kezeléseket végeznek.
- Az összetettebb problémákkal küszködő személyek számára nyújtott általános mentális egészségügyi szolgáltatások öt elemből épülnek fel: járóbeteg/ambuláns rendelők, közösségi mentális egészségügyi csoportok, akut kórházi ellátás, hosszú távú közösségi alapú bentlakásos gondozás, és a munka és foglalkoztatás támogatása.
- Szakosított mentális egészségügyi szolgáltatások az általános mentális egészségügyi szolgáltatások öt kategóriája közül mindegyikben az intenzívebb/nagy szakértelmet igénylő beavatkozások biztosítása érdekében (pl.: autizmus, skizofrénia, evési rendellenesség, addikció, súlyos depresszió és öngyilkossági hajlam).

Egy kiegyensúlyozott ellátási modellen belül a közösségi és a kórházi ellátás is pragmatikus és kiegyensúlyozott módon hozzáférhető és biztosított (Thornicroft és Tansella, 2004; Thornicroft és Tansella, 2013). Ez azt jelenti, hogy azokban az országokban, ahol sok a bentlakásos szolgáltatás, csökkenti kell az ágyak számát a több közösségi ellátás és a mentális egészség előmozdításának előnybe részesítése érdekében.

A kiegyensúlyozottabb ellátás irányába tartó fejlődés együtt jár az alapellátásnak a mentális egészség terén betöltött még fontosabb szerepével. Például a háziorvosok és más egészségügyi alapszolgálatok ösztönözve vannak rá, hogy felismerjék, felmérjék és kezeljék a serdülők mentális problémáit (Vallance, Kramer, Churchill és Garralda, 2011). Ezáltal gyakrabban alkalmazzák a lépcsőzetes ellátás alapelveit. Ezen alapelvek szerint a megfelelő általános pszichológiai beavatkozások, a nyomon követés és az értékelés az alapellátás része és csak szükség esetén lépnek tovább az emberek a szakosított ellátás szintjére (Silva és de Almeida, 2014).

Kezelés az alapellátásban

Az ADOCARE kutatás során a szakemberek és a serdülők is jelezték, hogy a fiatalokat néha túl gyorsan küldik tovább a szakosított szolgálatokhoz. A szakembereknek és a szülőknek is fel kell ismerniük, hogy nem minden mentális egészségügyi probléma igényel szakosított ellátást és az alap- vagy a közösségi ellátás keretében is megfelelő ellátást tudnak nyújtani. Azonban két feltételnek teljesülnie kell ahhoz, hogy ez a megközelítés sikeres legyen: (1) jól képzett dolgozók az alapellátásban, illetve (2) beutalóval a szakosított szolgálatok hozzáférhetőek. Az alapellátásban dolgozók számára rendelkezésre álló értékelési eszközök segíthetik őket a szakosított ellátás szükségességének megítélésében. A kormányok ösztönözni tudják a mentális egészségügyi alapellátást és vissza tudják szorítani a speciális ellátás szükségtelen használatát.

Epidemiológiai és adminisztratív adatok

Az epidemiológiai adatok a serdülőkori mentális problémák előfordulásáról, a serdülők mentális szükségleteiről és a serdülők által igénybe vett mentális egészségügyi szolgáltatások használatáról adnak felvilágosítást. Ezek az adatok szükséges információval szolgálnak a kormányok számára ahhoz, hogy meg tudják becsülni a régiókban és az alrégiókban a szolgáltatások szükségességét és betekintést nyújtanak egy esetleges kezelési hiányosságba (Wittchen és Jacobi, 2005). Továbbá az adatok fokozzák a tudatosságot és segítik a döntéshozókat a prioritások meghatározásában, illetve a programok, a beavatkozások és a szolgáltatások fejlesztésében a hiányosságok és a szükségletek kezelése érdekében (Wittchen és Jacobi, 2005).

Ennek ellenére a kormányok ritkán veszik figyelembe az epidemiológiai eredményeket három okból kifolyólag. Először is az epidemiológiai adatok gyakran nem alkalmasak hatékony szakpolitikák és szolgáltatások megtervezésére (Bielsa, Braddick, Jane-Llopis, Jenkins és Puras, 2010; Patton és mtsai, 2012; Wittchen és Jacobi, 2005). Sok adat származik az adminisztratív nyilvántartásokból és ezek az adatok hiányosnak (nem tartalmazzák az összes mentális egészségügyi szolgáltatás típusát vagy az ország összes régióját), megbízhatatlannak (az adatokat nem megfelelően vitték be a rendszerbe) és nehezen összekapcsolhatónak (az eltérő szolgálatok különböző adatrendszereket használnak) tűnnek. Másodjára számos országban nem állnak rendelkezésre az adatok elemzéséhez szükséges pénzügyi vagy emberi erőforrások. Harmadjára az epidemiológiai vizsgálatok eredményei általában nem „jutnak el” a kormányokhoz, mert nem közlik őket egyértelműen a döntéshozókkal és általában véve a nyilvánossággal (ADOCARE, 2015).

A szolgáltatást igénybevevők adminisztratív adatainak az összegyűjtését jól kifejlesztett (lehetőség szerint nemzetközi) adat rögzítő rendszerek által és ezen adatkészletek elemzését csak ösztönözni lehet. Az InterRAI Community Mental Health és az InterRAI Mental Health példák a közösségi mentális egészségügyi ellátás, illetve a kórházi pszichiátria területen dolgozó klinikai orvosok számára készült, jól ismert nemzetközi egységesített értékelési eszközökre.

A kezelési hiányosság

A legtöbb országban problémát jelent a serdülők számára nyújtott mentális egészségügyi szolgáltatások korlátozott hozzáférhetősége. A hozzáférhetőség javításának első lépése a kezelési hiányosság számszerűsítése, ami „a serdülők mentális problémáinak valós prevalenciája és a mentális problémákkal küszködő serdülők kezelt aránya közötti abszolút eltérés” (Kohn, Saxena, Levav és Saraceno, 2004). Ehhez mindenképp szükség van az epidemiológiai adatokra. Amint meghatározásra kerül a 100,000 serdülőre szükséges mentális egészségügyi intézmények és szakemberek száma, a kormányok biztosíthatják a finanszírozást és elvégezhetik a hiányosság megszüntetéséhez szükséges lépéseket. Ennek során a kormányoknak figyelniük kell arra, hogy a kiegyensúlyozott ellátási modell négyféle mentális egészségügyi szolgáltatása minimálisan hozzáférhető legyen.

6. A serdülők számára nyújtott mentális egészségügyi ellátás minőségének javítását célzó stratégiák

Az ellátás minőségét egy összetett és többdimenziójú konstrukciónak tekinthetjük, amit számos egymással összefüggő dimenzió (a szolgáltatáshoz való hozzáférés, szükségnek megfelelő relevancia, eredményesség, méltányosság, társadalmi elfogadottság, hatékonyság és gazdaságosság) határoz meg (Maxwell, 1992). Az ADOCARE szakértői hálózata által elvégzett kutatás különféle stratégiákat eredményezett a serdülők számára nyújtott mentális egészségügyi ellátások minőségének javítására.

A fejlődési megközelítés

A serdülőkori egy olyan életfázis, amelyre az átmenet jellemző. Ehhez fejlődési megközelítésre van szükség, ami elismeri, hogy minden serdülőnek kortól, fejlettségi szinttől és környezettől függően különböző és változó szükségletei vannak (Renschmidt, 2001; Renschmidt és Belfer, 2005). Ennélfogva a szakembereknek ismerniük kell a serdülők (szociális, mentális, fizikális) fejlettségi szintjét és feltételezhetően otthonosan mozognak abban a szociokulturális környezetben, amelyben ma a fiatalok élnek (pl.: mi az érdeklődési körük és milyen aggodalmaik vannak, mivel foglalkoznak szabadidejükben) annak érdekében, hogy személyre szabott kezelési tervet tudjanak kidolgozni. Továbbá a szakembereknek tisztába kell lenniük azzal, hogy minden egyes klinikai diagnózis és felmért szükséglet folyamatosan változik, mivel a serdülők rövid időn belül gyors változásokon mennek keresztül (WHO, 2005). A kezelési tervre úgy kell tekinteni, mint egy folyamatban lévő munkára.

A mentális problémák korai észrevétele

A serdülőkori mentális problémák gyakran észrevétlenek maradnak mindaddig, amíg tovább nem fejlődnek. A serdülők néha vonakodnak attól, hogy felnőttekkel osszák meg az aggályaikat és aggodalmaikat. A serdülőkori egy olyan időszak, amely során a fiatalok felfedezik az autonómiát, jobban szeretik a dolgokat a saját maguk útján intézni és magukban tartani a gondolataikat. A serdülők a testi problémáikról is előbb számolnak be a szakembereknek, mint a pszichológiai problémáikról. Ezért van az, hogy a szakemberek néha alábecsülik a pszichológiai problémákat és/vagy testi problémáknak tulajdonítják őket.

Egyszóval jól képzett szakemberekre van szükség, akiknek érdeklődniük kell az alábbi területek felől: Otthoni környezet, oktatás és foglalkoztatás, evés, (kortársakkal végzett) tevékenységek, drogok, szexualitás, öngyilkosság/depresszió, sérülésekkel és erőszakkal szembeni biztonság (Cappelli és mtsai, 2012; Klein, Goldenring és Adelman, 2014). Ezeket a területeket könnyen észben lehet tartani az angol kifejezésből (Home environment, Education and employment, Eating, (peer-related) Activities, Drugs, Sexuality, Suicide/depression, and Safety from injury and violence) kialakított „HEADSSS” betűszóval. A HEADSSS területek értékeléséhez a szakemberek számára az interneten elérhető egy web alapú eszköz. Továbbá a szakembereknek képzésre van szükségük annak érdekében, hogy valódi kapcsolatot tudjanak kialakítani a serdülőkkel, felfedezzék az esetleges mentális problémákat és felismerjék az enyhe szenvedés jeleit, amelyek akár súlyos betegségnek is lehetnek a prekurzorai (ADOCARE, 2015).

A biopszichoszociális megközelítés

A mentális problémákkal küszködő serdülőknek a pszichoszociális és gyógyszeres kezelés megfelelő és hatékony kombinációjára van szükségük a gyakran összetett és többszörös igényeiknek való megfeleléshez (mentális, szociális, fizikális és funkcionális szükségletek) (Renschmidt, 2001; Renschmidt és Belfer, 2005).

A pszichoszociális beavatkozásokat tekintik általában a szakszerű kezelés első lépésének (Bohlin és Mijumbi, 2015). A pszichoszociális beavatkozások fogalom különféle beavatkozásokra utal, mint például az egyén társadalmi helyzetével kapcsolatos segítség (pl.: pénzügyi segítség, oktatás, foglalkoztatás, lakhatás), a pszichoedukáció, a tanácsadás, illetve az információ és a képzés. Mindegyik beavatkozás a viselkedés, az általános fejlődés vagy a speciális életviteli készségek javítását célozza meg gyógyszerek használata nélkül (Reichow, Servili, Yasamy, Barbui és Saxena, 2013; Uitterhoeve és mtsai, 2004). A pszichoedukáció egy alapvetően fontos pszichoszociális beavatkozás. Különösen a szülők pszichoedukációja bizonyult jótékonyak: növeli a szülők ismereteit a tünetekről és problémákról, ösztönzi a megfelelő szolgáltatások nagyobb mértékben való használatát, erősíti a problémamegoldó képességet és pozitív érzelmeket és családi kölcsönhatásokat indít el (Lucksted, McFarlane, Downing és Dixon, 2012). A pszichoterápia is fontos beavatkozás a súlyos mentális problémák kezelésében. A pszichoterápiák és azok gyermekekre és serdülőkre vonatkozó eredményeinek a kritikus áttekintése olvasható a „What Works for Whom” című könyvben (Fonagy és mtsai, 2014).

A súlyos mentális zavarok néha gyógyszeres kezelést igényelnek. Ennek ellenére az ADOCARE kutatási projekt során gyakran említettük, hogy bizonyos mentális problémák esetén az orvosok túl gyorsan választják a gyógyszeres kezelést. Néhány betegség esetén jelenleg is folyik a vita a gyógyszeres kezelés alkalmazásáról: milyen típusú gyógyszer a megfelelő, a kezelés melyik szakaszában a legalkalmasabb elkezdni a gyógyszeres kezelést, mi az optimális adagolás, stb. (Bohlin és Mijumbi, 2015). A szakembereknek tisztában kell lenniük a gyógyszerek megfelelő alkalmazásának fontosságával és át kell tekinteniük a gyógyszerek hatékonyságára vonatkozó új tényeket. Továbbá ajánlott a gyógyszeres kezelést a pszichoterápiával és/vagy egyéb pszichoszociális beavatkozással kombinálva alkalmazni, illetve követni a jelenlegi gyógyszereken alapú iránymutatásokat (pl.: a British Association for Psychopharmacology, a NICE mentális egészségre vonatkozó iránymutatásai, a „What works for whom” című könyv, Fonagy és mtsai, 2014).

