



MENTALE GEZONDHEIDSZORG IN EUROPA: stand van zaken, aanbevelingen en richtlijnen door het ADOCARE*

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

BRUSSEL

DECEMBER 2015



COLOFON

*ADOCARE: Dienstencontract SANCO/2013/C1/005 - S12.668919

De Europese Unie vertegenwoordigd door de Europese Commissie, DG Gezondheid en Consumentenbescherming
Directoraat-Generaal - Directoraat C - Volksgezondheid

Het consortium Action for Teens (aisbl - inpo) - LUCAS (onderzoekscentrum van de Leuven)

ADOCARE Team:

Action for Teens (aisbl - inpo):

Martine De Clerck (projectcoördinator)
Isabelle De Schrijver (projectcoördinator)
Marta Mateos (projectassistent)
Dr. Jean-Paul Matot (projectdirecteur)
Christine Vandermeulen (financieel directeur)

LUCAS KU Leuven:

Prof. Dr. Chantal Van Audenhove, Ph D. (onderzoeksdirecteur)
Dr. Evelien Coppens, Ph D. (onderzoekskoördinator)
Dr. Jeroen Knaeps, Ph D. (wetenschappelijk medewerker)
Iona Vermet (wetenschappelijk medewerker)
Kevin Agten (administratieve ondersteuning)
Lut Van Hoof (administratieve ondersteuning)

Het ADOCARE-netwerk van deelnemers (zie pagina 38/39)

Copyrights:

© European Union, 2015.

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

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

Disclaimer:

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

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

www.adocare.eu

**ADOCARE: dienstencontract met de Europese Commissie tot toepassing van een voorbereidende actie met betrekking tot de oprichting van een EU-netwerk van experts in het domein van aangepaste zorg voor adolescenten met mentale gezondheidsproblemen, dienstencontract SANCO/2013/C1/005 - S12.668919.*

INHOUDSOPGAVE

WOORD VOORAF	4
Samenvatting	7
1. Inleiding	7
2. Stand van zaken m.b.t. de mentale gezondheid van adolescenten in Europa	8
3. Organisatie en typologie van de MGZA	9
4. Beschikbaarheid en kwaliteit van de MGZA	9
5. Strategieën om de beschikbaarheid van de MGZA te verbeteren	10
6. Strategieën om de kwaliteit van de MGZA te verbeteren	11
7. Preventie van mentale gezondheidsproblemen en bevordering van het mentale welzijn	18
8. Beleidslijnen en wettelijke kaders in verband met de MGZA	19
Richtlijnen en aanbevelingen	23
1. Beschikbaarheid van de diensten voor MGZA	24
2. Kwaliteit van de diensten voor MGZA	25
3. Toegankelijkheid van de diensten voor MGZA	26
4. Op de persoon toegespitste behandeling	27
5. Geïntegreerde zorg	28
6. Overgang van de MGZ-diensten voor adolescenten naar de MGZ-diensten voor volwassenen	29
7. Opleiding van professionele zorgverleners	29
8. Preventie en bevordering van mentale gezondheid	30
9. Beleidslijnen en wettelijke kaders	31
10. Onderzoek	33
Referenties	37



WOORD VOORAF

Elke adolescent heeft het recht om op te groeien tot een gezonde en verantwoordelijke volwassene die in staat is om volledig deel te nemen aan de maatschappij en een gelukkig leven te leiden. Jammer genoeg heeft één op de vijf adolescenten te maken met ten minste één psychologisch probleem. Vandaag vinden jonge mensen en hun families geen aangepaste behandeling en ondersteuning, deels omdat de kwaliteit en de beschikbaarheid van Mentale Gezondheidszorg voor Adolescenten (MGZA) niet beantwoorden aan de noden en vragen van jonge mensen (WGO, 2005).

In 2009 werd het Europese netwerk, Action for Teens, opgericht om te kunnen inspelen op deze dringende nood aan aangepaste, geïntegreerde en multidisciplinaire zorg voor adolescenten met mentale gezondheidsproblemen.

In December 2013 tekende Action for Teens, in een consortium met LUCAS, een dienstencontract van twee jaar met de Europese Commissie, ADOCARE genoemd, voor een groot EU-netwerk van expertise om de oprichting van aangepaste en innovatieve zorgstructuren voor adolescenten met mentale gezondheidsproblemen te bevorderen.

De algemene missie van het ADOCARE-project is gericht op de verbetering van MGZ voor adolescenten in Europese lidstaten door:

- het verzamelen van de meest recente en relevante informatie, ideeën en inzichten over MGZA.
- het evalueren van de kwantiteit en kwaliteit van MGZA-diensten in tien deelnemende lidstaten.
- het uitwerken van richtlijnen en aanbevelingen voor overheden en diensten ter verbetering van de MGZA.
- het oprichten van een innovatief, crosssectoraal, samenwerkend netwerk van Europese experts in het domein van de MGZA.
- het bewustmaken en aanmoedigen van landen om MGZA te verbeteren of te organiseren.

In de praktijk bestond het ADOCARE-project uit twee werkpakketten. Werkpakket 1 omvatte alles in verband met het onderzoek en de eerste drie doelstellingen. Werkpakket 2 omvatte alles in verband met het verzamelen van informatie en expertise via het netwerk, communicatie, bewustmaking, competentieverwerving, en verspreiden en aanpakken van de laatste twee doelstellingen.

Dit document omvat de samenvatting van de belangrijkste inzichten die werden bijeengebracht door het ADOCARE-project in antwoord op de onderzoeksvragen. Op basis van de bevindingen van het onderzoek worden richtlijnen en aanbevelingen geformuleerd voor de beleidsmakers (macroniveau), de diensten (middenniveau) en de professionele zorgverleners (microniveau) bij hun poging om de MGZA in hun land te verbeteren.



SAMENVATTING

1. INLEIDING

In Europa heeft 15 tot 20% van de adolescenten ten minste één psychologisch of gedragsprobleem, en er bestaat een reëel risico dat mentale gezondheidsproblemen tijdens de adolescentie ook voortduren wanneer ze volwassen zijn of zelfs chronische problemen worden (WGO, 2005). Er wordt vanuit gegaan dat ongeveer de helft van de mentale gezondheidsproblemen bij volwassenen beginnen tijdens de adolescentie (Kessler et al., 2007a; Patel, Flisher, Hetrick & McGorry, 2007). Mentale gezondheidsproblemen hebben niet alleen een weerslag op jonge adolescenten en hun omgeving, maar ze hebben ook diepgaande gevolgen voor hun sociale ontwikkeling en de wereldeconomie (Sawyer et al., 2012). Een jaarlijks verlies van 4% van het Europese BNP wordt in verband gebracht met de gevolgen van mentale gezondheidsproblemen (door absentie, verminderd presteren op het werk enz.) (LSE, 2012).

Jonge mensen en het netwerk dat hen ondersteunt, slagen er vandaag vaak niet in om gepaste hulp te vinden voor mentale gezondheidsproblemen. Dit is vooral te wijten aan het gebrek aan faciliteiten voor gespecialiseerde mentale gezondheidszorg (MGZ). Zoals ook benadrukt door de WGO hebben adolescenten andere zorgen nodig dan volwassenen en kinderen omdat ze midden in hun ontwikkelingsproces zitten (WGO, 2002). Adolescenten bijvoorbeeld hebben meer informatie en psychosociale steun nodig (Gulliver, Griffiths & Christensen, 2010) en – in hun ogen – is de ethos van de zorgdiensten belangrijker dan de technische kwaliteit ervan (WGO, 2002). Er zijn een aantal problemen waardoor adolescenten ervoor terugschrikken om hulp te vragen. Deze omvatten algemene of zelfstigmatiserende attitudes tegenover mentale problemen, bezorgdheid over de betrouwbaarheid van de diensten omtrent de verstrekte zorg, beperkte toegang (bijv. tijd, vervoer, kosten) en hun algemene gebrek aan kennis over de mentale gezondheidsdiensten (Gulliver et al., 2010).

Alle adolescenten hebben het recht om op te groeien tot gezonde en verantwoordelijke volwassenen die (zowel sociaal als economisch) volledig kunnen deelnemen aan het maatschappelijk leven. Om dit te bereiken is dringende actie nodig. Tien jaar geleden verklaarde de WGO dat lidstaten van de Europese Unie adolescenten die hulp nodig hebben aangepaste MGZ op maat moeten geven. De lidstaten moeten meer bepaald zorgen voor “aan de leeftijd aangepaste MGZ (d.w.z. primaire en gespecialiseerde diensten voor gezondheids- en sociale zorgen) die werken als geïntegreerde netwerken” (WGO, 2005).

Missie en doelstellingen van ADOCARE

ADOCARE stelde zich tot algemeen doel om in de Europese Unie een netwerk van experts op te zetten met het oog op aangepaste en innovatieve zorgstructuren voor adolescenten met mentale gezondheidsproblemen. Dit netwerk van experts had algemeen tot doel om onderzoek te doen en zich te richten op het stimuleren van bewustwording, uitwisseling en overleg, competentieverwerving, en activiteiten voor verspreiding en bevordering.

Voor deze missie:

- verzamelde ADOCARE relevante informatie, innovatieve ideeën en inzichten over mentale gezondheidszorgen voor adolescenten (MGZA).
- evalueerde ADOCARE de beschikbaarheid en kwaliteit van deze diensten voor MGZA in de deelnemende lidstaten.
- ontwikkelde ADOCARE richtlijnen en aanbevelingen voor overheden en diensten ter verbetering van de MGZA.
- organiseerde ADOCARE een innovatief samenwerkend netwerk van Europese onderzoekers, psychiaters, psychologen, beleidsmakers, zorgverleners en zorggebruikers over de sectoren heen om de ervaring en expertise in het domein van de MGZA te centraliseren.
- stimuleerde ADOCARE het bewustzijn, organiseerde uitwisseling en overleg, competentieverwerving, verspreiding en promotie.

In de praktijk werd het ADOCARE-project in twee werkpakketten opgesplitst. Werkpakket 1 omvatte alles wat verband hield met het onderzoek en richtte zich op de eerste drie doelstellingen. Werkpakket 2 omvatte alles wat verband hield met het verzamelen van informatie en expertise via netwerking, communicatie, bewustwording, competentieverwerving en verspreiding, en richtte zich op de laatste twee doelstellingen.

ADOCARE-netwerk

Bij het onderzoek van ADOCARE waren tien landen betrokken: België, Finland, Frankrijk, Duitsland, Hongarije, Italië, Litouwen, Spanje, Zweden en het VK. Het was daarbij de bedoeling om vertegenwoordigers van de verschillende Europese regio's samen te

brengen: de Britse Eilanden, Oost-Europa, het Middellandse Zeegebied, de Noorse landen en West-Europa. Vandaag bestaat het netwerk uit 239 stakeholders met verschillende profielen uit de deelnemende lidstaten: onderzoekers, beleidsmakers, overheidsvertegenwoordigers, directeuren en managers van mentale gezondheidsdiensten, psychologen, psychiaters, verpleegkundigen, professionele zorgverleners, jongeren, familieleden enz.

Activiteiten voor bewustwording en competentieverwerving

Om de bewustwording over de noodzaak van geïntegreerde MGZA en om de uitwisseling van kennis en expertise tussen de verschillende stakeholders te bevorderen en competentie te verwerven, organiseerde ADOCARE verschillende evenementen tijdens welke experts met multidisciplinaire achtergronden en ouder- en jongerenorganisaties werden samengebracht: 2 conferenties op hoog niveau, 4 workshops. De waardevolle veldinformatie en expertise die tijdens deze evenementen werden verzameld, werden daarna toegepast in het ADOCARE-onderzoek.

ADOCARE nam ook actief deel aan verschillende evenementen, georganiseerd door derden, om informatie over het project te verspreiden en geïntegreerde MGZA te promoten.

Onderzoeksdoelstellingen

Met zijn onderzoek beoogt ADOCARE om de meest recente en relevante informatie, ideeën en inzichten over MGZA te verzamelen en een antwoord te geven op de volgende onderzoeksvragen:

- Hoe staat het algemeen met de mentale gezondheid van adolescenten in Europa? Kunnen kwetsbare groepen worden geïdentificeerd?
- Hoe wordt de MGZA in Europa georganiseerd?
- Hoe beschikbaar zijn de diensten voor MGZA in de deelnemende lidstaten en hoe goed is de kwaliteit van deze diensten voor MGZA?
- Welke zijn de strategieën om zowel de beschikbaarheid als de kwaliteit van de diensten voor MGZA te verbeteren?
- Welke zijn de strategieën ter voorkoming van mentale gezondheidsproblemen en hoe kan men het geestelijk welzijn van adolescenten bevorderen?
- Welke beleidlijnen en wettelijke kaders voor MGZA bestaan er in de deelnemende lidstaten?

Onderzoeksmethode

Er werd op verschillende manieren informatie verzameld. Daarbij werd een combinatie gemaakt van wat beschikbaar is in de vakliteratuur, uit enquêtes, panelbesprekingen en workshops met verschillende stakeholders (d.w.z. beleidsmakers, professionele zorgverleners, experts en eindgebruikers). Zo werden meer bepaald relevante verslagen en artikels over MGA en MGZA bestudeerd om onderzoeksinstrumenten en procedures te ontwikkelen voor de ADOCARE-onderzoeksactiviteiten en om antwoorden te vinden op de onderzoeksvragen. Er werden verschillende onderzoeken uitgevoerd bij vijf verschillende stakeholdergroepen in de 10 deelnemende lidstaten: beleidsmakers, experts, professionele zorgverleners, adolescenten met mentale gezondheidsproblemen, en jongeren en hun omgeving in het algemeen. De vragenlijsten waren gericht op:

- het verzamelen van informatie over bestaande beleidlijnen en wettelijke kaders voor MGZA, de organisatie van MGZA en de opleiding van professionele zorgverleners;
- het opsporen van beste praktijken en instellingen voor geïntegreerde zorg voor adolescenten met mentale gezondheidsproblemen;
- het identificeren van sterke en zwakke kanten van de MGZA;
- het evalueren van de kwantiteit en kwaliteit van de diensten voor MGZA;
- het onderzoeken van de noden van jonge mensen met mentale gezondheidsproblemen.

Bovendien vonden er tijdens de eerste conferentie op hoog niveau twee plenaire besprekingen plaats waar ideeën, opinies en inzichten over MGZA in Europa werden gedeeld. Daarna volgden vier workshops van twee dagen over heel Europa met vier verschillende groepen van stakeholders (beleidsmakers, experts, professionele zorgverleners en eindgebruikers). Tijdens de workshops werd gefocust op hoofdthema's, doelstellingen en aanbevelingen die opgenomen dienden te worden in de definitieve richtlijnen.

2. Stand van zaken m.b.t. de mentale gezondheid van adolescenten in Europa

Algemene stand van zaken m.b.t. de mentale gezondheid van adolescenten

In het algemeen heeft één op vier tot vijf adolescenten in een willekeurig jaar ten minste één mentale stoornis. De meest voorkomende stoornissen bij adolescenten zijn: angststoornissen (31,9%), gedragsstoornissen (19,1%), stemmingsstoornissen (14,3%) en verslavingsstoornissen (11,4%) (Kessler et al., 2007a; Kessler et al., 2007b; Paus, Keshavan, & Giedd, 2008). Een recente studie van vakliteratuur over de mentale gezondheid van jongeren met 19 epidemiologische studies in 12 landen toont een gedeeltelijke toename van gevallen van mentale gezondheidsproblemen bij adolescenten in de voorbije tien jaren

(Bor, Dean, Najman, & Hayatbakhsh, 2014). Problemen met externalisering lijken stabiel, waar problemen met internalisering lijken toe te nemen – vooral bij meisjes. Deze ongelijkheid tussen de seksen kan worden gelinkt aan verschillende factoren. Meisjes zijn eerder blootgesteld aan seksualisering (d.w.z. beschouwd worden als seksobjecten en beoordeeld op fysieke en sexy kenmerken). Zij ondervinden meer en meer druk om zowel op school als in hun privéleven succesvol te zijn. Bovendien worden ze blootgesteld aan veranderende media en culturele verwachtingen (Bor et al., 2014; Carli et al., 2014). Daarbij dient opgemerkt te worden dat het recente verhoogde bewustzijn en de erkenning van mentale gezondheidsproblemen bij adolescenten mogelijk heeft bijgedragen tot deze gedeeltelijke stijging (Bor et al., 2014).

Bij vele volwassenen met een mentale stoornis begonnen de problemen tijdens de kindertijd of de adolescentie, meestal op de leeftijd tussen 12 en 24 (Paus et al., 2008). Voor de helft van de mensen die voldeden aan de criteria voor een belangrijke DSM-IV diagnose op de leeftijd van 26, werd de eerste diagnose gesteld op de leeftijd tussen 11 en 15, en bij bijna 75% van hen werd de diagnose gesteld vóór de leeftijd van 18 (De Girolamo, Dagani, Purcell, Cocchi, & McGorry, 2012). Psychiatrische stoornissen die begonnen in de kindertijd of tijdens de adolescentie lijken in de meeste gevallen ook ernstiger van aard. Daarom is het van cruciaal belang om mentale gezondheidsproblemen in een vroeg stadium vast te stellen zodat de behandeling kan starten vóór de problemen escaleren (De Girolamo et al., 2012). Volgens een studie, uitgevoerd door Patton samen met collega's (2014), heeft een doeltreffende behandeling tijdens de adolescentie niet alleen invloed op de duur van vroege mentale gezondheidsepisodes maar vermindert deze later ook de morbiditeit.

Onderzoek toont aan dat adolescenten en jongvolwassenen met een psychiatrische stoornis geen aangepaste zorg of helemaal geen behandeling krijgen (Copeland et al., 2015; Farmer, Burns, Phillips, Angold, & Costello, 2003; Horwitz, Gary, Briggs-Gowan, & Carter, 2003; Leslie, Rosenheck, & Horwitz, 2001). Volgens een studie gaat slechts 18 tot 34% van de jonge mensen met een ernstige depressie of angstsymptoom op zoek naar professionele hulp (Gulliver et al., 2010). Volgens een recentere studie kreeg slechts de helft van de adolescenten die voldeden aan de DSM-IV diagnostische criteria een behandeling in de voorbije drie maanden. Bij jongvolwassenen is de situatie zelfs nog erger, amper één op drie krijgt een behandeling (Copeland et al., 2015). Er zijn verschillende barrières waardoor de MGZA weinig toegankelijk is: (verwachte/waargenomen) stigma, gebrek aan steun van de ouders, structurele en culturele gebreken binnen de bestaande zorgsystemen. De maatschappij lijkt zich duidelijk niet te realiseren hoe belangrijk de mentale gezondheid van adolescenten is en investeert dus niet voldoende in de MGZA (McGorry, Goldstone, Parker, Rickwood, & Hickie, 2014). Bovendien gaan weinig adolescenten op zoek naar hulp en staan ze dus weigerachtig tegenover MGZ (Breland et al., 2014).

3. Organisatie en typologie van de MGZA

Alhoewel de organisatie van mentale gezondheidszorgen voor kinderen en adolescenten zeer heterogeen is in de EU-lidstaten kunnen we toch in het algemeen de volgende vier types van diensten onderscheiden: (1) residentiële zorg (ziekenhuis of elders), (2) dagverzorging, (3) thuisverzorging en dienstverlening, en (4) ambulatoire zorg (Remschmidt & Belfer, 2005). In Europa verschilt de invloed van private psychiatrische praktijken voor kinderen en adolescenten sterk van land tot land en volgens lokale omstandigheden. Verder bestaat er een tendens om gespecialiseerde diensten te organiseren met hooggekwalificeerde zorgverleners voor een beperkte reeks van meer complexe stoornissen. Op dit ogenblik wordt een toenemend aantal diensten en behandelingen geëvalueerd, maar er is meer vooruitgang nodig. Alhoewel de samenwerking tussen de diensten verbetert, is er nog altijd onvoldoende coördinatie en integratie van de zorgverlening (Remschmidt & Belfer, 2005).

4. Beschikbaarheid en kwaliteit van de MGZA

In het ADOCARE-project beoordeelden experts op de Likert-schaal met 5 punten zowel de beschikbaarheid als de kwaliteit van de volgende vier types van diensten voor MGZA in 10 Europese landen: (1) residentiële zorg, (2) dagverzorging, (3) thuisverzorging en dienstverlening, en (4) ambulatoire zorg.

Beschikbaarheid van de MGZA

Buiten Hongarije en Litouwen hebben alle deelnemende lidstaten diensten voor MGZ die speciaal gericht zijn op adolescenten. De beschikbaarheid van deze faciliteiten wordt evenwel gezien als ondermaats. In vele landen is de dienstverlening ofwel gericht op kinderen of op volwassenen. Weinig diensten zijn uitsluitend gericht op adolescenten. In het algemeen wordt de beschikbaarheid van elk van de vier types diensten voor MGZA beoordeeld van zeer ondermaats tot ondermaats, matig en onduidelijk. Finland waar de vier types een goede beoordeling kregen, vormt daarbij de enige uitzondering. Deze resultaten bevestigen eerdere bevindingen dat de Europese lidstaten nog een lange weg af te leggen hebben (Remschmidt & Belfer, 2005). Bovendien verschilt binnen een land de beschikbaarheid van de diensten voor MGZA sterk van regio tot regio: in bepaalde gebieden zijn de vraag en beschikbaarheid van zorg redelijk in evenwicht, waar in andere gebieden de vraag de beschikbaarheid overstijgt.

Kwaliteit van de MGZA

De bevindingen van de studie tonen dat de kwaliteit van de MGZA wordt beoordeeld als goed tot zeer goed in België, Finland, Frankrijk, Duitsland en Hongarije.

In Italië en Zweden vonden de experts het moeilijk om de kwaliteit van de dienstverlening te bepalen. In Litouwen, Spanje en

het VK werd de kwaliteit beoordeeld als middelmatig tot ondermaats. Litouwse experts verklaarden dat het biomedische paradigma in hun land nog steeds domineert waardoor de kwaliteit van de diensten voor MGZA in gevaar komt. Deze situatie houdt aan omdat het Litouwse systeem voor ziekteverzekering afkerig staat tegen het dekken van psychosociale tussenkomsten. Ook binnen de landen verschilt de kwaliteit van de dienstverlening sterk.

5. Strategieën om de beschikbaarheid van de MGZA te verbeteren

Evenwichtige zorg

Binnen een uitgebreid mentaal gezondheidssysteem moet een evenwichtig zorgmodel worden uitgebouwd. Dit is een netwerk met verschillende soorten faciliteiten voor MGZ zodat iedereen toegang krijgt tot een type zorg dat overeenstemt met zijn voorkeuren en noden (Thornicroft & Tansella, 2013; Thornicroft & Tansella, 2004). Meer bepaald worden de volgende types dienstverlening beschouwd als noodzakelijk:

- Primaire gezondheidsdiensten voor mensen met veel voorkomende mentale gezondheidsproblemen. Deze diensten voeren casestudies en evaluaties uit, kortstondige psychologische en sociale tussenkomsten, en ook sociale en farmacologische behandelingen.
- Algemene diensten voor MGZ voor mensen met meer complexe problemen die bestaan uit vijf onderdelen: niet-residentiële zorg/ambulatoire ziekenhuizen, gemeenschapsteams voor mentale gezondheid, acute residentiële zorg, langdurige gemeenschapsgerichte residentiële zorg en ondersteuning bij het werk en de bezigheid.
- Een reeks gespecialiseerde diensten voor MGZ in elk van de vijf categorieën algemene diensten voor MGZ gericht op intensievere / deskundige tussenkomsten (bijv. autisme, schizofrenie, eetstoornis, verslaving, ernstige depressie en zelfmoordneigingen).