Webalapú beavatkozások

A közelmúltban számos e-beavatkozást, webalapú beavatkozást és mobil alkalmazást fejlesztettek ki (pl.: m-egészség). Sok serdülő naponta internetezik, ezért ez a médium hatalmas lehetőséget rejt, hiszen az interneten keresztül tájékoztatni lehet őket a mentális egészségügről, növelni lehet az ellátás hozzáférhetőségét, aktívabban be lehet vonni a kezelésbe (utánkövetés, tervezés, további támogatás, tájékoztatás, stb.), utókezelést lehet kezdeni és webalapú kezelést lehet biztosítani. (Price és mtsai, 2014). Napjainkban számos webalapú mentális egészségügyi eszközt fejlesztenek ki a depresszió, a szorongás és az öngyilkosság megelőzésére a gyermekek, serdülők és a fiatal felnőttek körében. Azonban a hatékonyságukra vonatkozóan vegyes eredmények születtek. Feltétlenül szükség van további vizsgálatokra (Boydell és mtsai, 2014; Reyes-Portillo és mtsai, 2014; Ye és mtsai, 2014). Az ADOCARE vizsgálat során, a serdülők kiemelték, hogy segítené őket a weboldalak és az alkalmazások minőségi megjelölése. Úgy gondolják, hogy nem az ő dolguk eldönteni, hogy egy weboldal vagy alkalmazás megbízható-e. Emellett kiemelték, hogy a szakemberek segítsége nélkülözhetetlen az interneten olvasott információk értelmezéséhez és a személyre szabott kezelés biztosításához.

Közös döntéshozatal

A gyermek jogairól szóló egyezményben leírtak szerint a serdülőknek joga van részt venni az őket érintő döntések meghozatalában. A serdülők ezt megerősítették az ADOCARE kutatás során: „A fiatalokat aktívan be kell vonni a kezelésükkel kapcsolatos döntésekbe - semmilyen őket érintő döntést nem szabad meghozni nélkülük.” Az ADOCARE hálózat szakemberei viszont azzal érveltek, hogy a serdülő fejlettsége határozza meg, hogy milyen mértékben vonják be őket a kezelésükkel kapcsolatos döntésekbe. Az ADOCARE hálózat ajánlja a közös döntéshozattal foglalkozó képzést. A szakembereknek meg kell tanulniuk, hogy hogyan optimalizálják a serdülők bevonását a kezelési célok meghatározásába és a megfelelő beavatkozások kiválasztásába. A közös döntéshozatal egy háromlépéses modellt jelent a klinikai gyakorlatban. Az első lépés, amelyet „choice talk”-nak neveznek bevezeti a választások szükségességének a fogalmát. A második lépés, amelyet „option talk”-nak neveznek részletes tájékoztatást nyújt a lehetséges választási lehetőségekről. A harmadik lépés, amelyet „decision talk”-nak neveznek támogatja a betegek döntéshozatalát (Elwyn és mtsai, 2012). Természetesen ezt csak úgy lehet elérni, ha a klinikai orvos hajlandó megengedni a fiataloknak a közös döntéshozattal és megbízik bennük (Abrines-Jaume és mtsai, 2014). Mondani se kell, hogy nem mindig lehet közös megegyezésre jutni. Jó példa erre, amikor a kórházi beutalás biztonsági okokból elkerülhetetlen, de a serdülő ezt nem így látja.

Tényeken alapuló gyakorlatok

A tényeken alapuló gyakorlatokat úgy lehet meghatározni, mint „olyan gyakorlatok, amelyeket folyamatosan figyelembe vesznek a tudományos információkat, az ügyfél szándékai köré szerveződnek, kulturálisan érzékenyek és folyamatosan figyelik a beavatkozások hatékonyságát a serdülők és gondozók által adott válaszok megbízható mérésével, amelyek a

kezelést befolyásoló események és feltételek által a kontextushoz lettek igazítva” (Fonagy és mtsai, 2014, 4. oldal). Mint azt a WHO (2013) is megállapította, a tényeken alapuló gyakorlatok használata megfelelő minőségű mentális egészségügyi szolgáltatásokat tesz lehetővé a szakemberek számára, mivel ezek a gyakorlatok jobb eredményeket adnak, mint a nem tényeken alapuló gyakorlatok (Weisz és mtsai, 2013). A szakemberek irányelveket használhatnak, amelyek áttekintést nyújtanak a jelenlegi tényeken alapuló beavatkozásokról a különféle mentális problémák kezelésében (Hopkins, Crosland, Elliott és Bewley, 2015). Az Egyesült Királyságban a NICE (National Institute for Health and Care Excellence) irányelveit használják a klinikai orvosok információforrásként, amikor különleges állapotokkal kell foglalkozniuk serdülők esetén. Az alacsony és közepesen magas jövedelmű országokra a WHO (2010) kidolgozta a Mental Health Gap Action Intervention Guide (mhGAP-IG) útmutatót. Ebben áttekinti a tényeken alapuló beavatkozásokat számos prioritást élvező állapot kezelésében (pl.: depresszió, pszichózis, bipoláris zavarok, epilepszia, fejlődési és viselkedési zavarok gyermekek és serdülők esetén).

Annak ellenére, hogy számos tényeken alapuló gyakorlat hozzáférhető, az ADOCARE hálózat szakemberei ezek kihasználatlanságáról számoltak be. Ez abból ered, hogy a tényeken alapuló eljárásokat nehezen lehet átültetni a gyakorlatba. A szakemberek gyakran vacilálnak a rugalmas, személyre szabott kezelés, illetve a protokoll szerinti szabványosított beavatkozások között. Ezért érdemes további támogatást biztosítani arra vonatkozóan, hogy hogyan lehet a tényeken alapuló gyakorlatokat egységesített, de mégis személyre szabott módon alkalmazni. A szakemberek kiemelték, hogy a tényeken alapuló gyakorlatokon kívül, a még esetleg nem validált, de ígéretes és innovatív beavatkozásokat is figyelembe kell venni.

A szülők bevonása

Az ADOCARE szakemberei egyetértenek abban, hogy a szülők kulcsfontosságú partnerek egy fiatal személy kezelésében. Alapesetben a szakértőknek tájékoztatniuk kellene és be kellene vonniuk a szülőket, amilyen gyorsan csak lehet. A kezelés kezdetekor ez az egyik legelső probléma, amit meg kell beszélni a serdülővel. Az általános elképzelés szerint egy szilárd egyensúlyt kell kialakítani a serdülő magánéletének a tiszteletben tartása, illetve a szülők és a családtagok bevonás között.

Valójában gyakran a családtagoknak, különösen a szülőknek, akik együtt élnek a mentális problémákkal küszködő serdülővel is vannak problémáik (Vermeulen, Lauwers, Spruytte és Van Audenhove, 2015, <http://caringformentalhealth.org>). Néha a szakemberek a családon belüli rosszul működő kapcsolatokat tárnak fel. Ezért fontos a serdülő családjának a támogatása még akkor is, ha a serdülők nem akarják bevonni a szüleiket a kezelésbe. Kaslow, Broth, Oyeshiku és Collins (2014) szemléje áttekinti a hatékony családi alapú prevenció programokat, pszichoterápiákat és pszichoedukációs beavatkozásokat. A kutatások valóban igazolták, hogy a család bevonása a kezelésbe jótékony hatással lehet a serdülőkre (Young és Fristad, 2015).

Az ellátás folytonossága, integrációja és koordinációja

Az ellátás folytonossága az ellátás minősége az idők során mind a beteg, mind az ellátást nyújtó szemszögéből (Gulliford, Naithani és Morgan, 2006). Magába foglalja a hosszanti folytonosságot (pl.: zavartalan kapcsolatfenntartás hosszú időn keresztül) és a keresztmetszeti folytonosságot (pl.: a beavatkozások koherenciája a különböző szolgálatok között és a szolgálatokon belül) (Bruce & Paxton, 2002; Thornicroft & Tansella, 1999).

Az ellátás folytonossága szorosan összefügg az integrált ellátással is, ami „olyan módszerek összefüggő sora, amelyek befolyásolják a finanszírozást, az adminisztratív és szervezeti teljesítést és a szolgáltatás nyújtást, illetve a különböző ágazatokon belüli és az ágazatok közötti összeköttetést, csoportosítást és együttműködést” (Kodner és Spreeuwenberg, 2002). A mentális problémákkal küszködő serdülők számára nagyon fontos az integrált ellátás. A fiataloknak főleg többszörös szükségleteik vannak (pszichológiai, gyógyszeres, szociális, oktatási, képzési). Többféle szolgáltatásra van szükségük, amelyeket egymás után vagy egyidejűleg, több gondozó biztosít a számukra.

A gondozók pedig gyakran különböző ágazathoz tartozó különféle intézmények alkalmazottai. A magas minőségű szolgáltatás nyújtása érdekében, ezeknek a különböző ellátási szinteknek az integrációja alapvető fontosságú. Az ellátás folytonosságának és az integrált ellátásnak az átültetése a gyakorlatba különböző szintű stratégiákat tesz szükségessé, a makroszintű stratégiáktól a mikroszintű stratégiákig (Grone és Garcia-Barbero, 2001; Kodner és Spreeuwenberg, 2002; Mur-Veeman, Hardy, Steenbergen és Wistow, 2003; Thornicroft és Tansella, 2003; Valentijn, Schepman, Opheij és Bruijnzeels, 2013). Makroszinten az integrációt erősen meghatározza a mentális egészségügyi szolgáltatások tágabb szerkezete, illetve az, hogy a kormányzati szervek és minisztériumok közös vagy különálló keret jelölnek ki az érintett ágazatok számára (WHO, 2005). Sajnos a jogszabályok és a finanszírozási rendszerek inkább akadályozzák a koordinált ellátást. Az együttműködések gyakran a klinikai orvosok által kidolgozott eseti jellegű megegyezéseken alapulnak. Erre a tényre fel kell hívni a kormányok figyelmét annak érdekében, hogy biztosítsanak egy megfelelő keretet az együttműködéshez. Az ő feladatuk kiemelni a közös munka hasznát és előnyeit és foglalkozni az emberek félelmeivel és a változásokkal szembeni ellenállásával. Az együttműködési tevékenységeket, mint például a kezelésben résztvevő különböző szervezetek szakembereinek szervezett találkozóinak a költségét meg lehet téríteni. Az egyéb stratégiák

közé tartozik az ellátás minőségét felügyelő és a szolgálatok közötti együttműködést irányító helyi bizottságok felállítása, illetve a különböző kezdeményezések által közzétett információk egy weboldalon történő központosítása (WHO, 2005).

Mezoszinten a mentális egészségügyi szolgálatok és a szakemberek javíthatják a koordinációt és az együttműködést, például a szolgálatok összehangolt elhelyezésével és összevonásával, közös képzési programok szervezésével a megosztott kompetenciák megszerzéséért és egy közös adat infrastruktúra kialakításáért a betegadatok összegyűjtése és megosztása céljából. A több területre kiterjedő csapatmunkát meg lehet könnyíteni a közös ellátástervezés bevezetésével, így a szakemberekből álló csoport egy közös ellátási tervvel rendelkezik és felelősnek érzi magát annak végrehajtásáért, illetve az intenzív ellátási irányítás bevezetésével (d'Amour és mtsai, 2008; WHO, 2013). Az ADOCARE hálózat szakértői szerint az integrált ellátás koordinálása a szakellátók feladata, semmiképp nem a serdülők vagy a szülei felelőssége.

Átmenet a serdülőkkel, illetve a felnőttekkel foglalkozó mentális egészségügyi szolgálatok között

Európa számos országában különbséget tesznek a gyermekek/serdülők mentális egészségügyi ellátása és a felnőttek mentális egészségügyi ellátása között. Ez azt jelenti, hogy a fiatal korokban mentális problémákkal küszködő személyek az ellátásuk során egy ponton átkerülnek a gyermekekkel/serdülőkkel foglalkozó mentális egészségügyi szolgálatoktól a felnőtt mentális egészségügyi szolgálatokhoz. Ezen átmeneti időszakban a fiatalok gyakran elvesznek az átmeneti ellátás alacsony minősége miatt (Singh és mtsai, 2010a; Singh és mtsai, 2010b).

Az átmenetet akadályozó fő tényezők: a rendszer széttagoltsága, a vezetés hiánya, a célcsoport előnyben részesítésének a hiánya, rossz kommunikáció, megbélyegzés, a szakpolitikai gyakorlatban lévő hiányosság, a tanulmányok hiánya, a közös átmenetre vonatkozó protokollok hiánya és a szolgálatokkal kapcsolatos kevés információ (Paul, Street, Wheeler és Singh, 2014; Royal College of Psychiatrists, 2013). Az átmenet gyakran azért nem valósul meg, mert a serdülőkkel foglalkozó mentális egészségügyi szolgálatokon dolgozó klinikai orvosok nem utalják tovább a serdülőt, vagy a felnőtt szolgálatok nem fogadják el a beutalót vagy elküldik azokat a fiatalokat, akik nem mennek el az első felkínált konzultációra (Paul és mtsai, 2013). Azonban a minőségi átmeneti ellátás nem minden akadályra függ össze a szolgáltató rendszerrel. Az átmenet abban az esetben sem jön létre, ha a fiatalok elutasítják a felnőtt szolgálatokhoz történő beutalást (Paul és mtsai, 2013).

Az ellátás megszakítása az átmenet miatt negatív hatással van a serdülők egészségére és jólétére, ezért kiemelt prioritást élvez. A TRACK vizsgálat (Singh és mtsai, 2010) az alábbi ajánlásokat határozta meg az átmeneti ellátás javítása érdekében:

- Az átmenet javítását célzó protokollok kidolgozásakor és végrehajtásakor a serdülő szükségleteinek központi szerepet kell betölteniük minden egyes döntés alkalmával. Ennek eléréséhez néhány alapvető szabályt be kell tartani. Egyértelműen meg kell határozni az időkeretet és az egyének felelősségét. A serdülőknek jól felkészülteknek kell lenniük. Létezik egy B-terv arra az esetre, ha a felnőtt mentális egészségügyi szolgálatok nem tudják elfogadni az átmenetet. Végül a szolgálatoknak rugalmasnak kell lenniük a betegek életkorát tekintve.
- Egy serdülő akkor megy át a felnőtt szolgálathoz, amikor az állapota stabil. A szolgálatoknak el kell kerülniük több beteg egyidejű átmenetét. A serdülőkkel foglalkozó és a felnőtt mentális egészségügyi szolgálatok szorosan együttműködnek egymással, vagy a szolgálatokon keresztül működnek együtt vagy párhuzamos ellátás nyújtanak. A felnőtt szolgálatok aktív részvételére van szükség, mielőtt a serdülőkkel foglalkozó szolgálat elbocsájtja egy beteget. A szolgálatoknak egy egységes nyilvántartási rendszerre van szükségük, amelyen keresztül könnyen átküldhetik a levelezéseket és a kapcsolattartási információkat.
- A serdülők, illetve a felnőttek számára nyújtott helyi mentális egészségügyi szolgáltatásokat és az önkéntes szolgáltatásokat feltérképezik és rendszeresen frissítik (pl.: működési kör, kommunikációs hálózatok és kulcsfontosságú kapcsolatok).
- A szakemberek valóban értik az ellátás átmenetének megfelelő módját. Az egyéb szolgálatokhoz való beutalással kapcsolatos problémákkal foglalkozó képzések növelik a többi szolgálattal kapcsolatos ismereteket és az önhatékony és a készségek javítására helyezik a hangsúlyt.
- A szakpolitikai tervek tartalmazzák az átmeneti ellátás javítását célzó stratégiákat.
- Négy kritérium alapján értékeli az átmenetet: az ellátás észlelt folytonossága, a párhuzamos ellátás, az átmenetet előkészítő találkozó, és az információ átadása.

Tulajdonképpen a Milestone projekt (Managing the Link and Strengthening Transition from Child to Adult Mental Health Care elnevezésű, az Európai Bizottság által finanszírozott együttműködési kutatási projekt) keretében jelenleg is új átmeneti ellátási modelleket dolgoznak ki és tesztelnek az uniós szolgálatok számára. Még pontosabban az átmenetre vonatkozó eredmények elérésére koncentrálnak intézkedéseket, az ellátás és az eredmények javítását szolgáló iránymutatásokat és a klinikai orvosoknak szóló képzési csomagokat dolgoznak ki és validálnak (De Girolamo, 2014).

Összeköttetés a való világgal

Az ADOCARE kutatás során a serdülők kiemelték, hogy minden beavatkozásnak egy bizonyos ponton kapcsolódnia kell a való világhoz: „Fontos, hogy hidakat építsünk a terápiás környezet és a való világ közé”. Így kórházba kerülés esetén a szakembereknek azonnal stratégiákat kellene kidolgozniuk arra, hogy hogyan segítsék a serdülők ismételt beilleszkedését a társadalomba. Például segíteni lehet az iskola/tanulmányok befejezését, jó lakhatást vagy megfelelő állást találni, bizalomra épülő kapcsolatokat kialakítani másokkal, a külvilágot behozni a bentlakásos ellátás helyszínére (például a szomszédoknak, barátoknak elérhető tevékenységen keresztül).

Felkeresés

A fiatalok ritkán veszik igénybe önkéntes alapon a klinikai szolgáltatásokat. Ezért fontos a szakembereknek olyan helyszínekre ellátogatni, ahol a fiatalok töltik el az idejüket, mint például a kávézók, a népszerű sportlétesítmények vagy a hajléktalan serdülők átmeneti szállásai (ADOCARE, 2015). A felkeresési módszer is egy értékes módja annak, hogy meghatározzuk a serdülők érdeklődési körét és a szükségleteit. A felkeresés során lényeges, hogy elsősorban a többszörös problémákkal küszködő fiatalokra figyeljünk. Őket gyakran elhanyagolják a szakemberek, mert többnyire nem felelnek meg a speciális csoportokat megcélzó programok kritériumainak.

Etikai megfontolások

Általában minden szolgálatnak követnie kellene a Belmont jelentésben (Michaud, Berg-Kelly, Macfarlane, és Benaroyo, 2010) felvázolt három fő etikai alapvetet: az autonómia elvét (vagyis az egyéneket autonómiát élvező személyeknek tekintik és a csökkent autonómiával rendelkező személyek jogosultak a védelemre); a jótékony elvét (vagyis ne árts, csökkentsd minimálisra a kárt és maximalizáld a lehetséges előnyöket); és az igazságosság/egyenlőség elvét (vagyis annak biztosítása, hogy a források mindenki számára egyenlően hozzáférhetők). Emellett a barcelonai nyilatkozat a klinikai ellátásban néhány egyéb fontos érték jelenlétét is javasolja, mint a részvétel, méltóság, integritás, bizalmasság és sebezhetőség (Michaud és mtsai, 2010). Ezeket az elveket egyértelműen le kell írni a serdülőkkel együttműködve kialakított szolgáltatási szabályzatokban. Továbbá az ellátással és a kezeléssel kapcsolatos etikai dilemmákat deliberatív megközelítéssel kell tisztázni, mivel minden helyzet egyedi és más. Ezen folyamat során a szakembereknek hozzáférést kell biztosítani a szakemberekből és szakértőkből álló elfogulatlan etikai bizottság által kialakított visszajelzéshez (Michaud és mtsai, 2010).

Nemek közötti egyenlőtlenségek

A vizsgálatok kimutatták, hogy a serdülőkorú fiúk kevesebb ismerettel rendelkeznek a mentális egészségről és a mentális egészségügyi szolgáltatásokról, és kevésbé hajlandók igénybe venni ezeket a szolgáltatásokat (Chandra és mtsai, 2006). Állítólag kevésbé hajlanak arra, hogy segítséget kérjenek, mivel félnek attól, hogy gyengének tartják őket. Továbbá a szülők nehezebben tudják elfogadni a fiuk mentális gondozását, de könnyebben elfogadják, ha a lányuknak van szüksége segítségre. A nemek közötti különbségeket meg lehet oldani jobb mentális egészségügyi oktatással és a mentális egészségügyi szolgáltatások biztosításával a középiskolában. Egyértelmű, hogy a szülőket is aktívan be kell vonni, ha minimálisra szeretnénk csökkenteni a fiúkkal szembeni megbélyegző hozzáállást (Chandra és mtsai, 2006). Fontosabb, hogy a nemek miatti különbségeket a kezelési szükségletekkel kapcsolatban nem említették az ADOCARE projekt során és nem is találtunk ezzel kapcsolatos hivatkozást a szakirodalomban sem. Könnyen elképzelhetőnek tartjuk, hogy a személyre szabott megközelítés, amely minden egyes ügyfél szükségleteit figyelembe veszi a nemek szerint is megfelelő lesz.

Képzés és oktatás

A szakembereknek megfelelő képzésben és oktatásban kell részesülniük, hogy hatékonyabban és nagyobb érzékenységgel reagáljanak a serdülők igényeire (WHO, 2002). Ez azt jelenti, hogy a serdülőkkel foglalkozó mentális egészségügyi szakemberek (serdülőpszichiáterek és serdülőpszichológusok) speciális képzést kapnak az alábbi témákban: a serdülők egészségére vonatkozó jogszabályok és szakpolitikák; a serdülők normális és problémás fejlődése és speciális pszichopatológiai problémák; serdülők számára nyújtott mentális egészségügyi ellátást biztosító szolgálatok; kommunikáció és közös döntéshozatal a serdülőkkel és családtagjaikkal; tényeken alapuló pszichoszociális beavatkozások; a koordinációval, az együttműködéssel és az átmeneti ellátással kapcsolatos szempontok; és a serdülők mentális egészségügyi problémáinak felmérése. Az ADOCARE kutatás eredményei szerint a serdülőpszichiáter, mint szakma a 10 résztvevő tagállamból csak ötben (Finnország, Németország, Magyarország, Olaszország és Litvánia) van jogilag meghatározva. A serdülőpszichológus szakma egyik országban sincs hivatalosan önálló szakmaként meghatározva. Fontos megjegyezni, hogy a mentális egészségügyi szakemberek oktatási és képzési programjai Európa-szerte jelentős eltérést mutatnak és különböző előírások vonatkoznak rájuk (Union Europeene des Medecins Specialistes, 2014). Ennél fogva nehezen lehet őket összehasonlítani. A serdülők mentális egészségügyi ellátásával foglalkozó szakemberek és csoportok oktatására és képzésre kidolgozott közös uniós modell segítséget nyújthat ebben a helyi oktatási igények figyelembevételével. A Pszichiáter Rezidensek Európai Szövetsége (EFPT) és az Európai Szakorvosok Szövetsége (UEMS) is ajánlásokat dolgozott ki az általános és gyermekpszichiáterek, illetve kifejezetten a serdülőpszichiáterek képzési programjaira vonatkozóan. Azoknak az általános képzésben résztvevő szakembereknek, akik a serdülőket érintő

mentális egészségügyi problémákkal csak akkor találkozhatnak, ha ilyen környezetben vállalnak állást is részt kellene venniük a serdülők mentális egészségügyi problémáival foglalkozó oktatáson még az alapképzésük során. Vagy a posztgraduális képzésük során választhatnák a témával kapcsolatos mélyreható képzést. Itt a háziorvosokra, a kórházi ápolókra, az ifjúsági munkásokra, a közegészségügyi dolgozókra, a szociális munkásokra és a tanárookra gondolunk.

Ifjúságbarát mentális egészségügyi szolgáltatások és személyzet

A szolgálatok kialakítása és a szakemberek viselkedése gyakran egyáltalán nem felel meg a fiatalok fejlődési és kulturális szükségleteinek (Ambresin és mtsai, 2013; Breland és mtsai, 2014; McGorry, Bates és Birchwood, 2013; Tylee és mtsai, 2007). A hozzáférhetőség, egyenlőség és elfogadhatóság javítása érdekében a szolgálatoknak és a személyzetnek ifjúságbarátabbá kell válniuk. Különböző tanulmányokban vizsgálták, hogy milyen előfeltételek vonatkoznak az ifjúságbarát egészségügyi ellátásokra és szakemberekre (Ambresin és mtsai, 2013; Harper, Dickson és Bramwell, 2014; McGorry és mtsai, 2013; Tylee és mtsai, 2007; WHO, 2002). Az ADOCARE kutatáson belül is elvégeztek egy hasonló vizsgálatot, kifejezetten az ifjúságbarát mentális egészségügyi szolgálatok előfeltételeire vonatkozóan. A serdülők arról kérdezték meg, hogy szerintük milyenek kell lennie egy ifjúságbarát szolgálatnak és milyen tulajdonságokkal kell rendelkeznie a szakembereknek. A következő eredményeket kapták:

- Aktívan vonják be a fiatalokat a szolgáltatás megtervezésébe, az ellátásba (pl.: társak általi támogatás, csoportos terápia, öngyógyító csoportok), a szolgáltatás értékelésébe és nyomon követésébe (Bielsa és mtsai, 2010). Néhány szolgálatnál a serdülők részt vesznek a bizalmassággal, a nyitvatartási idővel, a kezelési programmal, a serdülők jogaival, az etikai szempontokkal és egyébekkel kapcsolatos szolgáltatási szabályozat kialakításában.
- A szolgáltatásoknak könnyen hozzáférhetőnek kell lenniük, hogy a serdülők kevés akadályba ütközzenek. Ez utal a „drop-in” szolgáltatásokra, a megfelelő nyitvatartási időre, a szülői engedély nélküli hozzáférésre, az alacsony költségekre vagy ingyenes szolgáltatásokra, a csökkentett várakozási időre, a tömegközlekedéshez közeli, kedvező elhelyezkedésére, a diszkrét bejáratra és egy pozitív képre.
- Figyelemfelkeltő tevékenységek/kommunikáció támogatása (szórolapok, poszterek, weboldal, stb.) és a mentális egészségismeret erősítése. A serdülők gyakran nem tudják, hogy mihez kezdjenek vagy kihez forduljanak, amikor segítségre van szükségük.
- A szolgálatok egyértelmű információt nyújtsanak a jogi (bizalmasság) és a gazdasági (megfizethetőség) szempontokról. Többek közt egyértelműen el kell magyarázni, hogy mire számíthatnak serdülők, ha 18 éven aluliak és a szüleik tudta nélkül keresnek fel egy szolgálatot.
- Próbálják meg biztosítani a folytonosságot a szakemberekkel kialakított terápiás kapcsolatokban, például a személyzet cserélődésének minimálisra csökkentésével. A serdülők az életük egy ingatag szakaszában járnak, ezért a szakembereknek meg kell próbálni biztosítani az állandóságot.
- Pozitív példaképek bevonása (pl.: olyan fiatalok, akik korábban hasonló problémákkal küszködtek), mivel ez kedvező hatással van a serdülők jólétére.