Een evenwichtig zorgmodel veronderstelt ook dat zowel gemeenschaps- als ziekenhuiszorg beschikbaar zijn en dat deze op een pragmatische en evenwichtige manier worden verstrekt (Thornicroft & Tansella, 2004; Thornicroft & Tansella, 2013). Dit betekent dat in landen met vele residentiële diensten het aantal bedden moet dalen in het voordeel van meer gemeenschapsgerichte zorg en bevordering van de mentale gezondheid.

De evolutie naar een meer evenwichtige zorg gaat hand in hand met een grotere rol voor primaire zorg in de mentale gezondheidssector. Huisartsen en andere eerstelijnsdiensten worden bijvoorbeeld aangemoedigd om adolescenten met mentale gezondheidsproblemen te herkennen, te beoordelen en te beheren (Vallance, Kramer, Churchill, & Garralda, 2011). Op deze manier worden de principes van gefaseerde zorg frequenter toegepast. Volgens deze principes worden algemene psychologische tussenkomsten, monitoring en evaluatie verstrekt in de primaire zorg en wordt pas overgegaan naar een meer gespecialiseerde zorg wanneer dit nodig is (Silva & de Almeida, 2014).

Behandeling in primaire zorg

Tijdens het ADOCARE-onderzoek gaven zowel de professionele zorgverleners als de adolescenten aan dat jonge mensen soms te snel worden doorverwezen naar gespecialiseerde diensten. Professionele zorgverleners en ouders moeten zich ervan bewust zijn dat niet alle mentale gezondheidsproblemen gespecialiseerde zorg vragen en dat primaire en gemeenschapsgerichte zorg een gepaste behandeling kunnen bieden. Opdat deze aanpak evenwel succes zou hebben, moet worden voldaan aan twee voorwaarden: (1) primaire zorgverleners zijn goed opgeleid, en (2) er zijn gespecialiseerde diensten beschikbaar voor eventuele doorverwijzing. Evaluatietools voor primaire zorgverleners kunnen hen mogelijk helpen om te beoordelen of gespecialiseerde zorg al dan niet nodig is. De overheden kunnen de primaire mentale gezondheidszorg stimuleren en onnodig gebruik van gespecialiseerde zorg ontmoedigen.

Epidemiologische en administratieve gegevens

Epidemiologische gegevens vertellen ons iets over de invloed van problemen met de MGA, de noden van adolescenten inzake mentale gezondheid, en het gebruik van de diensten voor MGZ door adolescenten. Deze gegevens zijn noodzakelijke informatie voor overheden om de nood aan diensten in hun (sub)regio's te beoordelen en ze geven inzicht in een mogelijke behandelingskloof (Wittchen & Jacobi, 2005). Verder maken ze de beleidsmakers bewust van de prioriteiten en helpen ze hen om programma's, tussenkomsten en diensten te organiseren om deze kloof aan te pakken en in te spelen op de noden (Wittchen & Jacobi, 2005).

Toch houden overheden om drie redenen zelden rekening met epidemiologische bevindingen. Ten eerste zijn epidemiologische gegevens vaak niet aangepast voor een doeltreffend beleid en een doeltreffende planning van de dienstverlening (Bielsa, Braddick, Jané-Llopis, Jenkins, & Puras, 2010; Patton et al., 2012; Wittchen & Jacobi, 2005). Vele gegevens zijn gebaseerd op administratieve documenten en deze gegevens zijn vaak onvolledig (de gegevens omvatten niet alle types van diensten voor MGZ of alle regio's in een land), onbetrouwbaar (de gegevens worden niet behoorlijk ingevoerd in de systemen) en moeilijk te linken (verschillende diensten gebruiken verschillende gegevenssystemen). Ten tweede beschikken vele landen niet over de financiële of menselijke middelen om deze gegevens te analyseren. Ten derde komen de bevindingen uit dit epidemiologisch onderzoek meestal niet 'terecht' bij de overheden omdat ze niet duidelijk worden meegedeeld aan de beleidsmakers en het publiek in het algemeen (ADOCARE, 2015).

Het verzamelen van administratieve gegevens over de dienstgebruikers via goed uitgewerkte (bij voorkeur internationale) systemen voor gegevensregistratie en het analyseren van deze gegevens kan alleen maar worden aangemoedigd. De InterRAI Community Mental Health en de InterRAI Mental Health zijn voorbeelden van bekende internationale gestandaardiseerde evaluatietools voor klinische medici die respectievelijk werken in gemeenschapsgerichte diensten voor mentale gezondheid en in residentiële psychiatrische diensten.

Behandelingskloof

De beperkte beschikbaarheid van diensten voor MGZ voor adolescenten vormt in de meeste landen een probleem. Om de beschikbaarheid te verbeteren moet eerst de behandelingskloof worden gekwantificeerd. Deze wordt gedefinieerd als "het absolute verschil tussen de reële invloed van mentale gezondheidsproblemen bij adolescenten en het behandelde deel van adolescenten met mentale gezondheidsproblemen" (Kohn, Saxena, Levay, & Saraceno, 2004). Daartoe zijn de epidemiologische gegevens van essentieel belang.

Van zodra het vereiste aantal faciliteiten voor MGZA en het vereiste aantal professionele zorgverleners per 100.000 adolescenten is bepaald, kunnen de overheden een budget bepalen en alles doen wat nodig is om de kloof te dichten. Daarbij moeten de overheden er ook voor zorgen dat de vier types van diensten voor MGZ in een evenwichtig zorgmodel minimaal beschikbaar zijn.

6. Strategieën om de kwaliteit van de MGZA te verbeteren

Kwaliteit van de zorg kan worden beschouwd als een complexe en multidimensionale constructie die wordt gedefinieerd volgens de verschillende intergerelateerde dimensies: toegang tot de dienstverlening, relevantie van de nood, doeltreffendheid, billijkheid, sociale aanvaardbaarheid, efficiëntie en economie (Maxwell, 1992). Het onderzoek door het ADOCARE-netwerk van experts reikt verschillende strategieën aan om de kwaliteit van MGZA te verbeteren.

Een ontwikkelingsaanpak

Adolescentie is een levensfase die wordt gekenmerkt door overgang. Dit vereist een ontwikkelingsaanpak waarbij wordt erkend dat elke adolescent verschillende en veranderende noden heeft afhankelijk van de leeftijd, de mate aan maturiteit en de context (Remschmidt, 2001; Remschmidt & Belfer, 2005). Professionele zorgverleners moeten dus voldoende kennis hebben over de (sociale, mentale, fysieke) ontwikkelingsfase van de adolescenten, en worden verondersteld vertrouwd te zijn met de socioculturele omgeving waarin de jongeren vandaag leven (bijv. hun interesses en zorgen, wat ze in hun vrije tijd doen) om een gepersonaliseerd behandelingsplan op te stellen. Bovendien moeten professionele zorgverleners zich ervan bewust zijn dat elke klinische diagnose en alle geëvalueerde noden constant veranderen, aangezien adolescenten in een korte tijdperiode snel veranderen (WGO, 2005). Het behandelingsplan moet worden gezien als een werk in uitvoering.

Vroege opsporing van mentale gezondheidsproblemen

Bij adolescenten worden mentale gezondheidsproblemen vaak pas ontdekt wanneer ze beginnen te escaleren. Soms delen adolescenten hun zorgen en problemen niet graag met volwassenen. Adolescentie is namelijk een periode waarin jonge mensen autonomer worden, de dingen op hun eigen manier willen doen en bepaalde dingen voor zichzelf houden. Adolescenten zullen aan professionele zorgverleners ook vaker slaapproblemen melden dan psychologische problemen. Daarom onderschatten deze laatste soms de ernst van de psychologische problemen en/of schrijven ze deze toe aan slaapproblemen.

Kortom, professionele zorgverleners moeten goed opgeleid zijn en informatie inwinnen over de volgende gebieden: thuisomgeving, opleiding en tewerkstelling, eten, activiteiten (met vrienden), drugs, seksualiteit, zelfmoord/depressie, en beschermd tegen verwondingen en geweld (Cappelli et al., 2012; Klein, Goldenring, & Adelman, 2014). Deze gebieden kunnen gemakkelijk onthouden worden met de Engelse afkorting "HEEADSSS" (Home environment, Education and employment, Eating, (peer-related) Activities, Drugs, Sexuality, Suicide/depression, and Safety from injury and violence). Op het internet bestaat er een webtool voor professionele zorgverleners om de gebieden van HEADSSS te evalueren.

Bovendien moeten de professionele zorgverleners opgeleid zijn om een reële band op te bouwen met de adolescenten, om mogelijke mentale gezondheidsproblemen te ontdekken, en om de signalen van lichte aandoeningen, die mogelijk voorafgaan aan een ernstige pathologie, te herkennen (ADOCARE, 2015).

Bio-psychosociale aanpak

Adolescenten met mentale gezondheidsproblemen hebben een gepaste en doeltreffende combinatie van psychosociale en medische behandelingen nodig voor hun complexe en veelzijdige noden (mentale, sociale, fysieke en functionele noden) (Remschmidt, 2001; Remschmidt & Belfer, 2005).

Psychosociale tussenkomsten worden in het algemeen beschouwd als de professionele eerstelijnsbehandeling (Bohlin & Mijumbi, 2015). Psychosociale tussenkomsten omvatten een veelheid aan tussenkomsten, met inbegrip van hulp in de sociale situatie (zoals financiële ondersteuning, onderwijs, tewerkstelling en huisvesting), psychologische opvoeding, coaching en advies, en informatie of opleiding. Elke tussenkomst is gericht op een beter gedrag, algemene ontwikkelingsvaardigheden en specifieke levensvaardigheden en dit zonder het gebruik van medicatie (Reichow, Servili, Yasamy, Barbui, & Saxena, 2013; Uitterhoeve et al., 2004). Psychologische

opvoeding is een cruciale psychosociale tussenkomst. Vooral de psychologische opvoeding van de ouders heeft bewezen voordelig te werken: daardoor verhoogt de kennis van de ouders omtrent de symptomen en problemen, wordt een beter gebruik van de gepaste diensten gestimuleerd, worden de vaardigheden om problemen op te lossen versterkt, met positieve emoties in de familiale interacties tot gevolg (Lucksted, McFarlane, Downing, & Dixon, 2012). Psychotherapie vormt ook een belangrijke tussenkomst bij het behandelen van ernstige mentale gezondheidsproblemen. Een kritisch overzicht van empirisch onderbouwde psychotherapieën voor kinderen en adolescenten is te vinden in het boek "What Works for Whom" (Fonagy et al., 2014).

Soms vereisen ernstige mentale stoornissen medicatie. Doorheen het hele ADOCARE-onderzoeksproject werd evenwel vaak vermeld dat dokters voor bepaalde types mentale gezondheidsproblemen al te snel hun toevlucht nemen tot medicatie. Voor sommige stoornissen is men het niet eens over het gebruik van medicatie: welk soort medicatie is geschikt, op welk ogenblik van de behandeling begint men best met medicatie, wat is de optimale dosering enz. (Bohlin & Mijumbi, 2015). Professionele zorgverleners moeten zich bewust zijn van het belang van een gepast gebruik van medicatie en zij moeten nieuw materiaal over de doeltreffendheid van dergelijke medicatie bestuderen. Verder wordt aanbevolen dat medicatie wordt gecombineerd met psychotherapie en/of andere psychosociale tussenkomsten en moeten de huidige geneeskundige richtlijnen worden gevolgd (bijv. British Association for Psychopharmacology, the NICE guidelines on mental health, "What works for whom", Fonagy et al., 2014).