A serdülők rendkívül fontosnak tartják a szak személyzet hozzáállását, felkészültségének a mértékét és motivációját. Ideális esetben a szakemberek az alábbi tulajdonságokkal rendelkeznek (ADOCARE, 2015; Ambresin és mtsai, 2013; Tylee és mtsai, 2007; WHO, 2002):

- Motiváltak, őszinték, elszántak, lelkesek, támogatók, könnyen kapcsolatot lehet velük építeni és tisztelettudók.
- Fejlődés szempontú megközelítést alkalmaznak és ismeretekkel rendelkeznek azokról a változásokról, amelyeken a serdülők az életük során átmennek.
- Tizenéveseknek szánt (gyakorlatias) egészségügyi információt nyújtanak, hogy a serdülők szabadon és tájékozottan tudjanak dönteni.
- Valóban hisznek abban, hogy a serdülők egy ígéretes jövő előtt állnak és ezt a hitüket átadják a betegeknek is.
- Érzékenyek a hierarchikus különbségekre, hogy elkerüljék a „mi ellenük” hozzáállást és nem úgy néznek a serdülőkre, mint tehetetlen egyénekre.

Minőségi mutatók

A megfelelő mentális egészségügyi ellátás kialakítása érdekében fontos, hogy a szolgálatok folyamatosan támogassák a minőség javítását. Ezt egy olyan folyamatos, ismétlődő folyamattal lehet elérni, amely magában foglalja a szakpolitikák és szabványok kidolgozását, az akkreditáció létrehozását és a szolgálatok nyomon követését (WHO, 2005, 35. oldal). A minőség javításának nélkülözhetetlen előfeltétele az ellátás bizonyos elemeinek (minőségi mutatók) a minőségi meghatározása. A minőségi mutatót a szakirodalom úgy határozza meg, mint „a gyakorlati teljesítés egy mérhető eleme, amely bizonyíthatóan vagy megegyezés alapján használható az ellátás minőségének értékelésére és ezáltal a nyújtott szolgáltatás minőségének megváltoztatására” (Legido-Quigley, McKee, Nolte és Glinos, 2008).

A minőségi mutatókat makro-, mezo- és mikroszintű mutatókra lehet felosztani (Gaebel és mtsai, 2012). A makroszintű mutatók a nemzeti szintű strukturális minőségre vonatkoznak (pl.: oktatás, nyomon követés és a mentális egészségügyi szolgáltatások általános szerveződése egy adott országon belül). A mezoszintű mutatók a mentális egészségügyi rendszerek belső szerkezetével kapcsolatos szempontokra vonatkoznak (pl.: szerkezeti követelmények a betegigények kielégítésére, a szolgáltatások multidiszciplinaritása, technológiák rendelkezésre állása, munkaerő). A mikroszintű mutatók az egyedi szolgáltató egységeken belüli szerkezetek és folyamatok számára adnak iránymutatást. Minden egyes szinten a mutatókat tovább lehet osztani strukturális, folyamat- és eredménymutatókra. A strukturális mutatókhoz tartoznak a szolgáltatók jellemzői, például az intézmények, a felszerelés, az emberi erőforrások és a szervezeti struktúrák. A folyamatmutatók magukba foglalják az ellátással kapcsolatos tevékenységeket beleértve az egészségügyi szolgáltatók tevékenységeit és az ellátás következményeivel kapcsolatos eredménymutatókat.

A Graham és munkatársai (2014) által kidolgozott „User-generated Quality Standards for Youth Mental Health in Primary Care” és a Quality Network of Inpatient Care of the UK (Thompson & Clarke, 2015) által kidolgozott „Service Standards” (hetedik kiadás) is kifejezetten a serdülőknek nyújtott mentális egészségügyi szolgáltatások számára kialakított minőségi szabványok. Az 1. táblázat felsorolja azokat a minőségi mutatókat, amelyeket az ADOCARE kutatási tevékenységben részt vett szakértők, szakemberek és döntéshozók terjesztettek elő. A mutatók a serdülőkkel foglalkozó egyedi egészségügyi egységekre vonatkoznak (mikroszinten) és strukturális, folyamat- és eredménymutatók szerint vannak rendezve.

1. táblázat Az ADOCARE projektben érdekeltek által létrehozott minőségi mutatók felsorolása.

<p>Strukturális minőségi mutatók</p>	<p>Hozzáférhető szolgáltatás: a serdülők az anyagi helyzetüktől, a földrajzi elhelyezkedéstől és a kulturális háttértől függetlenül időben hozzáférnek az egészségügyi ellátáshoz. Nincsenek várakozási listák, a szolgáltatás megfizethető és könnyen hozzáférhető.</p> <p>A forrásokat költséghatékonyan használják fel.</p> <p>A szolgálatok fenntarthatók az intézmények, a munkaerő és a felszereltség tekintetében.</p> <p>Hozzáértő és képzett szakemberek, akik rendszeresen részt vesznek serdülőkkel kapcsolatos képzéseken.</p> <p>A szolgálatnak van terve a szolgáltatások javítására, amelyet végre is hajtanak és az előrehaladást nyomon követik.</p> <p>A strukturális követelményeket végrehajtják a betegek méltóságának és alapvető szükségleteinek biztosítása érdekében.</p>
<p>Folyamatra vonatkozó minőségi mutatók</p>	<p>Az ellátás megfelelő abból a szempontból, hogy a beavatkozások a serdülők szükségleteinek megfelelőek és a meglévő előírásokon alapszanak.</p> <p>A pszichoszociális, orvosi és egyéb beavatkozásokat kiegyensúlyozottan alkalmazzák.</p> <p>A folytonosság és a koordináció jelen van az ellátásban (pl.: nem megszakított, koordinált ellátás a programok, orvosok, szervezetek és szintek között az idők során).</p> <p>Együttműködés más szolgálatokkal az integrált ellátás érdekében.</p> <p>A szolgáltatások innovatívak tudnak lenni.</p> <p>A szakemberek pozitívan állnak a serdülőkhez. Tisztelettudóan, őszintén, támogatóan, barátságosan és megbízhatóan viselkednek.</p> <p>A szolgálatok és a szakemberek alkalmazzák a közös döntéshozatal alapelveit a gyakorlatban.</p> <p>A szolgálatok és a szakemberek megtanítják a serdülőknek, hogyan birkózzanak meg a problémáikkal, és arra biztatják őket, hogy kérjenek segítséget, amikor a jövőben problémákkal kell szembenéznük.</p> <p>A szolgálatok figyelembe veszik az etikai alapelveket és tiszteletben tartják a serdülők emberi jogait.</p>

Eredményre vonatkozó minőségi mutatók	A nyújtott kezelés pozitív hatással van a serdülők tüneteire, a mindennapjaira (pl.: iskolában eltöltött napok, éjfél előtt hazaérnek, harcias viselkedés, stb.) és az életminőségére.
	A kezelés pozitív hatásai hosszú távon is fennmaradnak (pl.: egy év után is).
	A kívánt eredményeket ésszerű időn belül érik el. A lemorzsolódási arány minimálisra csökkent.
	Il tasso di abbandono degli studi è ridotto al minimo.
	A szakemberek elégedettek a munkájukkal. Ritkán cserélődnek az alkalmazottak, alacsony a betegszabadságon eltöltött napok száma és kiegészés esetek (burn-out) csak ritkán fordulnak elő.

A döntéshozók feladata, hogy átfogó szabványokat határozzanak meg az egyes mutatók számára, és olyan eszközöket dolgozzanak ki, amelyekkel értékelni lehet ezek szabványok teljesítésének mértékét. Az összehasonlíthatóság érdekében lehetőleg ugyanazokat az eszközöket használják az egyes szolgálatok, régiók és országok. A szolgálatok értékelését maguk a szolgálatok vagy egy független finanszírozású kutatási szervezet végezheti el (WHO, 2002). Az értékelést követően az eredményeket konstruktív módon kell közölni a szolgálatokkal a fejlesztés célzó ajánlásokkal és támogatásokkal együtt (WHO, 2002).

7. A mentális egészségügyi problémák megelőzése és a mentális jólét előmozdítása

Az országok között óriási az eltérés a megelőzésre és a mentális egészség előmozdítására fordítható pénzügyi keret tekintetében (Jane-Llopis és Anderson, 2005). Samele, Frew és Urquia (2013) vizsgálatában 16 országban költöttek kevesebb, mint 30 eurót fejenként a betegségek megelőzésére és a közegészségügyre, míg hat országban több, mint 100 eurót költöttek ezekre fejenként. A serdülők számára nyújtott jelenlegi programok nagymértékben különböznek egymástól a célok, célcsoportok és a szempontok tekintetében. A vizsgált programok több, mint fele (63%) a mentális egészségügyi problémák megelőzésére fektette a hangsúlyt, míg a mentális jólét előmozdítására csak 17%-uk. A programok a legtöbb esetben a zaklatással vagy a megbélyegzéssel foglalkoztak (Samele és mtsai, 2013).

Minden uniós tagállamnak kell egy országspecifikus akciótervvel rendelkeznie a serdülők mentális egészségügyi problémáinak a megelőzésére és a mentális jólétük előmozdítására vonatkozóan (NHS England, 2015). Az ilyen programok a védelmi tényezőket kívánják megerősíteni, hogy megakadályozzák a mentális egészségügyi problémák kialakulását. Például lehetőség van: az ellenálló képesség növelésére, a megfelelő segítségkérő magatartás ösztönzésére, a szülők támogatására a gyermeknevelésben, a jó iskolai környezet kialakítására, pozitív kortársakból álló csoportokra, a spiritualitás ösztönzésére, felelősségvállalás erősítésére, a mentális egészségismeret növelésére. Ezen kívül a programok azokkal a kockázatos viselkedésekkel is foglalkoznak, amelyek hozzájárulnak a mentális betegségek kialakulásához, mint a zaklatás, a családon belüli erőszak, a káros hatású anyagok használata, stb. (Jane-Llopis és Anderson, 2005). A tevékenységek kifejezetten a veszélyeztetett gyermekeket és a családokat célozzák meg. A prevenció és a mentális egészséget előmozdító akcióterv kialakításakor célszerű áttekinteni a más országokban sikeresnek bizonyult stratégiákat és programokat is. Ezzel kapcsolatban ki kell emelni a nemrégiben létrehozott „Joint Action for Mental Health and Well-being” programot. 28 uniós tagállamból 51 partner és 11 európai szervezet vesz részt a programban. Ez a szakértői hálózat együttműködik egy mentális egészségre vonatkozó szakpolitikával kapcsolatos európai szintű fellépési keret kialakításáért. Napirenden van a mentális egészség és jólét előmozdítása, a mentális betegségek megelőzése, az ellátás továbbfejlesztése és a mentális zavarokkal küszködő emberek társadalmi integrációja. Az öt kulcsfontosságú terület közül az egyik a mentális egészség iskolai promóciója. (www.mentalhealthandwellbeing.eu).

Stratégiák iskolai környezetben

A serdülők sok időt töltenek el az iskolában. Ezért fontos az iskolák szerepe a mentális jólét előmozdításában, a mentális egészségügyi problémák megelőzésében, a problémák korai felismerésében és a megfelelő beutalásban (Farmer és mtsai, 2003; Paternite és Johnston, 2005; Ronés és Hoagwood, 2000; Weist és Paternite, 2006). Az ADOCARE projekt során a szakértők különböző stratégiákat javasoltak a fiatalok mentális jólétének növelésére az iskolai környezetben belül.

- A mentális egészséggel foglalkozó alapképzés biztosítása a tanároknak. A tanárok állandó részesei a serdülő életének. Olyan helyzetben vannak, hogy korai szakaszban fel tudják ismerni a problémákat és értékes támogatást tudnak nyújtani. Ezért fontos, hogy a tanárok részt vegyenek a mentális egészség előmozdításával, a mentális egészségügyi problémákkal és ezen problémák megelőzési és felismerési módszereivel foglalkozó alapképzésben.