Op het internet gebaseerde tussenkomsten

Recent werden er een groot aantal e-gezondheidstussenkomsten, op het internet gebaseerde tussenkomsten en mobiele applicaties (d.w.z. m-gezondheid) ontwikkeld. Vele adolescenten zitten elke dag op internet, dit medium heeft dus een enorm potentieel om te informeren over de mentale gezondheidszorg, om de toegang tot zorg te verhogen, om hen actiever te betrekken tijdens de behandeling (follow-up, planning, bijkomende ondersteuning, informatie enz.), om nazorg te starten en een op het internet gebaseerde behandeling te geven. (Price et al., 2014). Vandaag bestaan er verschillende op het internet gebaseerde mentale gezondheidstools voor depressie, angst en de preventie van zelfmoord bij kinderen, adolescenten en jongvolwassenen. Over de doeltreffendheid daarvan is men het evenwel niet eens. Er is zeker meer onderzoek nodig (Boydell et al., 2014; Reyes-Portillo et al., 2014; Ye et al., 2014). Tijdens het ADOCARE-onderzoek wezen adolescenten erop dat een kwaliteitslabel voor websites en app's nuttig zou zijn. Ze vinden dat het niet aan hen is om uit te zoeken of een website of app te vertrouwen is of niet. Een ander punt dat ze aan de orde stelden was dat professionele ondersteuning van essentieel belang is om hen te helpen de informatie op het internet te interpreteren en een gepersonaliseerde behandeling te garanderen.

Gedeelde besluitvorming (GBV)

Zoals bepaald in de Conventie van de Rechten van het Kind hebben adolescenten het recht om mee te beslissen over zaken die op hen betrekking hebben. Adolescenten bevestigden dit tijdens het ADOCARE-onderzoek: "Jonge mensen moeten actief worden betrokken bij de beslissingen over hun behandeling – niets mag zonder hen over hen worden beslist." De professionele zorgverleners van het ADOCARE-netwerk argumenteerden aan de andere kant dat de maturiteit van een adolescent bepaalt in welke mate deze betrokken kan worden bij beslissingen over de behandeling.

Het ADOCARE-netwerk beveelt een opleiding in GBV aan. Professionele zorgverleners moeten leren om adolescenten optimaal te betrekken bij het bepalen van de behandelingsdoelstellingen en het kiezen van de geschikte tussenkomsten. In de klinische praktijk omvat GBV een driestappenmodel. Tijdens de eerste stap, een keuzegesprek, komt aan bod dat er keuzes gemaakt moeten worden. Tijdens de tweede stap, het optiegesprek, wordt gedetailleerde informatie gegeven over de mogelijke opties. De derde stap, het beslissingsgesprek, steunt de patiënten bij het nemen van een beslissing (Elwyn et al, 2012). Dit lukt natuurlijk alleen als de klinische medicus bereid is om de jonge mensen mee te laten beslissen, als hij de GBV-vaardigheden op een flexibele manier toepast en vertrouwen toont in de jonge mensen (Abrines-Jaume et al. (2014). Onnodig te zeggen dat een wederzijdse overeenstemming niet altijd mogelijk is, bijvoorbeeld wanneer een ziekenhuisopname onvermijdelijk is uit veiligheidsoverwegingen en de adolescent daarover een andere mening heeft.

Empirisch onderbouwde praktijken (EOP's)

EOP's kunnen worden gedefinieerd als "practices that are consistently science-informed, organised around client intentions, culturelely sensitive, and that continually monitor the effectiveness of interventions through reliable measures of the adolescent and caregivers' responses, contextualised by the events and conditions that impact on treatment" (Fonagy et al., 2014, p. 4) (praktijken die consistent gebaseerd zijn op wetenschappelijke informatie, georganiseerd rond de intenties van de cliënt, cultureel gevoelig, en die voortdurend de doeltreffendheid van de tussenkomsten controleren door middel van betrouwbare metingen van de reacties van adolescenten en zorgverleners, in de context van de gebeurtenissen en voorwaarden die invloed hebben op de behandeling). Zoals bepaald door de WGO (2013), zal het gebruik van EOP's door professionele zorgverleners leiden tot diensten van goede kwaliteit voor mentale gezondheid aangezien EOP's betere resultaten geven dan niet-EOP's (Weisz et al., 2013). Professionele zorgverleners kunnen richtlijnen gebruiken die een overzicht bieden van de bestaande empirisch onderbouwde tussenkomsten voor de behandeling van verschillende soorten mentale gezondheidsproblemen (Hopkins, Crosland, Elliott, & Bewley, 2015). In het VK zijn de NICE-richtlijnen (National Institute for Health and Care Excellence – Nationaal Instituut voor uitmuntendheid van de gezondheid en zorg) een bron van informatie voor de klinische medici bij het omgaan met specifieke voorwaarden voor adolescenten. Voor landen met lage en gemiddelde inkomsten, ontwikkelde de WGO (2010) de Mental Health

Gap Action Intervention Guide (mhGAP-IG / Gids voor actie/tussenkomst m.b.t. de mentale gezondheidskloof). Deze gids geeft een overzicht van empirisch onderbouwde tussenkomsten om een aantal prioritaire voorwaarden te beheren (bijv. depressie, psychose, bipolaire stoornissen, epilepsie, ontwikkelings- en gedragsstoornissen bij kinderen en adolescenten).

Ondanks het feit dat er vele EOP's beschikbaar zijn, melden professionele zorgverleners van het ADOCARE-netwerk dat deze onvoldoende worden gebruikt. Dit komt door het feit dat het moeilijk is om EOP's in de praktijk om te zetten. Professionele zorgverleners aarzelen vaak tussen het aanbieden van een flexibele en gepersonaliseerde behandeling enerzijds, en het aanbieden van gestandaardiseerde tussenkomsten overeenkomstig een welbepaald protocol anderzijds. Het is dan ook een goed idee om meer ondersteuning te geven over hoe EOP's toe te passen op een gestandaardiseerde maar toch gepersonaliseerde manier. EOP's terzijde gelaten, benadrukten professionele zorgverleners dat er ook rekening moet worden gehouden met veelbelovende en innovatieve tussenkomsten – ook als deze nog niet werden gevalideerd.

Betrokkenheid van de ouders

De professionele zorgverleners van ADOCARE erkennen dat de ouders cruciale partners zijn in het netwerk van een jongere. Als norm zouden professionele zorgverleners de ouders van zodra en zo vaak ze dat kunnen, moeten informeren en bij de zorg betrekken. Bij het opstarten van een behandeling is dit een van de eerste punten om te bespreken met de adolescent. Algemeen moet een gezond evenwicht worden verkregen tussen respect voor de privacy van de adolescenten en de betrokkenheid van ouders en familie.

Familieleden – en in het bijzonder ouders – die samenleven met een adolescent met mentale gezondheidsproblemen ervaren immers vaak ook zelf problemen (Vermeulen, Lauwers, Spruytte, & Van Audenhove, 2015, <http://caringformentalgezondheid.org>). Soms ontdekken professionele zorgverleners ook dysfunctionele relaties binnen de familie. Daarom is het belangrijk om ook de familie van de adolescent te ondersteunen ook wanneer de adolescenten niet willen dat hun ouders erbij betrokken worden. De bespreking van Kaslow, Broth, Oyeshiku en Collins (2014) geeft een overzicht van doeltreffende familiegerichte preventieprogramma's, psychotherapieën en psychologisch-opvoedkundige tussenkomsten. Onderzoek bevestigt dat het betrekken van de familie bij de therapie gunstig is voor de adolescenten (Young & Fristad, 2015).

Continuïteit, integratie en coördinatie van de zorg

Continuïteit van de zorg wordt gedefinieerd als de kwaliteit van de zorg in de tijd gezien zowel vanuit het perspectief van de patiënt als van de zorgverlener (Gulliford, Naithani, & Morgan, 2006). Dit omvat zowel continuïteit over een lange periode (d.w.z. ononderbroken reeksen contacten gedurende een langere periode) en crosssectionale continuïteit (d.w.z. coherentie van de tussenkomsten tussen en binnen verschillende dienstverleners) (Bruce & Paxton, 2002; Thornicroft & Tansella, 1999).

Continuïteit van de zorg heeft ook nauw te maken met geïntegreerde zorg die wordt gedefinieerd als: "a coherent set of methods affecting funding, administrative, organisational, service delivery and clinical niveaus designed to create connectivity, alignment and collaboration within and between different sectors" (Kodner & Spreeuwenberg, 2002) (een coherente reeks methodes met betrekking tot financiering, administratie, organisatie, dienstverlening en klinische niveaus om te komen tot connectiviteit, afstemming en samenwerking binnen en tussen de verschillende sectoren). Het is heel belangrijk om adolescenten met mentale gezondheidsproblemen geïntegreerde zorg te bieden. Jonge mensen hebben veelal meervoudige noden (psychologische, medische, sociale, opvoedkundige, m.b.t. hun aanleg). Zij hebben een reeks diensten nodig die na elkaar of gelijktijdig worden verleend door meerdere zorgverleners die vaak tewerkgesteld worden door verschillende faciliteiten in verschillende sectoren. Om zorg van hoge kwaliteit te kunnen bieden, moeten deze verschillende niveaus van zorgverlening geïntegreerd worden.

Om continuïteit van de zorg en geïntegreerde zorg in de praktijk om te zetten zijn strategieën op verschillende niveaus nodig, gaande van het macro- tot het microniveau (Gröne & Garcia-Barbero, 2001; Kodner & Spreeuwenberg, 2002; Mur-Veeman, Hardy, Steenberg, & Wistow, 2003; Thornicroft & Tansella, 2003; Valentijn, Schepman, Opheij, & Bruijnzeels, 2013). Op macroniveau wordt integratie sterk bepaald door de bredere organisatie van de mentale gezondheidsdiensten en door de manier waarop overheidsafdelingen en ministeries opteren hetzij voor een gemeenschappelijk of voor een afzonderlijk kader voor de betrokken sectoren (WGO, 2005). Spijtig genoeg verhinderen wetgevende en financieringssystemen veelal de gecoördineerde zorgverlening. De samenwerking is vaak gebaseerd op ad-hocafspraken gemaakt door klinische medici. Het is dan ook belangrijk om de overheden hierop te wijzen zodat ze kunnen zorgen voor een geschikt kader voor samenwerking. Het is hun taak om de voordelen van samenwerking te benadrukken en de angsten en weerstand van de mensen tegen verandering aan te pakken. Samenwerkingsactiviteiten zoals vergaderingen met professionele zorgverleners uit verschillende organisaties die betrokken zijn bij de behandeling kunnen worden vergoed. Tot de andere strategieën behoren het oprichten van lokale comités om de kwaliteit van de zorgverlening te controleren, om de samenwerking tussen de diensten te sturen en om de informatie over de verschillende initiatieven te centraliseren op een website (WGO, 2005).

Op middenniveau kunnen de diensten voor MGZ en de professionele zorgverleners de coördinatie en samenwerking bijvoorbeeld verbeteren door diensten op dezelfde plek te organiseren of samen te voegen, door gezamenlijke opleidingsprogramma's te organiseren om gedeelde ervaring op te doen, en door een gemeenschappelijke gegevensinfrastructuur op te zetten om patiënteninformatie te verzamelen en te delen. Multidisciplinair teamwerk kan worden vergemakkelijkt door een gezamenlijke zorgplanning zodat het team van professionele zorgverleners een gemeenschappelijk zorgplan heeft en zich verantwoordelijk voelt voor de toepassing ervan en door het opzetten van intensief casemanagement (d'Amour et al., 2008; WGO, 2013). Volgens de

experten van het ADOCARE-netwerk is het aan de professionele zorgverleners om de zorg te coördineren en te integreren. Dit is zeker niet de verantwoordelijkheid van de adolescent of zijn ouders.