- Mentális egészségügyi szakemberek foglalkoztatása az iskolákban. Az ADOCARE kutatás során kiemelték, hogy a magas leterheltségük miatt nem szabad a tanárokat feleslegesen terhelni azzal, hogy támogatást és gondozást nyújtsanak a serdülőknek. Ezen kívül néhány mentális egészségügyi probléma kezelése szakembert igényel. Ezekben az esetekben a tanárok számíthatnak az iskolai környezetben dolgozó mentális egészségügyi szakemberekre (pl.: iskolai ápoló, iskolai tanácsadó, iskolapszichológus). Ezek a szakemberek tanácsot tudnak adni a tanároknak abban, hogy hogyan kezeljék a mentális egészségügyi problémákkal küszködő diákokat, közvetlen támogatást tudnak adni a serdülők számára vagy elküldhetik a diákokat egy szakértőhöz.

- Külső mentális egészségügyi szakemberekkel való együttműködés. Bizonyos esetekben a tanárok és az iskolai mentális egészségügyi szakemberek által nyújtott támogatás nem elég, így szükség van külső szakemberek bevonására. Az iskolai mentális egészségügyi szakembereknek lehetőséget kell biztosítani az iskolai környezetben kívül dolgozó mentális egészségügyi szakemberekkel való együttműködésre. Például a közösségi mentális egészségügyi ellátásban dolgozó klinikai orvosokat ki lehet helyezni az iskolákba. Egy nemrég készült vizsgálat azt állítja, hogy ez a megoldás pozitívan befolyásolta a felfüggesztések számát, az iskolai jelenlétet, és a serdülők érzelmi és magatartási tüneteit a szülők és a tanárok meglátása szerint (Ballard, Sander és Klimes-Dougan, 2014).

- A mentális egészséggel foglalkozó tanórák szervezése. A serdülőknek nem csak a testük működését kell ismerniük, hanem a lelkük működését is meg kell érteniük (ADOCARE, 2015). A tanterv részeként ezeken az órákon olyan mentális egészségügyi problémákkal kell foglalkozni, mint az ellenálló képesség növelése és mások tisztelete, foglalkozni kell a szociális készségek tanításával, a nehéz helyzetek kezelésével, a segítségkérés, mint személyes erősség előmozdításával, a család bevonásának a promóciójával, az érzelmek kifejezésével és a személyes erősségek kifejezésével (Vidal-Ribas, Goodman és Stringaris, 2015). Ezeket az órákat a gondozó tanárok vagy az egészségügyi oktatók tarthatják, de vendéglátódnak meg lehet hívni mentális egészséggel foglalkozó szakembereket is. A szakemberrel való találkozás az osztálytermen belül valószínűleg csökkenti annak a küszöbértéket, hogy a serdülő a későbbiekben felkeressen egy szakembert. Nagymértékben ajánlott a mentális egészséggel foglalkozó órák során az interakción alapuló innovatív megközelítés alkalmazása. Az ilyenek középpontjában egyszerre szerepel az ismeretszerzés, a hozzáállás és a készségek fejlesztése. Az ADOCARE kutatás során a serdülők kiemelték, hogy a mentális egészséggel foglalkozó órák zaklatásokhoz vezethetnek és a tanároknak ezzel nagymértékben tisztában kell lenniük.

- Egészségügyi ellenőrzések szervezése. Az iskolai környezetben általában a megelőzést és a szűrővizsgálatokat helyezik előtérbe. Az ilyen programokhoz szükség van: adatgyűjtésre és adatszűrésre, az eredmények multidiszciplináris iskolai csoportban való felhasználására, a beavatkozásokat leíró protokollok létrehozására a szűrési profilok alapján és a külső érdekeltekkel való együttműködésre, amennyiben szakosított ellátásra van szükség (Dowdy és mtsai, 2014). A SEYLE (Saving and Empowering Young Lives in Europe) projekt részeként kialakítottak egy iskolai professzionális szűrési eljárást (Wasserman és mtsai, 2015), ami hatékonyan bizonyult a mentális egészségügyi ellátásra szoruló diákok azonosításában (Kaess és mtsai, 2014a). Azonban az ADOCARE projekt során egyértelművé vált, hogy a szűrésnek csak akkor van értelme, ha az adott országban a megfelelő mentális egészségügyi ellátás is hozzáférhető. Ha az országban nincsenek megfelelő mentális egészségügyi szolgáltatások a szűrőprogramoknak akár káros hatásuk is lehet, mert olyan ellátás iránti igényt alakítanak ki, ami nem áll rendelkezésre.

- A diákok körében fellépő kockázatos viselkedés felügyelete. Az iskoláknak figyelniük kell a kockázatos viselkedési formákra, amelyek erősen összefüggnek a mentális egészségügyi problémákkal, mint a szerabúzus, a szenzációkeresés, a bűnöző viselkedés, a média túlzott használata, az önkárosítás és az iskolakerülés (Kaess és mtsai, 2014a). Iskolakerülés esetén az általános gyakorlat szerint az iskolai tanácsadó vagy az ifjúsági munkás feladata a diák felkeresése annak érdekében, hogy kapcsolatot alakítson ki vele. A zaklatás egy másik fontos iskolai jelenség, amelyre figyelmet kell szentelni. A súlyos mentális egészségügyi problémákkal küszködő serdülők egy kórházi ellátásban részesülő csoportjában végzett vizsgálat azt mutatta, hogy a serdülőkorú betegek csaknem 43%-át zaklatták már legalább egyszer (Kalmakis és Chandler, 2015; Ryttilä-Manninen és mtsai, 2014).

8. A serdülők számára nyújtott mentális egészségügyi ellátásra vonatkozó szakpolitikák és jogi keretek

2009-ben szinte egyik európai országnak sem volt kifejezetten a serdülőknek célzó mentális egészségre vonatkozó szakpolitikája (Vieth, 2009). A helyzet azóta némileg javult. Az ADOCARE eredményei azt mutatják, hogy a 10 résztvevő tagállamból hatnak (Belgium, Finnország, Olaszország, Spanyolország, Svédország és az Egyesült Királyság) van kifejezetten a serdülőkre vonatkozó mentális egészségvédelmi terve. Továbbá ezen országok közül háromban (Finnország, Olaszország, Svédország) a mentális egészséggel foglalkozó szakpolitikákat rendszeresen értékelik és ellenőrzik. Habár a legtöbb ország jó irányba halad, még mindig van min javítani. Aggodalomra ad okot az, hogy a legtöbb ország nem tudja pontosan, hogy mekkora összeget fordít a serdülők mentális egészségére (ADOCARE, 2015). Az Egyesült Királyság egy ritka kivétel, ahol a teljes egészségügyi költségvetés 11%-át költik a mentális egészségre és ennek kevesebb, mint 1%-át a gyermekek és serdülők mentális egészségére. A serdülők mentális egészségére fordított finanszírozás hasonlóan alacsony lehet a többi tagállamban is.

A serdülők mentális egészségére vonatkozó szakpolitika kihívásai

- A serdülők mentális egészségére vonatkozó egyértelmű jövőkép kialakítása. A legtöbb országban nem számít prioritásnak a serdülők mentális egészségügyi ellátása, mert a döntéshozók nem tudnak a serdülők mentális egészséggel kapcsolatos szükségseiről. Mindenképpen figyelembe kell venni a serdülőket, mint sajátos szükségletekkel rendelkező különleges célcsoportot. A serdülők szükségleteinek a megértése és a döntéshozók tájékoztatása az Európai Bizottság, a lobbicsoportok, a kutatók, a szakemberek, illetve a serdülők és a családjuk megosztott felelőssége.
- A kifejezetten a serdülők mentális egészségére vonatkozó szakpolitikák és tervek kidolgozása és végrehajtása. A WHO egy iránymutató csomagot hozott létre a döntéshozók számára. Segítséget nyújt a döntéshozóknak és ismerteti azokat a lépéseket, amelyeket meg kell tenniük a serdülők mentális egészségére vonatkozó szakpolitikák és tervek sikeres kialakítása és végrehajtása érdekében (WHO, 2005). Nagymértékben ajánlott a serdülők és a szüleik szoros bevonása a döntéshozatalba, mivel ők ismerik a legjobban a szükségleteiket és a buktatókat. Természetesen az értékelésre is hangsúlyt kell fektetni. Ezeknek az értékeléseknek tudományosan megalapozottnak és lehetőleg nyilvánosan hozzáférhetőnek kell lenniük, hogy más országok javát is szolgálja az elvégzett munka. A szakpolitikák és tervek értékeléséhez a WHO könnyen használható ellenőrző listákat dolgozott ki (2009).
- A fiatalok jogait egyértelműen meghatározó jogszabályok bevezetése. Az Emberi Jogok Egyetemes Nyilatkozata és a gyermek jogairól szóló egyezmény jó kiindulópontként szolgál az új szakpolitikák, jogszabályok és intézkedési keretek kidolgozásához és megtervezéséhez. Továbbá, a kormányoknak ajánlott, hogy egyértelmű jogszabályokat dolgozzanak ki azzal kapcsolatban, hogy a serdülők hogyan tudnak segítséget kérni a szüleik engedélye nélkül, a fiatalok azon jogáról, hogy részt vehessenek a kezelési tervükkel kapcsolatos döntésekben, a szülők jogairól és feladatairól, a távollattási eljárásokról (habár ezeket csak a feltétlenül szükséges mértékben szabad alkalmazni), a betegnyilvántartásokba való regisztrációról és az azokhoz való hozzáférésről, és az e-egészség használatáról.
- A serdülők számára hozzáférhető alapvető szolgáltatásokat tartalmazó alapsomag meghatározása az EU tagországaiban (WHO, 2002). Az országokat arra ösztönzik, hogy helyezik át az ellátás egyensúlyát, és a már meglévő intézmények helyett támogassák a közösségi alapú támogatási és kezelési rendszereket (Knapp, McDaid, Mossialos és Thornicroft, 2006). Európa-szerte sürgősen szükség van olyan mentális egészségügyi szolgálatokat támogatni, amelyeket kizárólag a serdülők számára hoztak létre. Ezeknek a szolgálatoknak széles korosztályt kell felölelniük, lehetőleg 9-től 25 éves korig, és rugalmasnak kell lenniük.
- A serdülők mentális egészségére elegendő pénzügyi erőforrást kell fordítani. A szakpolitikai tervekben egyértelműen láthatóvá kell tenni, hogy általában a bruttó nemzeti össztermék hány százalékát fordítják a mentális egészségre, illetve konkrétan a serdülők mentális egészségére. A WHO (2005) ajánlása szerint a gyermekek és serdülők számára nyújtott mentális egészségügyi szolgáltatások költségvetése egyezzen meg a felnőtt mentális egészségügy költségvetésével. Az ADOCARE kutatás szerint a megelőzésre, a mentális egészség előmozdítására és a serdülők célzott kezelésére fordított megemelt finanszírozással hosszútávon valójában pénzt lehet megtakarítani. A mentális egészségügyi problémákat már a kezdeti szakaszban meg lehet állítani. Ezáltal az egyéneknél nem alakulnak ki olyan összetett mentális problémák felnőttkorban, amelyek drága és hosszantartó kezelést igényelnek.
- Az ágazatok és szakmák közötti együttműködés ösztönzése. Ahogy már korábban is említettük, jó elképzelés, ha a kormányok kidolgoznak egy általános keretet az ágazatok, szolgáltatások és szakmák közötti együttműködés és integráció elősegítése érdekében.





IRÁNYMUTATÁSOK ÉS AJÁNLÁSOK

A jelen iránymutatás célja (makroszinten) a döntéshozók, (mezoszinten) a szolgáltatók és (mikroszinten) a szakemberek támogatása abban, hogy javítsanak a serdülők mentális egészségügyi ellátásán a saját országukban. Ennek érdekében az iránymutatás vázlatosan ismerteti az összehangolt intézkedéseket. A serdülők kifejezés ebben a szövegkörnyezetben a 12-24 éves korosztályra vonatkozik. A javasolt ajánlások és intézkedések egy kétéves kutatási folyamat eredményei. Az alábbi csoportokkal számos esetben konzultáltunk differenciált módon: döntéshozók, a serdülők számára nyújtott mentális egészségügyi ellátás területén dolgozó szakemberek és szakértők, tizenévesek, fiatalok és a családjuk, továbbá olyan szervezetek, amelyek ezt a korosztályt és családjukat képviselik. Továbbá áttekintettük a mentális egészségügyi ellátással általánosan foglalkozó, illetve a kifejezetten a serdülők mentális egészségügyi ellátásával foglalkozó legújabb szakirodalmat.