De overgang van MGZ A naar MGZ –diensten voor volwassenen

In Europa maken vele landen een verschil tussen MGZ voor kinderen/adolescenten enerzijds en MGZ voor volwassenen anderzijds. Dit betekent dat mensen met mentale gezondheidsproblemen in hun vroege leven – op een bepaald punt van hun zorgtraject – overgedragen kunnen worden van MGZ-diensten voor kinderen/adolescenten naar MGZ-diensten voor volwassenen. Tijdens deze overgang raakt men jonge mensen vaak kwijt door de lage kwaliteit van de overgangszorg (Singh et al., 2010a; Singh et al., 2010b). De belangrijkste hinderpalen voor de overgang zijn: systeemfragmentatie, gebrek aan leiderschap, gebrek aan prioritering van deze doelgroep, slechte communicatie, stigma, een kloof tussen de praktijk en het beleid, gebrek aan studies, gebrek aan gemeenschappelijke overgangsprotocollen, en een algemeen gebrek aan informatie over de diensten (Paul, Street, Wheeler, & Singh, 2014; Royal College of Psychiatrists, 2013). De overgang mislukt ook vaak omdat klinische medici van MGZ-diensten voor adolescenten niet doorverwijzen of de diensten voor volwassenen weigeren om doorverwijzingen te aanvaarden of jonge mensen afwijzen die niet de eerste gemaakte afspraak nakwamen (Paul et al., 2013). Toch zijn niet alle hinderpalen voor de kwaliteit van de overgangszorg gelinkt aan het systeem van de dienstverlening. De overgang kan ook mislukken omdat de jongere de doorverwijzing naar diensten voor volwassenen weigert (Paul et al., 2013).

De onderbreking van de zorg omwille van de overgang heeft een negatieve weerslag op de gezondheid en het welzijn van adolescenten, dit is dus een zaak van de hoogste prioriteit. De TRACK-studie (Singh et al., 2010) geeft de volgende aanbevelingen om de overgangszorg te verbeteren:

- Bij het ontwikkelen en toepassen van protocollen ter verbetering van de overgang, staan de noden van de adolescent centraal bij elk besluit dat wordt genomen. Om dit te bereiken, dienen een aantal basisregels te worden nageleefd. Het tijds kader en ieders verantwoordelijkheid worden duidelijk gedefinieerd. Adolescenten worden goed voorbereid. Er is een reserveplan voor het geval de MGZ-diensten voor volwassen de overgang niet kunnen aannemen. Tenslotte moeten de diensten flexibel zijn wanneer het gaat om de leeftijd van de cliënten.
- Een adolescent schakelt over naar een dienst voor volwassenen op een ogenblik dat zijn/haar toestand stabiel is. De diensten vermijden meervoudige, gelijktijdige overgangen. MGZ-diensten voor adolescenten en volwassenen werken nauw samen, hetzij over de diensten heen of ze voorzien periodes van parallelle zorg. De dienst voor volwassenen wordt actief betrokken vóór de dienst voor adolescenten een jongere laat gaan. De diensten hebben nood aan een gestandaardiseerd archiveringssysteem zodat ze gemakkelijk alle briefwisseling en contactinformatie kunnen doorsturen.
- Lokale MGZ-diensten voor adolescenten en volwassenen en vrijwillige diensten worden in kaart gebracht en regelmatig bijgewerkt (het bereik van hun werking, communicatienetwerken en belangrijkste contacten).
- Professionele zorgverleners begrijpen best op welke manier deze zorgovergang goed wordt uitgevoerd. Tijdens opleidingen worden problemen aangepakt als doorverwijzingen naar andere diensten, en vergroot de kennis over de andere diensten met focus op de eigen efficiëntie en vaardigheden.
- Beleidsplannen omvatten strategieën om de overgangszorg te verbeteren.
- Er worden vier criteria gebruikt om de overgang te evalueren: de opgemerkte continuïteit van de zorg, parallelle zorg, een vergadering om de overgang te plannen, en overdracht van informatie.

Het Milestone-project (d.w.z. Managing the Link and Strengthening Transition from Child to Adult Mental Health Care (beheren van de link en versterken van de overgang van mentale gezondheidszorg voor kinderen naar volwassenen), een samenwerkingsonderzoeksproject gefinancierd door de Europese Commissie) werkt op dit ogenblik nieuwe modellen uit voor overgangszorg voor EU-diensten en test deze. Meer bepaald worden specifieke maatregelen voor de overgang uitgewerkt en gevalideerd, en richtlijnen voor betere zorg en resultaten en opleidingspakketten voor klinische medici (De Girolamo, 2014).

Bruggen naar de reële wereld

Tijdens het ADOCARE-onderzoek benadrukten de adolescenten dat elke tussenkomst – toch op een bepaald punt – een connectie zou moeten hebben met de reële wereld: “Het is belangrijk om bruggen te bouwen tussen de wereld van de therapie en de reële wereld”. In het geval van een ziekenhuisopname moeten professionele zorgverleners dus onmiddellijk strategieën uitwerken om een adolescent opnieuw te integreren in de maatschappij. Bijvoorbeeld, een adolescent helpen zijn school/opleiding af te maken, goede huisvesting te vinden of een goede job en om een vertrouwensrelatie op te bouwen met anderen, de buitenwereld binnen te brengen in de wereld van de residentiële zorg (bijvoorbeeld door een activiteit waar ook burens, vrienden aan kunnen deelnemen).

Een open instelling

Jonge mensen maken zelden vrijwillig gebruik van klinische diensten. Daarom is het zo belangrijk voor professionele zorgverleners om plekken te bezoeken waar jonge mensen rondhangen, zoals koffiebars, populaire sportplaatsen of plaatsen waar thuisloze adolescenten tijdelijk verblijven (ADOCARE, 2015). Dergelijke open instelling is ook een waardevolle manier om de interesses en noden van adolescenten te bepalen.

Wanneer men zich open instelt is het ook van essentieel belang om eerst en vooral te focussen op jongeren met andere problemen. Zij worden vaak verwaarloosd door professionele zorgverleners, aangezien de meesten niet voldoen aan de criteria voor programma's die gericht zijn op specifieke doelgroepen.

Ethische overwegingen

In het algemeen moet elke dienst de drie belangrijkste ethische principes volgen, zoals uiteengezet in het Belmont-rapport (Michaud, Berg-Kelly, Macfarlane, & Benaroyo, 2010): het principe van autonomie (d.w.z. individuen worden behandeld als autonome personen en mensen met een verminderde autonomie hebben recht op bescherming); het principe van liefdadigheid (d.w.z. doe geen kwaad, verminder het kwaad en maximaliseer de mogelijke voordelen); en het principe van rechtvaardigheid/bilijkheid (d.w.z. zorg ervoor dat de middelen voor iedereen gelijk toegankelijk zijn). Bovendien wordt in de Barcelona-verklaring voorgesteld dat in de klinische zorg ook andere belangrijke waarden tegenwoordig moeten zijn, zoals participatie, waardigheid, integriteit, vertrouwelijkheid en kwetsbaarheid (Michaud et al., 2010). Dergelijke principes moeten duidelijk opgenomen zijn in dienstencharters die worden opgesteld samen met de adolescenten. Bovendien moeten voor wat zorg en behandeling betreft ethische dilemma's onmiddellijk en in overleg worden aangepakt aangezien elke situatie anders en uniek is. Tijdens dit proces moeten professionele zorgverleners toegang hebben tot feedback van een objectief ethisch comité dat bestaat uit professionele zorgverleners en experts (Michaud et al., 2010).

Genderongelijkheden

Onderzoek toont aan dat adolescente jongens minder weten over mentale gezondheid en diensten voor MGZ, en minder geneigd zijn om deze diensten te gebruiken (Chandra et al., 2006). Naar verluidt zijn zij minder geneigd om hulp te zoeken uit vrees om als zwak te worden gezien. Bovendien vinden ouders het moeilijk om mentale gezondheidszorg te aanvaarden voor hun zonen, het is gemakkelijker voor hen wanneer hun dochters hulp nodig hebben. Genderverschillen kunnen worden aangepakt door een betere opleiding inzake mentale gezondheid en door diensten voor MGZ te voorzien in de middelbare school. Het is duidelijk dat we de ouders actief moeten betrekken als we de stigmatiserende houding tegenover jongens willen verminderen (Chandra et al., 2006). Het is ook belangrijk te melden dat de op gender gebaseerde verschillen tegenover de nood aan behandeling niet werden vermeld tijdens het ADOCARE-onderzoek en we ook er geen verwijzingen naar vinden in de vakliteratuur. We kunnen er dus terecht van uitgaan dat een gepersonaliseerde aanpak waarbij rekening wordt gehouden met de noden van elke individuele cliënt ook gendergericht zal zijn.

Opleiding en scholing

Opdat professionele zorgverleners efficiënter en met een grotere gevoeligheid zouden reageren op de noden van adolescenten moeten zij een degelijke opleiding en scholing krijgen (WGO, 2002). Dit betekent dat professionele zorgverleners in de mentale gezondheidssector die werken met adolescenten (d.w.z. adolescentenpsychiaters en -psychologen) een specifieke opleiding moeten krijgen over onderwerpen als: wetgeving en beleidslijnen inzake MGA; normale en problematische ontwikkeling van adolescenten en specifieke psychopathologische problemen; diensten voor MGZA; communicatie en gedeelde besluitvorming met adolescenten en hun familieleden; empirisch onderbouwde psychosociale tussenkomsten; aspecten in verband met coördinatie, samenwerking en overgangszorg; evaluatie van mentale gezondheidsproblemen bij adolescenten.

De resultaten van het ADOCARE-onderzoek tonen aan dat het beroep van adolescentenpsychiater slechts in 5 van de 10 deelnemende lidstaten bij wet is erkend (Finland, Duitsland, Hongarije, Italië en Litouwen). Het beroep van adolescentenpsycholoog is nergens formeel erkend als een afzonderlijk beroep. Het is belangrijk om te vermelden dat in Europa de onderwijs- en opleidingsprogramma's voor professionele zorgverleners in de mentale gezondheidssector sterk verschillen en verlopen volgens andere normen (Union Européenne des Médecins Spécialistes, 2014). Het is dus moeilijk om ze te vergelijken. Een gemeenschappelijk EU-model voor de scholing en opleiding van professionele zorgverleners en teams in MGZA zou dus kunnen helpen zonder voorbij te gaan aan de plaatselijke onderwijsnoden. De European Federation of Psychiatric Trainees (EFPT) en de Union of European Medical Specialists (UEMS) hebben elk aanbevelingen geformuleerd voor opleidingsprogramma's voor psychiaters in het algemeen en voor kinder- en adolescentenpsychiaters in het bijzonder.

Professionele zorgverleners die een meer algemene opleiding krijgen en alleen te maken krijgen met MGA-problemen wanneer ze in een specifieke inrichting tewerk worden gesteld, moeten een opleiding krijgen over MGA-problemen als onderdeel van hun basisopleiding. Of ze zouden kunnen kiezen voor een diepgaande opleiding in een postgraduaat. In dit verband denken we aan huisartsen, ziekenhuisverpleegkundigen, schoolverpleegkundigen, jongerenwerkers, volksgezondheidswerkers, maatschappelijk werkers en leraren.

Jeugdriendelijke diensten voor MGZ en personeel

Vaak zijn de planning van de diensten en de houding van de professionele zorgverleners niet bijzonder aangepast aan de ontwikkelings- en culturele noden van jongeren (Ambresin et al., 2013; Breland et al., 2014; McGorry, Bates, & Birchwood, 2013; Tylee et al., 2007). Met het oog op een betere toegankelijkheid, bilijkheid en aanvaardbaarheid moeten de diensten en het personeel jeugdriendelijker worden. Verschillende studies hebben zich gericht op het onderzoek van de vereisten voor jeugdriendelijke gezondheidsdiensten en professionele zorgverleners (Ambresin et al., 2013; Harper, Dickson, & Bramwell, 2014; McGorry et al., 2013; Tylee et al., 2007; WGO, 2002). Ook binnen het ADOCARE-onderzoek werd een dergelijk onderzoek uitgevoerd, specifiek gericht op de vereisten van jeugdriendelijke diensten voor MGZ. Aan adolescenten werd gevraagd hoe een jeugdriendelijke dienst eruit moet zien en welke kwaliteiten een professionele zorgverlener moet bezitten. We geven hierna de resultaten:

- Actief betrekken van de jongeren bij de planning van de dienst, zorgverlening (bijv. ondersteuning van gelijken, groepstherapie, zelfstandige groepen), evaluatie en monitoring van een dienst (Bielsa et al., 2010). In sommige diensten worden adolescenten betrokken bij het opstellen van het dienstencharter inzake vertrouwelijkheid, de openingsuren, het behandelingsprogramma, de rechten van de adolescenten, ethische aspecten enz.
- Gemakkelijk toegankelijk zijn zodat de adolescenten weinig barrières ondervinden. Dit omvat dagdiensten, gemakkelijke openingsuren, toegang zonder toestemming van de ouders, goedkope of gratis diensten, korte wachttijden, gemakkelijk gelegen in de buurt van openbaar vervoer, beschikbaarheid van e-gezondheidstools, een aantrekkelijke en warme omgeving, discrete ingang, positief imago.
- Investeren in activiteiten/communicatie die de bewustwording verbeteren (brochures, posters, website enz.) en versterken van de kennis over mentale gezondheid. Adolescenten weten vaak niet wat te doen of waar naartoe te gaan wanneer ze hulp nodig hebben.
- Duidelijke informatie verstrekken over juridische (vertrouwelijkheid) en economische (betaalbaarheid) aspecten. Onder andere moet ook duidelijk uitgelegd worden wat de adolescenten kunnen verwachten wanneer ze jonger zijn dan 18 en ze een beroep doen op een dienst die niet bekend is bij hun ouders.
- Een inspanning doen om te zorgen voor continuïteit in de therapeutische relaties met de professionele zorgverleners bijvoorbeeld door het personeelsverloop te beperken. De adolescenten bevinden zich in een turbulente levensfase. De professionele zorgverleners moeten dan ook zorgen voor stabiliteit.
- Goede rolmodellen gebruiken (d.w.z. adolescenten die gelijkaardige problemen hadden in het verleden) aangezien deze een gunstige invloed hebben op het welzijn van de adolescenten.

Adolescenten hechten veel belang aan de houding, het competentieniveau en de motivatie van het professionele personeel. Professionele zorgverleners hebben idealiter de volgende karaktereigenschappen (ADOCARE, 2015; Ambresin et al., 2013; Tylee et al., 2007; WGO, 2002):

- Ze zijn gemotiveerd, eerlijk, gepassioneerd, enthousiast, bemoedigend, gemakkelijk en respectvol in de omgang.
- Ze hebben een dynamische aanpak en beschikken over kennis inzake de vele veranderingen in het leven dat de adolescenten ervaren.
- Ze geven tienergerichte (praktische) gezondheidsinformatie zodat de adolescenten vrije en geïnformeerde keuzes kunnen maken.
- Zij geloven echt dat de adolescenten een mooie toekomst hebben en brengen dit geloof over op hun cliënten.
- Ze zijn gevoelig voor hiërarchische verschillen en vermijden zo een houding van “wij versus hen” en behandelen de adolescenten niet als hulpeloze individuen.

Kwaliteitsindicatoren

Om goede MGZ te verstrekken, is het belangrijk dat de diensten voortdurend investeren in betere kwaliteit. Dit kan gebeuren door een voortdurend, zich herhalend proces met het uitwerken van beleidslijnen, opstellen van normen, opstellen van een accreditatie, en toezicht op de diensten (WGO, 2005, p. 35). Het meten van de kwaliteit van bepaalde elementen van de verstrekte zorg (d.w.z. kwaliteitsindicatoren) is een essentiële vereiste voor een betere kwaliteit. In de vakliteratuur wordt een kwaliteitsindicator gedefinieerd als: “een meetbaar element van praktijkprestatie waarvoor bewijs is of consensus dat deze kan worden gebruikt om de kwaliteit van de zorg te beoordelen, en dus de kwaliteit van de verstrekte zorg te veranderen” (Legido-Quigley, McKee, Nolte, & Glinos, 2008).

Kwaliteitsindicatoren kunnen worden opgesplitst in indicatoren op macro-, midden- en microniveau (Gaebel et al., 2012). Indicatoren op macroniveau verwijzen naar het verstrekken van structurele kwaliteit op nationaal niveau (bijv. onderwijs, monitoring, en de algemene organisatie van de mentale gezondheidsdiensten binnen een bepaald land). Indicatoren op middenniveau verwijzen naar aspecten die te maken hebben met de interne structuur van de mentale gezondheidssystemen (bijv. structurele vereisten om te voldoen aan de noden van de patiënten, multidisciplinaire diensten, beschikbaarheid van technologieën, personeel). Indicatoren op microniveau leiden de structuren en processen binnen de individuele diensteenheden. Binnen elk niveau kunnen indicatoren verder worden opgedeeld in structurele, proces- en resultatenindicatoren. Structurele indicatoren vormen de kenmerken van de diensten, zoals faciliteiten, uitrusting, menselijke middelen en organisatorische structuren. Procesindicatoren omvatten activiteiten met betrekking tot het geven en ontvangen van zorg, met inbegrip van de activiteiten van zorgverleners, en resultatenindicatoren verwijzen naar de resultaten van de zorg.

In de door de gebruiker gegenereerde kwaliteitsnormen voor de mentale gezondheid van jongeren in de primaire zorg, zoals ontwikkeld door Graham et al. (2014) en in de dienstnormen (zevende uitgave), opgesteld door het kwaliteitsnetwerk voor residentiële patiëntenzorg in het VK (Thompson & Clarke, 2015) worden specifieke kwaliteitsnormen geformuleerd voor MGZA-diensten. In tabel 1 sommen we de kwaliteitsindicatoren op die werden aangereikt door de experts, professionele zorgverleners en beleidsmakers die deelnamen aan de activiteiten van het ADOCARE-onderzoek. De indicatoren hebben betrekking op individuele MGZA-eenheden (microniveau) en worden georganiseerd in structurele, procesen resultatenindicatoren.

Tabel 1. Lijst met kwaliteitsindicatoren gegenereerd door de ADOCARE-stakeholders.

Structurele kwaliteitsindicatoren	<p>De dienst is toegankelijk: adolescenten hebben op tijd toegang tot gezondheidszorg, ongeacht het inkomen, de fysieke locatie en culturele achtergrond. Er zijn geen wachtlijsten, de dienst is betaalbaar en gemakkelijk te bereiken.</p> <p>De middelen worden op een rendabele manier gebruikt.</p> <p>De diensten zijn duurzaam in termen van faciliteiten, personeel en uitrusting.</p> <p>De professionele zorgverleners zijn bekwaam en competent, en volgen regelmatig opleidingen over onderwerpen met betrekking tot adolescenten.</p> <p>De dienst heeft een verbeteringsplan dat wordt toegepast en de gemaakte vooruitgang wordt opgevolgd.</p> <p>Er worden structurele vereisten toegepast om de waardigheid en basisnoden van de patiënten te garanderen.</p>
Kwaliteitsindicatoren voor het proces	<p>De verstrekte zorg is aangepast in de zin dat de tussenkomsten relevant zijn voor de noden van de adolescenten en gebaseerd op gevestigde normen.</p> <p>Er wordt op een evenwichtige manier gebruik gemaakt van psychosociale, medische en andere tussenkomsten.</p> <p>Er is continuïteit en coördinatie van de zorg (d.w.z. ononderbroken gecoördineerde zorg doorheen alle programma's, zorgverleners, organisaties en niveaus).</p> <p>Er wordt samengewerkt met andere diensten om geïntegreerde zorg te verstrekken.</p> <p>De diensten zijn in staat tot innovatie.</p> <p>De professionele zorgverleners staan positief tegenover de adolescenten. Ze handelen op een respectvolle, eerlijke, bemoedigende, vriendelijke en betrouwbare manier.</p> <p>De diensten en professionele zorgverleners passen de principes van gedeelde besluitvorming toe in de praktijk.</p> <p>De diensten en professionele zorgverleners leren de adolescenten hoe om te gaan met hun problemen en moedigen hen aan om hulp te vragen wanneer ze in de toekomst worden geconfronteerd met problemen.</p> <p>De diensten handelen volgens ethische principes en met respect voor de mensenrechten van de adolescenten.</p>
Kwaliteitsindicatoren voor de resultaten	<p>De verstrekte behandeling heeft een positieve invloed op de symptomen van de adolescenten, op hun dagelijkse leven (bijv. dagen op school, thuiskomen vóór middernacht, agressief gedrag enz.) en op hun levenskwaliteit.</p> <p>De positieve gevolgen van de verstrekte behandeling worden ook op langere termijn behouden (bijv. na een jaar).</p> <p>De gewenste resultaten worden gehaald binnen een redelijke termijn.</p> <p>Het niveau van uitval wordt tot een minimum beperkt.</p> <p>Professionele zorgverleners zijn tevreden over hun werk. Er is weinig personeelsverloop, het aantal ziekte-dagen bij professionele zorgverleners is laag en ook gevallen van burn-out komen weinig voor.</p>

Het is aan de beleidsmakers om overkoepelende normen te bepalen voor elk van de indicatoren en om instrumenten te ontwikkelen om te evalueren in welke mate is voldaan aan deze normen. Met het oog op een vergelijking moeten best dezelfde instrumenten worden gebruikt in de diensten, regio's en landen. De evaluatie van diensten kan ofwel gebeuren door de dienst zelf of door een onafhankelijk gefinancierde onderzoeksorganisatie (WGO, 2002). Na de evaluatie moeten de resultaten op een constructieve manier aan de diensten worden meegedeeld met aanbevelingen en begeleiding voor verbetering (WGO, 2002).

7. Preventie van mentale gezondheidsproblemen en bevordering van het mentale welzijn

Tussen de landen is er een enorm verschil wat het bedrag betreft van de beschikbare financiële middelen voor de preventie en bevordering van de mentale gezondheid (Jané-Llopis & Anderson, 2005). Volgens een studie van Samele, Frew, en Urquia (2013) gaven zestien landen minder dan €30 per inwoner uit aan de preventie van slechte gezondheid en aan volksgezondheid, terwijl zes andere landen €100 of meer per inwoner uitgaven. De actuele programma's voor adolescenten verschillen enorm in termen van doelstellingen, doelgroepen en aanpak. Meer dan de helft van de bestudeerde programma's (63%) focust op de preventie van mentale gezondheidsproblemen, terwijl slechts 17% zich toelegt op het bevorderen van het mentale welzijn. In de meeste gevallen pakken de programma's pesten of stigmatisering aan (Samele et al., 2013).