Az ajánlások tíz olyan területet érintenek, amelyekre az európai országoknak figyelniük kell a serdülők mentális egészségügyi ellátásának javítása érdekében:

- A serdülők számára nyújtott mentális egészségügyi szolgáltatások hozzáférhetősége
- A serdülők számára nyújtott mentális egészségügyi szolgáltatások minősége
- A serdülők számára nyújtott mentális egészségügyi szolgáltatások rendelkezésre állása
- Személyre szabott kezelés
- Integrált gondozás
- Átmenet a serdülők és a felnőttek számára nyújtott mentális egészségügyi szolgáltatások között
- Szakemberek képzése
- Megelőzés és a mentális egészség előmozdítása
- Szakpolitika és jogi keretek
- Kutatás

1. A SERDÜLŐK SZÁMÁRA NYÚJTOTT MENTÁLIS EGÉSZSÉGÜGYI SZOLGÁLTATÁSOK HOZZÁFÉRHETŐSÉGE

Ajánlás: Minden ország elkötelezett egy kiegyensúlyozott ellátási modell követésére.

Makroszinten javasolt intézkedések:

- Egy kiegyensúlyozott mentális egészségügyi ellátás létrehozásakor az alábbi szolgáltatás típusokat tekintik szükségesnek:
 - Egészségügyi alapszolgáltatások az általános mentális problémákkal küszködő személyeknek. Ezen szolgáltatások feladata, hogy eseteket keressenek és értékeljenek, rövid pszichológiai és szociális beavatkozásokat, illetve szociális és gyógyszeres kezeléseket végezzenek.
 - Általános mentális egészségügyi szolgáltatások az összetettebb problémákkal küzdő személyek számára. Az általános mentális egészségügyi szolgáltatások öt elemből épülnek fel: járóbeteg/ambuláns rendelők, közösségi mentális egészségügyi csoportok, akut kórházi ellátás, hosszú távú közösségi alapú bentlakásos gondozás, és a munka és foglalkoztatás támogatása.
 - Szakosított mentális egészségügyi szolgáltatások az általános mentális egészségügyi szolgáltatások öt kategóriája közül mindegyikben az intenzívebb/nagy szakértelmet igénylő beavatkozások biztosítása érdekében (pl.: autizmus, skizofrénia, evési rendellenesség, addikció, súlyos depresszió és öngyilkossági hajlam).
- Egy kiegyensúlyozott ellátási modellen belül a közösségi és a kórházi ellátás is pragmatikus és kiegyensúlyozott módon hozzáférhető és biztosított. Ez azt jelenti, hogy azokban az országokban, ahol sok a bentlakásos szolgáltatás, csökkenteni kell az ágyak számát a több közösségi ellátás és a mentális egészség előmozdításának előnybe részesítése érdekében.
- A kiegyensúlyozottabb ellátás irányába tartó fejlődés együtt jár az alapellátásnak a mentális egészség terén betöltött még fontosabb szerepével. A mentális egészségügyi beavatkozások és kezelések, és a serdülők nem szakosított egészségügyi alapellátása integrálva van. Az utóbbira példa a szexuális egészséggel, a karrier lehetőségekkel és az általános egészséggel kapcsolatos aggodalmak, a haláleset miatti támogatás és a dohányzás ellenes kampányok.
- A szolgálatokat egy regionális hálózat kapcsolja össze, közös küldetést és stratégiát dolgoznak ki és gondoskodnak arról, hogy a szolgáltatásaik kiegészítsék egymást. Nincs átfedés, se hiányosságok.
- A kormányok biztosítják a lépcsőzetes ellátás elveinek alkalmazását.

Mezoszinten javasolt intézkedések:

- A kezelés és a beavatkozás kiválasztása során alkalmazandó vezérelv a lépcsőzetes ellátás:
 - Először megfelelő nem szakosított ellátást kell nyújtani.
 - A serdülőket csak akkor utalják be szakosított ellátásra, ha az szükségesnek tűnik.
 - A szakemberek (különösen az alapellátásban dolgozók) és a szülők is elismerik, hogy nem minden lelki probléma igényel szakosított ellátást és sok mindent el lehet érni az alapellátáson vagy a közösségi ellátáson belül is.

Mikroszinten javasolt intézkedések:

- A háziorvosoknak és egyéb alapellátásban résztvevő szakemberek fel tudják ismerni a mentális problémákat.
- Képesek rövid beavatkozásokat elvégezni és ismerik azokat az értékelési eszközöket, amelyekkel el lehet dönteni, hogy szükség van-e szakosított ellátásra.
- A motivációs interjú és a közös döntéshozatal alapelveit alkalmazzák a kezelés és a beutalás szükségességének meghatározása során.

Ajánlás: A serdülők számára nyújtott mentális egészségügyi szolgáltatások rendelkezésre állása minden arra rászoruló serdülő számára biztosított.

Makroszinten javasolt intézkedések:

- Az országoknak világos áttekintést kell kapniuk a serdülőknek nyújtott mentális egészségügyi szolgáltatások rendelkezésre állásáról. Alapvető fontosságú a kezelési hiányosság azonosítása, ami a serdülők körében előforduló lelki problémák gyakorisága és a megfelelő kezelést kapott serdülők százalékos aránya közötti abszolút különbség.
- Amint meghatározásra kerül a 100,000 serdülőre szükséges mentális egészségügyi intézmények és szakemberek száma, a kormányoknak intézkedniük kell az esetleges kezelési hiányosság megszüntetése érdekében.
- Biztosítani kell az egészségügyi ellátás mindhárom típusának rendelkezésre állását (egészségügyi alapellátások, általános és szakosított mentális egészségügyi szolgáltatások). A kiegyensúlyozott ellátás egyformán rendelkezésre áll az egész országban.

2. A SERDÜLŐK SZÁMÁRA NYÚJTOTT MENTÁLIS EGÉSZSÉGÜGYI SZOLGÁLTATÁSOK MINŐSÉGE

Ajánlás: Minden országban vannak a serdülők igényeinek megfelelő ifjúságbarát szolgáltatások

Makroszinten javasolt intézkedések:

- A kormányok biztosítják, hogy a kiegyensúlyozott ellátáshoz szükséges egészségügyi szolgáltatások három típusa úgy működik, hogy azáltal a serdülők megértve és otthon érzik magukat. A szolgáltatások alkalmazkodnak a fiatalok igényeihez.

Mezoszinten javasolt intézkedések:

- A szolgáltatások rugalmasan igazodnak a (12-24 év közötti) fiatalok életkorához.
- A szolgáltatások könnyen hozzáférhetőek, hogy a serdülők kevés akadályba ütközzenek. Ez a következőket jelenti: kellemes és vonzó környezet, „drop-in” szolgáltatások, megfelelő nyitvatartási idő, szülői engedély nélküli hozzáférés, kedvező árú vagy ingyenes szolgáltatások, rövid várakozási idő, tömegközlekedéshez közeli, kedvező elhelyezkedés, diszkrét bejárat és egy pozitív kép.
- A szolgálatok egyértelmű információt adnak a jogi (bizalmasság) és a gazdasági (megfizethetőség) szempontokról.
- A fiatalok és szüleik aktívan részt vesznek a szolgáltatás megtervezésében, az ellátásban és a szolgáltatással kapcsolatos eljárásokban. Például a serdülőket be lehet vonni a szolgáltatási szabályzat kidolgozásába, ami olyan problémákkal foglalkozik, mint a bizalmasság, a nyitvatartási idő, a kezelési program, a serdülők jogai és az etikai szempontok.
- A szolgálatok pozitív példaképeket vonnak be az ellátásba (pl.: olyan fiatalok, akik korábban hasonló problémákkal küszködtek), mivel az kedvező hatással van a serdülők jólétére. Erre példa a kortársak támogatása, a csoportos terápia, az önszorgító csoportok.
- A szolgálatok garantálják az ellátás folytonosságát annak érdekében, hogy a serdülőket lehetőség szerint ugyanaz a szakemberekből álló csoport kezelje. A szolgálatok megszólítják a serdülőket, hogy megelőzzék a segítségre szoruló serdülők lemorzsolódását, illetve hogy támogatást és kezelést ajánljanak fel nekik.

Mikroszinten javasolt intézkedések:

- A fiatalokkal szembeni barátságos viselkedés egy fontos tulajdonsága a serdülők mentális egészségügyi ellátásával foglalkozó személyeknek. A klinikai készségek mellett fontos, hogy a szakemberek pozitívan álljanak a serdülők életéhez és életviteléhez. Tiszteljék a célcsoportjukat, legyenek motiváltak és őszinték. Könnyen kapcsolatba lehet velük lépni és a serdülők felelősségvállalását növelő, hasznos kapcsolatot lehet velük kiépíteni.

Ajánlás: A serdülők számára nyújtott mentális egészségügyi szolgáltatások magas minőségi követelményeket

Makroszinten javasolt intézkedések:

- A kormányok meghatározzák azokat a minőségi követelményeket, amelyeknek a serdülők számára nyújtott mentális egészségügyi szolgáltatásoknak meg kell felelniük. A releváns mutatók közé tartozik többek közt a szolgáltatás hozzáférhetősége, a szakemberek képessége és szakértelme, illetve a pszichoszociális és az orvosi beavatkozások kiegyensúlyozott alkalmazása. A mutatók kiválasztásához a „User-generated Quality Standards for Youth Mental Health in Primary Care” (Graham és mtsai, 2014) és a „Service Standards” (hetedik kiadás) (Thompson és Clarke, 2015) című kiadványokra hivatkozunk.
- A kormányok értékelési eszközöket fejlesztenek ki a serdülők számára nyújtott mentális egészségügyi szolgáltatások minőségének felméréséhez. Az összehasonlíthatóság érdekében lehetőleg ugyanazokat az eszközöket használják az egyes szolgálatok, régiók és országok.
- Az értékelést egy független finanszírozású kutatási szervezet végzi el. A nem megfelelő szolgálatoknak segítséget ajánlanak fel az ellátás minőségének javítása érdekében.

Ajánlás: Az ellátás során az etikai megfontolásokat és értékeket figyelembe veszik.

Makroszinten javasolt intézkedések:

- Egy etikai bizottság felállítása, amely etikai dilemmák felmerülése esetén visszajelzés ad a szakembereknek.

Mezoszinten javasolt intézkedések:

- A Belmont jelentésben leírt etikai elveknek (autonómia, jótékonyosság, igazságosság) megfelelő szolgáltatások (Michaud és mtsai, 2010).

- A kezelés bizalmasságával kapcsolatos etikai problémák, a serdülők azon jogai, hogy hozzáférhessenek az orvosi leleteikhez, illetve hogy részt vehessenek a kezelésükben világosan körvonalazva vannak a szolgáltatási szabályzatban. Ezt a szabályzatot a serdülőkkel együttműködve fejlesztik ki.

3. A serdülők SZÁMÁRA NYÚJTOTT MENTÁLIS EGÉSZSÉGÜGYI SZOLGÁLTATÁSOK HOZZÁFÉRHETŐSÉGE

Ajánlás: A serdülők számára könnyen hozzáférhetőek a mentális egészségügyi szolgáltatások.

Makroszinten javasolt intézkedések:

- A kormányok és a média intézkedéseket tesz a mentális problémákkal szembeni megbélyegző magatartás legyőzése és a mentális egészségügyi ellátás igénybevétele érdekében. Egy visszatérő téma az, hogy a mentális problémák az élet normális velejárói és a segítségkérés nem a gyengeség jele. A tevékenységek különösen a fiúkra irányuljanak, mivel az ő mentális egészségismeretük fejletlenebb és kevésbé hajlandók segítséget kérni.
- A fiatalok mentális egészséggel és a mentális egészségügyi ellátással kapcsolatos ismereteit bővíteni kell. Ennek érdekében vonzó, könnyen navigálható és olvasható weboldalakot kell biztosítani és a mentális egészségismeretet be kell illeszteni az iskolai tantervbe.

Mezoszinten javasolt intézkedések:

- A szolgálatok információt tesznek közzé az interneten az általuk nyújtott támogatásról. A kommunikáció stílusa vonzó a fiatalok számára és nagyon tényyszerű. A bizalmassággal kapcsolatos aggodalmakkal átlátható módon foglalkoznak.
- A szolgálatok felkeresik a legkiszolgáltatottabb serdülőket kapcsolattartás vagy kapcsolatfelvétel céljából. Ez a csoport szinte soha nem vesz igénybe segítséget önkéntes alapon.

Ajánlás: A mentális egészségügyi kezelés a lehető legjobban integrálva van a nem szakosított alapellátásba.

Mezoszinten javasolt intézkedések:

- A háziorvosok ösztönözve vannak és képzettek a mentális egészségügyi problémák korai szakaszban történő felismerésére. Az ilyen típusú beavatkozás során az élet különböző területeit (otthoni környezet, oktatás, foglalkoztatás, evési szokások, tevékenységek, kábítószer-használat, sexualitás, addiktív viselkedés, öngyilkosság/depresszió, sérülés vagy erőszak jelei) értékelik és gondoskodnak róla, hogy a pszichológiai problémák súlyossága ne legyen alulbecsülve.
- Az ifjúsági klubok a mentális egészséggel kapcsolatos információkkal szolgálhatnak és alapvető támogatást tudnak adni a mentális problémákkal küszködő serdülőknek.