Elke Europese lidstaat moet een nationaal actieplan hebben voor de preventie van mentale gezondheidsproblemen en de bevordering van het mentale welzijn van de adolescenten (NHS England, 2015). Dergelijke programma's richten zich op het versterken van beschermende factoren om de ontwikkeling van mentale gezondheidsproblemen te voorkomen. Zo bijvoorbeeld kan men: werken aan veerkracht, adequaat zoeken van hulp stimuleren, ouders ondersteunen bij de opvoeding van hun kind, een goede schoolomgeving creëren, positieve groepen van vrienden, spiritualiteit stimuleren, de zelfstandigheid verbeteren, de kennis over mentale gezondheid bevorderen. Maar er is meer, zo kunnen programma's zich ook richten op risicogedrag dat kan bijdragen tot de ontwikkeling van mentale stoornissen, zoals pesten, geweld thuis, druggebruik enz. (Jané-Llopis & Anderson, 2005). De acties zijn specifiek gericht op risicokinderen en -families. Bij het opstellen van een actieplan voor preventie en bevordering van de mentale gezondheid is het zinvol om succesvolle strategieën en programma's uit andere landen te bekijken. In die zin moet worden aangestipt dat recent een Joint Action for Mental Health and Well-being is opgericht met 51 partners uit 28 EU-lidstaten en 11 Europese organisaties. Dit netwerk van experts werkt samen om een actiekader te uit te werken voor een mentaal gezondheidsbeleid op Europees niveau. Op de agenda staan de bevordering van de mentale gezondheid en het mentale welzijn, de preventie van mentale stoornissen, de verbetering van de zorg en de sociale inclusie van mensen met mentale stoornissen. Een van de vijf belangrijke domeinen daarbij is de bevordering van de mentale gezondheid in scholen (www.mentalhealthandwellbeing.eu).

Strategieën in een schoolomgeving

Adolescenten brengen veel tijd door op school. Scholen zijn dan ook goed geplaatst om het mentale welzijn te bevorderen, om mentale gezondheidsproblemen te voorkomen, om problemen zeer vroeg te ontdekken en op de gepaste manier door te verwijzen (Farmer et al., 2003; Paternite & Johnston, 2005; Rones & Hoagwood, 2000; Weist & Paternite, 2006). Tijdens het ADOCARE-onderzoek stelden experts verschillende strategieën voor om het mentale welzijn van jonge mensen in een schoolomgeving te verbeteren.

- Basisopleiding in mentale gezondheid geven aan leraren. Deze zijn voortdurend aanwezig in het leven van de adolescenten en bevinden zich dus in een positie om problemen vroeg te ontdekken en daarbij waardevolle steun te geven. Het is dan ook belangrijk dat leraren een basisopleiding krijgen om de mentale gezondheid te bevorderen, mentale gezondheidsproblemen te ontdekken en hoe deze problemen te voorkomen en te onderkennen.
- Betrokkenheid van professionele gezondheidswerkers op school. Tijdens het ADOCARE-onderzoek werd opgemerkt dat de leraren niet onnodig belast moeten worden om ondersteuning en zorg aan adolescenten te geven, gezien hun al hoge werkdruk. Bovendien vereisen bepaalde mentale gezondheidsproblemen ervaren professionele zorgverleners. In deze gevallen moeten de leraren kunnen vertrouwen op de professionele mentale gezondheidswerkers die werken in de schoolomgeving (bijv. schoolverpleegkundige, schooladviseur, schoolpsycholoog). Deze professionele zorgverleners kunnen de leraren adviseren over hoe om te gaan met leerlingen met mentale gezondheidsproblemen, ze kunnen rechtstreeks ondersteuning geven aan de adolescenten of ze kunnen deze doorverwijzen naar een expert.
- Samenwerking met externe professionele zorgverleners inzake mentale gezondheid. In bepaalde gevallen volstaat de ondersteuning van de leraren en de professionele mentale gezondheidswerkers niet en moet een externe expert worden ingeschakeld. Professionele mentale gezondheidswerkers moeten de kans krijgen om samen te werken met externe professionele zorgverleners buiten de schoolomgeving. Zo kunnen bijvoorbeeld gespecialiseerde klinische medici worden aangetrokken om in de scholen te werken. Een recente studie toont aan dat deze formule een positieve invloed heeft op het percentage uitval, op het bijwonen van de lessen, en op emotionele en gedragsproblemen bij adolescenten zoals die worden gezien door de ouders en leraren (Ballard, Sander, & Klimes-Dougan, 2014).
- Organiseren van lessen over mentale gezondheid. Adolescenten moeten niet alleen weten hoe hun lichaam werkt, ze moeten

ook weten hoe hun geest werkt (ADOCARE, 2015). De lessen, opgenomen in het lessenpakket, moeten zich richten op kwesties van de mentale gezondheid, zoals het opbouwen van veerkracht, respect voor anderen, aanleren van sociale vaardigheden, omgaan met moeilijke situaties, hulp zoeken als een persoonlijke kracht, betrekken van de families, uitdrukken van emoties en ontwikkelen van de persoonlijke kracht (Vidal-Ribas, Goodman, & Stringaris, 2015). Deze lessen kunnen worden gegeven door ofwel zorgverleners of gezondheidsopvoeders, maar mogelijk kan ook een professionele gezondheidswerker worden uitgenodigd als gastspreker. Een ontmoeting met een professionele gezondheidswerker kan mogelijk de drempel verlagen voor adolescenten om later wanneer nodig hulp te vragen aan een professionele zorgverlener. Het wordt ten eerste aangeraden dat de lessen mentale gezondheid op een innovatieve en interactieve manier worden aangepakt. Als dusdanig dient vooral gelijktijdig te worden gefocust op kennis, attitudes en vaardigheden. Tijdens het ADOCARE-onderzoek stipten adolescenten aan dat de lessen mentale gezondheid aanleiding kunnen geven tot pesten en de leraren moeten zich hiervan bewust zijn.

- Organiseren van gezondheidscheck-ups. In het algemeen worden preventie- en screeningprogramma's beschouwd als gunstig binnen de schoolcontext. Dergelijke programma's vereisen: verzamelen en screenen van gegevens, de resultaten gebruiken in een multidisciplinair schoolteam, protocollen opstellen met tussenkomsten op basis van de screeningprofielen en samenwerken met externe stakeholders wanneer gespecialiseerde zorg nodig is (Dowdy et al., 2014). Binnen de context van het project "Saving and Empowering Young Lives in Europe" (SEYLE) werd een schoolgerichte procedure voor professionele screening uitgewerkt (Wasserman et al., 2015) die doeltreffend is gebleken om leerlingen op te sporen die MGZ nodig hebben (Kaess et al., 2014a). Tijdens het ADOCARE-onderzoek werd het evenwel duidelijk dat screening alleen zinvol is wanneer een land voldoende MGZ kan aanbieden. Als een land onvoldoende MGZ-diensten heeft, kunnen de screeningprogramma's een averechts effect hebben aangezien ze een verzoek om hulp creëren waaraan niet kan worden voldaan.
- Oplettend zijn voor risicogedrag bij leerlingen. Scholen moeten aandacht besteden aan risicogedrag dat sterk wijst op mentale gezondheidsproblemen, zoals druggebruik, sensatiezucht, delinquent gedrag, buitensporig gebruik van media, zelfverwonding en spijbelen (Kaess et al., 2014a). In het geval van spijbelen moet het standaardpraktijk zijn om een schooladviseur of jongerenwerker te betrekken om contact te leggen met de adolescent. Een ander belangrijk schoolprobleem dat aangepakt moet worden, is pesten. Een studie bij een residentiële patiëntengroep adolescenten met ernstige mentale gezondheidsproblemen toont aan dat bijna 43% van de adolescente patiënten ten minste een keer werd gepest (Kalmakis & Chandler, 2015; Ryttilä-Manninen et al., 2014).

8. Beleidslijnen en wettelijke kaders in verband met de MGZA

In 2009 had bijna geen enkel Europees land een specifiek mentaal gezondheidsbeleid gericht op adolescenten (Vieth, 2009). Sindsdien is er toch enige vooruitgang geboekt. De ADOCARE-resultaten tonen dat 6 van de 10 deelnemende lidstaten (België, Finland, Italië, Spanje, Zweden, en het VK) een specifiek mentaal gezondheidsplan voor adolescenten hebben. Bovendien worden in drie van deze landen (Finland, Italië, Zweden) de beleidslijnen voor mentale gezondheid regelmatig geëvalueerd en gecontroleerd. Alhoewel de meeste landen de goede richting uitgaan, is er nog ruimte voor verbetering. De meeste landen hebben evenwel geen duidelijk idee van het budget dat wordt toegewezen aan MGA (ADOCARE, 2015). Het VK vormt daarop een zeldzame uitzondering, 11% van het totale budget voor gezondheidszorg wordt besteed aan mentale gezondheid, waarvan minder dan 1% voor kinderen en MGA. De toewijzing van financiële middelen aan MGA is mogelijk in de andere lidstaten net zo laag.

Uitdagingen met betrekking tot het beleid inzake de mentale gezondheid van adolescenten

- Een duidelijke visie ontwikkelen over MGA. In de meeste landen is MGZA geen prioriteit omdat de beleidsmakers zich niet bewust zijn van de mentale gezondheidsnoden van adolescenten. Het is absoluut noodzakelijk om adolescenten te zien als een specifieke doelgroep met onderscheiden noden. Begrijpen van de noden van adolescenten en informeren van de beleidsmakers zijn een gedeelde verantwoordelijkheid van de EU-Commissie, lobbygroepen, researchers, professionele zorgverleners, en adolescenten en hun families.
- Uitwerken en toepassen van specifieke MGA-beleidslijnen en plannen. De WGO werkte een pakket met richtlijnen uit voor de beleidsmakers. Het beschrijft de opeenvolgende te nemen stappen en helpt beleidsmakers om MGA-beleidslijnen en -plannen op te stellen (WGO, 2005). Het is raadzaam om adolescenten en hun ouders nauw te betrekken bij de beleidsvorming aangezien zij hun noden en valkuilen het beste kennen. Er moet uiteraard ook aandacht worden besteed aan evaluatie. Deze evaluaties moeten wetenschappelijk onderbouwd zijn en bij voorkeur ook gepubliceerd zodat andere landen voordeel kunnen halen uit het gedane werk. Voor de evaluatie van de beleidslijnen en plannen heeft de WGO gemakkelijk te gebruiken checklists opgesteld (2009).
- Een duidelijke wetgeving toepassen inzake de rechten van jongeren. De Universele Verklaring van de Rechten van de Mens en de Conventie inzake de Rechten van het Kind zijn goede inspiratiebronnen om nieuwe beleidslijnen, wetten en actiekaders uit te werken en op te stellen. Overheden krijgen bovendien het advies om duidelijke wetten op te maken over de volgende onderwerpen: hoe adolescenten hulp kunnen vragen zonder de toestemming van hun ouders, het recht van jonge mensen om mee te beslissen over hun behandelingsplan, de rechten en plichten van de ouders, beperkingsprocedures (alhoewel deze tot een minimum dienen te worden beperkt), het registreren en de toegang tot de patiëntendossiers, en het gebruik van e-gezondheid.