Ajánlás: Az interneten keresztül könnyebben hozzáférhetőek a mentális ellátások a serdülők számára.

Makroszinten javasolt intézkedések:

- Az internetes beavatkozások támogatása a mentális egészségügyi ellátáshoz való jobb hozzáférés biztosítása, a serdülők ellátással kapcsolatos tájékoztatása, a serdülőknek a kezelésbe való aktívabb bevonása és a kezelés utáni gondozás biztosítása érdekében.
- A kormányok minőségi osztályzatokat adnak a weboldalaknak, a webes eszközöknek és az alkalmazásoknak, hogy a serdülők biztosak legyenek abban, hogy egy megbízható és ifjúságbarát weboldalon járnak.

Mikroszinten javasolt intézkedések:

- A szakembereknek tisztában kell lenniük a serdülők számára nyújtott megbízható internetes beavatkozásokkal.
- Az internetes beavatkozásokat lehetőség szerint szakmai támogatással kell kiegészíteni. A terv az, hogy segítsék a serdülőket az online olvasott információt értelmezni és biztosítsák a személyre szabott kezelést.



4. SZEMÉLYKÖZPONTÚ KEZELÉS

Ajánlás: Minden országban vannak a serdülők igényeinek megfelelő ifjúságbaráti szolgáltatások.

Mikroszinten javasolt intézkedések:

- Az értékelés során a szakemberek figyelemmel vannak a serdülő biopszichoszociális működésére is. Figyelnek az egyén pszichológiai problémáira csakúgy, mint az erősségeire és a készségeire.
- A kezelés során a szakemberek bevonják a fiatalokat a döntéshozatalba a közös döntéshozatal elveinek alkalmazásával. A szakemberek egyértelműen közlik, hogy választani kell a lehetőségek közül, részletes, tizenéveseknek szánt tájékoztatást adnak a különböző lehetőségekről és támogatják a serdülőket a preferenciák megismerésében és a választásban.

Ajánlás: Minden serdülő a biopszichoszociális kezelések hatékony kombinációját kapja.

Makroszinten javasolt intézkedések:

- Azokban az országokban, ahol az orvosbiológiai paradigma az egyetlen vagy domináns kezelési modell a kormányoknak lépéseket kell tenni, hogy ösztönözzék a biopszichoszociális paradigma használatát. Ezt például a gyógyszeres kezelés költségének a megtérítésén felül a pszichoszociális beavatkozások költségeinek a megtérítésével lehet elérni.

Mikroszinten javasolt intézkedések:

- A szakemberek a pszichoszociális beavatkozásokat tekintik a kezelés első lépésének. A legáltalánosabbak pszichoszociális beavatkozások a pszichoedukáció és a pszichoterápia, de egyéb beavatkozások is jótékonyak lehetnek, mint a kreatív művészeti foglalkozások, ahol a serdülők kifejezhetik az érzelmeiket (zene, írás, tánc, festés, stb.) vagy a sporttevékenységek. A jelenlegi tényeken alapuló beavatkozásokat tekinti át a „What works for whom” című könyv (Fonagy és mtsai, 2014).
- A pszichoszociális beavatkozások nem csak a gyógyításra és az ellátásra fektetik a hangsúlyt, hanem az ellenálló képességre és a készségek erősítésére is.
- A súlyos mentális betegségek kezeléséhez szükség lehet gyógyszerekre, de csak a pszichoszociális beavatkozásokkal együtt alkalmazva. A szakemberek odafigyelnek a gyógyszerek esetleges túlzott használatára és követik az iránymutatásokat a gyógyszerek felírásakor.
- A hatékonyan bizonyult kezelési, tanácsadási és támogatási stratégiák prioritást élveznek, de az új fejleményekre is nyitottnak kell maradni. Az iránymutatásokat azért használják, mert átfogó képet nyújtanak a jelenleg érvényes tényeken alapuló kezelésekről (pl.: WHO Mental Health Gap Action Intervention Guide, NICE, stb.). A szakemberek a tényeken alapuló beavatkozások egységesített módon való végrehajtásával kapcsolatban a protokollokra is hagyatkoznak.
- A kezelési eredmények rendszeres nyomon követése annak érdekében, hogy meghatározzák a beavatkozások hatékonyságát.

Ajánlás: A serdülők mentális egészségügyi problémáit fejlődési szempontból közelítik meg.

Mikroszinten javasolt intézkedések:

- A gondozók figyelembe veszik a serdülő eddigi fejlődését és a jelenlegi helyzetét befolyásoló fejlődési problémákat és kríziseket. A terv az, hogy teljes mértékben szembe nézzenek a problémákkal és meghatározzák a segítség és a támogatás szükségességét.
- A gondozók elfogadják, hogy a serdülők szükségletei folyamatosan változnak. Az ellátási tervnek ezt követnie kell.

Ajánlás: Minden ellátási terv hidat épít a normális élet irányába.

Mezoszinten javasolt intézkedések:

- Minden kezelési terv elsődleges célkitűzései a felépülés és a társadalomba való beilleszkedés. A szakemberek támogatják a serdülők tanulmányait, lakhatás keresését és foglalkoztatását, illetve hogy bizalomra épülő kapcsolatokat tudjanak kialakítani másokkal, ezáltal teljes mértékben felvállalják a polgári szerepvállalásukat. Ezért nélkülözhetetlen az együttműködés más ágazatokkal.
- Amikor és amennyiben lehetséges az ellátást a serdülő természetes környezetében kell biztosítani. Kórházi ápolás esetén a szakemberek stratégiát dolgoznak ki arra, hogy a serdülőnek kilátása legyen a hazamenetelre.

- A támogatott foglalkoztatás és a támogatott oktatás fontos tényezői a súlyos és tartós mentális betegségekben szenvedő serdülők ellátásának. Ehhez a mentális egészségügyi szolgálatok és a foglalkoztatási és oktatási szolgálatok közötti rendszeres együttműködésre van szükség (Ellison és mtsai, 2015).

Ajánlás: Ha lehetséges a szülőket be kell vonni.

Makroszinten javasolt intézkedések:

- Az országoknak jogszabályokat kell alkotniuk azoknak a szülőknél a jogairól és feladatairól, akiknek a gyermekének szüksége van a serdülők számára nyújtott mentális egészségügyi szolgáltatásra. Mikroszinten javasolt intézkedések.

Mikroszinten javasolt intézkedések:

- A kezelés kezdetekor a szülőket értesíteni kell. A serdülőket ösztönözni kell arra, hogy bevonják a szüleit a kezelésükbe, ha ez pozitív hatással van a jólétükre.
- A szülőknél támogatást kell nyújtani, ha ők maguk is problémákkal küszködnek vagy, ha a serdülő problémái egy rosszul működő kapcsolatban gyökereznek. A családi beavatkozásokkal kapcsolatban egy jó áttekintést adó publikáció hozzáférhető a szakemberek számára (Kaslow és mtsai, 2014).

5. INTEGRÁLT GONDOZÁS

Ajánlás: A kormányok kialakítanak egy közös keretet, ami az összes ágazatot magába foglalja.

Makroszinten javasolt intézkedések:

- A stratégiai szövetségek és az ellátási hálózatok helyi szinten kerülnek megszervezésre. A cél a szakosodás különböző szintjeinek (pl.: elsődleges, másodlagos és negyedleges ellátási szolgálatok) és az ágazatokon belüli hasonló ellátási szinteknek az összekapcsolása (pl.: lakhatás, foglalkoztatás, igazságszolgáltatás, stb.).
- Helyi bizottságok felállítása a szolgálatok közötti hálózatépítés irányítása érdekében.
- A serdülők kezelésében résztvevő szakemberek egyes ágazatok közötti együttműködésekor szükség van pénzügyi ösztönzésre is. Az együttműködés ösztönzése érdekében ki kell hangsúlyozni a közös munka előnyeit vagy támogatni kell az ágazatok közötti foglalkoztatási mobilitást.
- A jelenlegi kezdeményezésekről szóló tájékoztatás egy központi weboldalon olvasható.

Mezoszinten javasolt intézkedések:

- A multidiszciplináris csapatmunka az alapvető elvárás, amelynek csapattagként a háziorvos is részese.
- Az ellátás közös megtervezésének a kezdeményezése. A szakemberekből álló csapat közös ellátási tervvel rendelkezik és a tagok egyetemleges felelősséget éreznek annak végrehajtásáért.
- A szektorok közötti párbeszéd és vita lebonyolításához szükséges helyszín biztosítása.
- Intenzív ügyviteli rendszer kialakítása. Annak a szakembernek a kijelölése, aki minden esetben vállalja a végső felelősséget.
- Konszenzusos megállapodások létrehozása, amelyek kiemelik a partnerek szerepét és felelősségét, és utalnak azokra az eljárásokra és szabályokra, amelyeket kilépés, átmenet vagy konfliktus esetén kell alkalmazni.
- Egy közös infrastruktúra létrehozása a betegekre vonatkozó információk összegyűjtése és az ágazatokon belüli vagy az ágazatok közötti különböző egészségügyi szolgálatok közötti megosztása érdekében.
- Közös képzés szervezése a különböző ágazatok szakemberei számára ezáltal biztosítva a készségek transzdiszciplináris voltát.

6. FIATAL FELNŐTTEK ÁTMENETE A SERDÜLŐKNEK BIZTOSÍTOTT ÉS A FELNŐTTEK SZÁMÁRA NYÚJTOTT MENTÁLIS SZOLGÁLTATÁSOK KÖZÖTT

Ajánlás: A kormányok, a mentális egészségügyi szolgálatok és a szakemberek javítanak a serdülőkkel, illetve a felnőttekkel foglalkozó mentális szolgálatok közötti átmeneten.

Makroszinten javasolt intézkedések:

- A szakpolitikai tervek tartalmazzák az átmeneti ellátás javítását célzó stratégiákat. A Milestone projekt értelmében, a döntéshozóknak szóló iránymutatásokat azért fejlesztették ki, hogy segítse őket a tájékozottságon és a tényeken alapuló döntések meghozatalában az egészségügyi rendszerek javítása érdekében.
- A serdülők, illetve a felnőttek számára nyújtott helyi mentális egészségügyi szolgáltatásokat és az önkéntes szolgáltatásokat rendszeresen feltérképezik és frissítik (pl.: működési kör, kommunikációs hálózatok és kulcsfontosságú kapcsolatok).
- A mentális egészségügyi szakemberek az ellátások közötti átmenet optimalizálásának módjáról szóló képzésen vesznek részt. Az ilyen továbbképzéseken kezelni kell a más szolgálatokhoz való beutalással kapcsolatos negatív hozzáállást, növelni kell az egyéb szolgálatokkal kapcsolatos ismereteket és javítani kell az önhatékonyt és a készségeket. A Milestone projekt részeként Unió-szerte klinikai orvosoknak szánt képzési csomagok kerülnek kidolgozásra és bevezetésre.

Mezoszinten javasolt intézkedések:

- Az átmeneti ellátás javítása érdekében a szolgálatok terveket dolgoznak ki és hajtják végre a serdülők szükségleteivel összhangban. A terven belül egyértelműen meghatározzák az időkeretet és az egyének felelősségét. Létezik egy B-terv arra az esetre, ha a felnőtt mentális egészségügyi szolgálatok vagy a szóban forgó beteg nem egyezik bele az átmenetbe.
- A szolgálatok rugalmasak a betegek életkorát tekintve. Azok a serdülők, akik nem állnak készen a felnőtt szolgálathoz való átmenetre továbbra is a serdülők számára nyújtott szolgálatok biztosítják az ellátást.
- A szolgálatok megpróbálják elkerülni az egyidejű, többszörös átmeneteket, mivel már egy átmenet is sok előkészítő munkát igényel.
- A serdülőkkel, illetve a felnőttekkel foglalkozó mentális egészségügyi szolgálatok egy bizonyos ideig együtt irányítják az átmenetet.
- A felnőtt szolgálatnak aktívan részt kell vennie az átmenetben, mielőtt a serdülőkkel foglalkozó szolgálat elbocsáthatja a beteget.
- A serdülőkkel, illetve a felnőttekkel foglalkozó mentális egészségügyi szolgálatok egységesített nyilvántartási rendszert használnak és átadnak egymásnak minden levelezést és kapcsolattartási információt.
- A felnőtt szolgálatokhoz történő átmenet egy fontos minőségi mutató az ellátás értékelésekor. A Milestone projekt keretében az eredmények elérésére koncentrálnak speciális intézkedéseket dolgoznak ki és hagynak jóvá.

Mikroszinten javasolt intézkedések:

- A szakembereknek jól fel kell készíteniük a serdülőket az átmenet előtti hetekben és az átmenet akkor zajlik le, amikor a serdülő állapota stabil.

7. SZAKEMBEREK KÉPZÉSE

Ajánlás: A kormányok, a mentális egészségügyi szolgálatok és a szakemberek javítanak a serdülőkkel, illetve a felnőttekkel foglalkozó mentális szolgálatok közötti átmeneten.

Makroszinten javasolt intézkedések:

- Oktatásuk során a serdülőkorúak mentális egészségével foglalkozó szakemberek a speciálisan a serdülőket érintő témákkal kapcsolatos képzésen vesznek részt, mint például a serdülők normális fejlődése, a mentális problémák felmérése serdülő esetén, a serdülőkkel való kommunikáció, a közös döntéshozatal, a tényeken alapuló pszichoszociális beavatkozások, az integrált szolgáltatási hálózaton belüli munka, az átmeneti ellátás, illetve a serdülők számára nyújtott mentális egészségügyi ellátásra vonatkozó szakpolitikák és jogszabályok.
- Egységes szabványokat kell kialakítani a serdülőkorúakkal foglalkozó pszichiáterek és pszichológusok oktatási tantervére vonatkozóan Európában.

Mezoszinten javasolt intézkedések:

- Kötelező interdiszciplináris képzések és posztgraduális kurzusok a serdülők számára nyújtott mentális egészségügyi ellátásban dolgozó klinikai orvosok számára.
- Tanulási hálózatok kialakítása a munka melletti folyamatos tanulás ösztönzése érdekében (pl.: ImROC).
- A szolgálatok rendszeresen szerveznek intervíziókat és szupervíziókat.

Ajánlás: Azoknak a szakembereknek a képzése a serdülők mentális egészségével kapcsolatos problémákról, akik csak eseti jelleggel találkoznak mentális problémákkal küszködő fiatalokkal.

Makroszinten javasolt intézkedések:

- A házi orvosokat, a kórházi ápolókat, az iskolai ápolókat, az ifjúsági munkásokat, a közegészségügyi dolgozókat, a szociális munkásokat és a tanárokat érinti. Az alapoktatásuk során a serdülők mentális problémáival foglalkozó kurzusokon kell részt venniük.
- Segélyvonalak és weboldalak hozzáférhetősége. Rendelkezésre állnak a szakemberek számára, amennyiben kérdéseik vagy aggályaik vannak a serdülők mentális egészségével kapcsolatban.

8. MEGELŐZÉS ÉS A MENTÁLIS EGÉSZSÉG ELŐMOZDÍTÁSA

Ajánlás: Az országok akciótervvel rendelkeznek a serdülők mentális egészségügyi problémáinak megelőzésére és a jólét előmozdítására.

Makroszinten javasolt intézkedések:

- Az akciótervek tartalmazzák a védelmi tényezőket (pl.: a megfelelő segítségkereső magatartás ösztönzése, a szülők támogatása a gyermekük felnevelésében, a jó iskolai környezet kialakítása, a mentális egészségismeret növelése, stb.) megerősítését célzó beavatkozásokat és a kockázatos magatartásokat (pl.: zaklatás, szegénység, szülői erőszak, szerabúzus, stb.) kezelő beavatkozásokat. Ezek az intézkedések kifejezetten a veszélyeztetett fiatalokat és a családjukat célozzák meg.
- Nagymértékben ajánlott a más országokban bevált stratégiák és beavatkozások alkalmazása.
- A média fontos szerepet játszhat a megbélyegzés felszámolásában és az információ terjesztésben.

Mezoszinten javasolt intézkedések:

- Az egészségügyi dolgozók felkeresik azokat a veszélyeztetett serdülőket, akik általában kimaradnak a látókörből. Olyan helyeket keresnek fel, ahol a fiatalok eltöltik az idejüket (például állomások, terek, parkok, nyilvános sport létesítmények, pubok) és meghívják őket, hogy látogassanak el a szolgálatukhoz vagy szükség esetén a helyszínen adnak nekik támogatást.
- Bizonyos programok ezeknek a veszélyeztetett serdülőknek támogatják az egyéni fejlődését és integrációját. Itt a speciális eseményekre és csoportos foglalkozásokra gondolunk (pl.: a természet megtisztítása a környezet védelméért, nyilvános épületeken elvégzett kis helyreállítási munkák, a szegények segítése, szomszédokkal való időtöltés, pénzgyűjtés, stb.). Ezáltal növelhetjük a serdülők felelősségvállalását, mert így megtanulják, hogyan vegyenek részt valamiben sikeresen, hogyan vállaljanak felelősséget, hogyan építsenek társadalmi kapcsolatokat, stb.
- A szülők támogatása azzal kapcsolatban, hogy hogyan kezeljék a gyermekük mentális problémáit. A weboldalak segíthetik a szülőket a mentális problémák felismerésében és megmutathatják, hogy mit kell tenniük ahhoz, hogy a gyermekük legjobb érdekét szolgálva járjanak el.

Ajánlás: Az iskolák kulcsfontosságú szerepet töltenek be a mentális jólét előmozdításában.

Makroszinten javasolt intézkedések:

- A tanárok alapképzést kapnak a serdülők mentális egészségéről, a mentális egészség előmozdításáról és a mentális problémák megelőzéséről és felismeréséről.
- A mentális egészséggel foglalkozó órák beillesztése a serdülők tantervébe. Az órákon olyan témákkal foglalkoznak, mint az ellenálló képesség növelése, mások tisztelete, a szociális készségek, a nehéz helyzetek kezelése, az érzelmek kinyilvánítása, a segítségkérő magatartás előmozdítása és fiatalok felelősségvállalásának növelése.
- Az iskolákban egészségügyi ellenőrzéseket lehet szervezni a mentális ellátásra szoruló tanulók kiszűrése érdekében. A SEYLE (Saving and Empowering Young Lives in Europe) projekt keretében kifejlesztésre került egy iskolai professzionális szűrési eljárás. Azonban, ha egy országban nincsenek megfelelő mentális egészségügyi szolgáltatások, akkor a szűrőprogramoknak káros hatása is lehet, mert olyan ellátás iránti igényt alakítanak ki, ami nem áll rendelkezésre.

Mezszinten javasolt intézkedések:

- A mentális egészséggel foglalkozó szakemberek (iskolai tanácsadók) az iskolákban adnak tanácsot a tanároknak és/vagy közvetlen támogatást a serdülőknek.
- Az iskolák együttműködhetnek az iskolán kívül dolgozó mentális egészséggel foglalkozó szakemberekkel is. Például a külsős szakemberek hetente egyszer felkereshetik az iskolát.
- A mentális egészséggel foglalkozó órákat a gondozó tanárok vagy az egészségügyi oktatók tarthatják, de vendéglőadónak meg lehet hívni mentális egészséggel foglalkozó szakembereket is. Továbbá az óráknak inkább interaktívnak kell lenniük, hogy növeljék az ismereteket és formálják a hozzáállást és a készségeket. A tanároknak figyelniük kell a zaklatás esetleges jeleire, amelyek felmerülhetnek az ilyen foglalkozások során.
- Az iskoláknak különös figyelmet kell fordítani a kockázatos viselkedési formákra (pl.: szerabúzus, szenzációhajhászás, a média túlzott használata, önkárosítás, bűnözés és iskolakerülés), amelyek nagymértékben összefüggnek a mentális problémákkal. Ezekben az esetekben az iskolai tanácsadó megpróbál kapcsolatba lépni a serdülővel, hogy kiderítse, mi történik.
- Az iskoláknak akciótervet kell készíteniük a zaklatás kezelésére. Ez fontos lépés a mentális problémák megelőzése szempontjából.

9. SZAKPOLITIKA ÉS JOGI KERETEK

Ajánlás: Az országok akciótervvel rendelkeznek a serdülők mentális egészségügyi problémáinak megelőzésére és a jólét előmozdítására.

Makroszinten javasolt intézkedések:

- Új szakpolitikák, jogszabályok és keretek megtervezéséhez referenciául szolgál az Emberi Jogok Egyetemes Nyilatkozata és a gyermekek jogairól szóló egyezmény.
- A kormányoknak el kell ismerniük, hogy a serdülők számára nyújtott mentális ellátás minősége kiemelt prioritású és a serdülőknek sajátos igényeik vannak.
- A WHO egy iránymutató csomagot hozott létre az országoknak, amelyben ismerteti azokat a sikeres lépéseket, amelyeket a döntéshozóknak meg kell tenni a serdülők mentális egészségügyi ellátására vonatkozó szakpolitikák és tervek kialakítása és végrehajtása érdekében (WHO, 2005).
- A serdülők és szüleik szorosan közreműködnek a szakpolitikák és tervek kialakításában. A szakpolitikákat értékelni kell. Például a WHO-nak a mentális egészségre vonatkozó szakpolitikákat értékelő ellenőrző listájának alkalmazásával (WHO, 2009). Az eredményeket meg kell osztani más európai országokkal is, hogy tanuljanak egymástól.
- A kormányok egyértelmű jogszabályokat dolgoznak ki azzal kapcsolatban, hogy a serdülők hogyan tudnak segítséget kérni a szüleik engedélye nélkül, a fiatalok azon jogáról, hogy részt vehessenek a kezelési tervükkel kapcsolatos döntésekben, a szülők jogairól és feladatairól, a távollattási eljárásokról (habár ezeket csak a feltétlenül szükséges mértékben szabad alkalmazni), a betegnyilvántartásokba való regisztrációról és az azokhoz való hozzáférésről, és az e-egészség használatáról.

Ajánlás: A kormányok elegendő pénzügyi forrást fordítanak a serdülők mentális egészségére.

Makroszinten javasolt intézkedések:

- A szakpolitikai tervekben egyértelműen láthatóvá kell tenni, hogy általában a bruttó nemzeti össztermék hány százalékát fordítják a mentális egészségre, illetve konkrétan a serdülők mentális egészségére.
- A mentális egészségügyre fordított összeget egyenlőben mértékben kell elosztani a felnőttek, a gyermekek és a serdülők számára nyújtott mentális egészségügyi ellátások között. A serdülők számára nyújtott mentális egészségügyi ellátás finanszírozását növelni kell, ezáltal a mentális problémákat már korai szakaszukban fel lehet ismerni. Ez megakadályozza az összetett mentális problémák kialakulását felnőttkorban, amelyek sokkal költségesebb és hosszantartóbb kezelést igényelnek.
- A kormányoknak törekedniük kell a pénzügyi források növelésére, hogy a serdülők számára magas színvonalú mentális egészségügyi ellátást lehessen biztosítani.

10. KUTATÁS

Ajánlás: Az epidemiológiai adatok alapvető fontosságú szerepet töltenek be a figyelemfelkeltésben és a döntéshozók támogatásában.

Makroszinten javasolt intézkedések:

- A kormányok magas színvonalú adatrögzítő rendszerekbe fektetnek az adminisztratív adatok begyűjtése érdekében. Az egységesített értékelési eszközökre jó példa az InterRAI Community Mental Health és az InterRAI Mental Health. Ezeknek a rendszereknek a bevezetése időigényes az adatok bevitele és a felhasználók képzése miatt.
- Együttműködésre építő epidemiológiai kutatásokat lehet szervezni az EU országai között (pl.: az ESEMeD vizsgálat (European Study of the Epidemiology of Mental Disorders)).
- Ez a projekt kifejezetten a serdülők mentális egészségével foglalkozik különleges és kiszolgáltatott célcsoportok esetén (például menekültek, roma serdülők, stb.).
- A más ágazatok által összegyűjtött, a serdülők problémáival (pl.: a lemorzsolódási arány, a fiatalok bűnözése és a szexuális zaklatás) kapcsolatos adatokat is érdemes tanulmányozni.

Mikroszinten javasolt intézkedések:

- A kutatási központoknak biztosítaniuk kell az epidemiológiai eredmények egyértelmű és életszerű közlését a döntéshozókkal és a nyilvánossággal, és ezáltal az eredmények felhasználását.





HIVATKOZÁSOK

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). HEEADSSS 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.

Rytälä-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., Vernooy, 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.

KÖSZÖNJÜK MINDEN RÉSZTVEVŐNEK, HOGY HOZZÁJÁRULT AZ ADOCARE PROJEKTHEZ

BELGIUM: 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.

CSEHORSZÁG: Papezova H.

ÉSZTORSZÁG: Haldre L.

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

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

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

GÖRÖGORSZÁG: Kanellopoulos A. - Katideniou A. - Lazaratou H.

MAGYARORSZÁG: Balazs J. - Kapornai K. - Kiss E. - Vetro A.

ÍRORSZÁG: Arensman E.

OLASZORSZÁG: 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.

LETTORSZÁG: Ancane G.

LITVÁNIA: Kuriene A. - Lesinskiene S. - Leskauskas D. - Petruyte J. - Puras D. - Sajeveciene J. - Zinkeviciute J. - Ziobiene E.

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

SZLOVÉNIA: Kumerscak H.

SPANYOLORSZÁG: Bilbao A. - Blanco Presas M. - De la Rica J.A. - Gabilondo A. - García 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.

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

SVÁJC: Forestier A. - Michaud P.-A.

HOLLANDIA: Stiphout C. - Ooijen B.

EGYESÜLT KIRÁLYSÁG: Anderson Y. - Badrick G. - Bond J. - Caan W. - Davis K.-L. - Dubicka B. - Edwards A. - Hodgkins 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.