- Een kernpakket definiëren met beschikbare basisdiensten voor adolescenten in alle EU-lidstaten (WGO, 2002). Landen worden aangemoedigd om de zorg niet langer te concentreren op de erkende instellingen maar zich te richten op betere gemeenschapsgerichte systemen voor ondersteuning en behandeling (Knapp, McDaid, Mossialos, & Thornicroft, 2006). In heel Europa moet dringend worden geïnvesteerd in MGZ-diensten die uitsluitend gericht zijn op adolescenten. De leeftijd voor deze diensten moet ruim en flexibel worden genomen en bij voorkeur gericht zijn op de leeftijd van 9 tot 25.
- Voldoende financiële middelen toekennen aan MGA. De beleidsplannen moeten duidelijk bepalen hoeveel van het BNP toegekend moet worden aan de mentale gezondheid in het algemeen en hoeveel aan MGA in het bijzonder. Zoals aanbevolen door de WGO (2005) is het budget voor diensten voor mentale gezondheidszorg voor kinderen en adolescenten gelijk aan het budget dat wordt uitgegeven voor de mentale gezondheid van volwassenen. Tijdens het ADOCARE-onderzoek werd al gesteld dat meer financiële middelen voor preventie, bevordering van de mentale gezondheid, en gerichte behandeling voor adolescenten op de lange termijn geld bespaart. Mentale gezondheidsproblemen kunnen al vroeg worden opgepikt en zo ontwikkelen de cliënten wanneer ze volwassen zijn geen complexe mentale gezondheidsproblemen die een langdurige behandeling vereisen.
- Bevorderen van de samenwerking tussen de sectoren en de vakgroepen. Zoals eerder al gesteld is het een goed idee dat de overheden een generiek kader uitwerken voor een gemakkelijke samenwerking en integratie tussen de sectoren, diensten en vakgroepen.





RICHTLIJNEN EN AANBEVELINGEN

Deze richtlijnen willen beleidsmakers (macroniveau), diensten (middenniveau) en professionele zorgverleners (microniveau) ondersteunen bij hun poging om de MGZA in hun land te verbeteren. Dit gebeurt met een overzicht van gerichte acties. Adolescentie in deze tekst omspannt de leeftijden 12 tot 24 jaar. De aanbevelingen en voorgestelde acties zijn het resultaat van een onderzoek dat twee jaar in beslag nam. De volgende groepen werden daarbij regelmatig maar op een andere manier geraadpleegd: beleidsmakers, professionele zorgverleners en experts in het domein van MGZA, tieners en jonge mensen, maar ook hun families en organisaties die deze leeftijdsgroep en hun families vertegenwoordigen. Bovendien bekeken we de meest recente vakliteratuur over MGZ in het algemeen en MGZA in het bijzonder.

De aanbevelingen hebben betrekking op tien domeinen waarop de Europese landen zich moeten focussen om MGZA te verbeteren:

- Beschikbaarheid van MGZA-diensten
- Kwaliteit van MGZA-diensten
- Toegankelijkheid van MGZA-diensten
- Gepersonaliseerde behandeling
- Geïntegreerde zorg
- Overgang van adolescenten van MGZ-diensten voor adolescenten naar MGZ-diensten voor volwassenen
- Opleiding van professionele zorgverleners
- Preventie en bevorderen van de mentale gezondheid
- Beleid en wettelijke kaders
- Onderzoek

1. BESCHIKBAARHEID VAN DE DIENSTEN VOOR MGZA

Aanbevelingen: Elke land moet een evenwichtig zorgmodel nastreven

Voorgestelde acties op macroniveau:

- Bij het organiseren van evenwichtige MGZ worden de volgende soorten diensten beschouwd als noodzakelijk:
 - Primaire diensten voor gezondheidszorg voor mensen met gewone mentale gezondheidsproblemen. Deze diensten zijn verantwoordelijk voor het zoeken en evalueren van de gevallen, voor korte psychologische en sociale tussenkomsten, en voor sociale behandeling en farmacologische behandeling.
 - Algemene diensten voor MGZ voor mensen met meer complexe problemen. Algemene diensten voor MGZ omvatten vijf componenten: poliklinische patiënt/ ambulante klinieken, gemeenschapsteams voor mentale gezondheid, acute zorg voor patiënten in de kliniek, langdurige gemeenschapsgerichte klinische zorg en ondersteuning bij werk en beroep.
 - Een reeks gespecialiseerde diensten voor MGZ in elk van de vijf categorieën van algemene diensten voor MGZ, gericht op meer intensieve tussenkomsten / tussenkomsten van experts (bijv. autisme, schizofrenie, eetstoornis, verslaving, ernstige depressie en zelfmoordneigingen).
 - Een evenwichtig zorgmodel impliceert dat zowel zorg in de gemeenschap als in het ziekenhuis beschikbaar is en op een pragmatische en evenwichtige manier wordt verstrekt. Dit betekent dat in landen met veel residentiële diensten, het aantal bedden zal moeten dalen ten gunste van meer gemeenschapsgerichte zorg en de bevordering van de mentale gezondheid.
 - De evolutie naar een evenwichtiger zorg gaat hand in hand met een belangrijker rol voor de primaire zorg in mentale gezondheid. Mentale gezondheidstussenkomsten en -behandelingen en niet-gespecialiseerde primaire gezondheidszorg voor adolescenten worden geïntegreerd. Voorbeelden van dit laatste zijn kwesties over seksuele gezondheid, carrièreopties, algemene gezondheid, ondersteuning in het rouwproces, antirookcampagnes.
 - De diensten worden gelinkt in een regionaal netwerk, zij ontwikkelen een gezamenlijke missie en strategie, en zorgen ervoor dat hun diensten complementair zijn. Er is geen overlapping en er zijn geen hiaten.
 - De overheden zorgen ervoor dat de principes van getrapte zorg worden toegepast.

Voorgestelde acties op middenniveau:

- Het basisbeginsel in de keuze van behandeling en tussenkomsten is getrapte zorg:
 - Eerst wordt aangepaste niet-gespecialiseerde zorg gegeven.
 - Adolescenten worden alleen doorverwezen naar meer gespecialiseerde zorg wanneer dit nodig is.
 - Professionele zorgverleners (vooral primaire zorgverleners) maar ook ouders erkennen dat niet alle mentale gezondheidsproblemen gespecialiseerde zorg vereisen en dat veel gedaan kan worden binnen de primaire of de gemeenschapsgerichte zorg.

Voorgestelde acties op microniveau:

- Huisartsen en andere primaire professionele zorgverleners worden opgeleid om MGA te herkennen.
- Zij kunnen overgaan tot korte tussenkomsten en kennen de evaluatietools om te beslissen of meer gespecialiseerde zorg nodig is.
- Zij passen de principes van motivatiegesprekken en gedeelde besluitvorming toe om de behandeling te bepalen en te besluiten of doorverwijzing nodig is.

Aanbevelingen: de beschikbaarheid van de MGZA-diensten wordt gegarandeerd voor alle adolescenten die zorg nodig hebben

Voorgestelde acties op macroniveau:

- Landen moeten een duidelijk beeld krijgen over hun beschikbaarheid van diensten voor MGZ voor adolescenten. Het is van essentieel belang om de behandelingskloof te identificeren. Deze wordt bepaald als het absolute verschil tussen het voorkomen van mentale gezondheidsproblemen bij adolescenten en het percentage dat een gepaste behandeling krijgt.
- Van zodra het vereiste aantal MGZ-faciliteiten en professionele zorgverleners per 100.000 adolescenten is bepaald, moeten overheden de vereiste actie ondernemen om de potentiële behandelingskloof te dichten.

- De beschikbaarheid van elk van deze drie soorten gezondheidszorgdiensten wordt gegarandeerd (primaire gezondheidszorgdiensten, algemene MGZ-diensten, en gespecialiseerde MGZ-diensten). De evenwichtige zorg is gelijkmatig beschikbaar in het hele land.

2. KWALITEIT VAN DE DIENSTEN VOOR MGZA

Aanbevelingen: Elk land heeft jeugdvriendelijke diensten afgestemd op de noden van de adolescenten

Voorgestelde acties op macroniveau:

- Overheden zorgen ervoor dat de drie soorten gezondheidszorgdiensten nodig voor een evenwichtige zorg zo werken dat de adolescenten zich welkom en begrepen voelen. De diensten zijn jeugdvriendelijk.

Voorgestelde acties op middenniveau:

- De diensten richten zich flexibel op de leeftijd tussen 12 tot 24 jaar.
- De diensten zijn gemakkelijk toegankelijk zodat adolescenten weinig barrières ontmoeten. Dit betekent: een hartelijke en aantrekkelijke omgeving, dagdiensten, gemakkelijke openingsuren, toegang zonder toestemming van de ouders, goedkope of gratis diensten, korte wachttijden, gemakkelijke locatie in de buurt van openbaar vervoer, discrete ingang en een positief imago.
- De diensten geven duidelijke informatie over de juridische (vertrouwelijkheid) en economische (betaalbaarheid) aspecten.
- Jongeren en hun ouders worden actief betrokken bij het uitwerken van de dienst, de zorgverlening en de procedures van een dienst. Adolescenten kunnen bijvoorbeeld betrokken worden bij het opstellen van een dienstencharter dat is gericht op zaken als vertrouwelijkheid, openingsuren, behandelingsprogramma, rechten van adolescenten, ethische aspecten.
- De diensten gebruiken goede rolmodellen in de zorgverlening (d.w.z. adolescenten die gelijkaardige problemen hadden in het verleden) aangezien deze een positieve invloed hebben op het welzijn van de adolescenten. Voorbeelden zijn: steun van gelijken, groepstherapie, zelfstandige groepen.
- De diensten garanderen de continuïteit van de zorg zodat adolescenten bij voorkeur worden behandeld door hetzelfde team van professionele zorgverleners.
- De diensten doen er alles aan om uitval te voorkomen van adolescenten die hulp nodig hebben, om ondersteuning en behandeling te geven.

Voorgestelde acties op microniveau:

- Jeugdvriendelijkheid is een belangrijk kenmerk voor het personeel dat werkt in de MGZA. Naast hun klinische vaardigheden zijn de professionele zorgverleners positief ingesteld tegenover het leven en de leefstijl van adolescenten. Zij hebben respect voor de doelgroep en zijn sterk gemotiveerd en eerlijk. Zij kunnen zich gemakkelijk emotioneel binden en ontwikkelen een krachtige nuttige relatie.

Aanbevelingen: MGZA-diensten werken volgens hoge kwaliteitsnormen

Voorgestelde acties op macroniveau:

- Overheden definiëren een reeks kwaliteitsnormen waaraan de MGZA-diensten moeten voldoen. Relevante indicatoren zijn onder andere de toegankelijkheid van een dienst, de competentie en vaardigheden van de professionele zorgverleners en het evenwichtige gebruik van psychosociale en medische tussenkomsten. Voor de keuze van indicatoren verwijzen we naar de User-generated Quality Standards for Youth Mental Care in Primary Care (Graham et al., 2014) en de Service Standards (zevende uitgave) (Thompson & Clarke, 2015).
- Overheden ontwikkelen evaluatietools om de kwaliteit van de MGZA-diensten te beoordelen. Bij voorkeur worden dezelfde tools gebruikt in alle diensten, regio's en landen om te kunnen vergelijken.
- De evaluatie wordt uitgevoerd door een onafhankelijk gefinancierde onderzoeksorganisatie. De diensten die niet voldoen, krijgen hulp om de kwaliteit van hun zorg te verbeteren.

Aanbevelingen: Bij de zorgverlening moet rekening worden gehouden met ethische overwegingen en waarden.

Voorgestelde acties op macroniveau:

- Er wordt een ethische commissie ingesteld om feedback te geven aan de professionele zorgverleners in verband met ethische dilemma's.

Voorgestelde acties op middenniveau:

- De diensten werken volgens de ethische principes van autonomie, liefdadigheid en billijkheid, zoals vermeld in het Belmont-verslag (Michaud et al., 2010).
- Ethische kwesties met betrekking tot vertrouwelijkheid bij de behandeling, het recht van adolescenten om toegang te krijgen tot hun patiëntendossier en om mee te beslissen over de behandeling worden duidelijk uiteengezet in een dienstencharter. Dit charter wordt opgesteld samen met de adolescenten.

3. TOEGANKELIJKHEID VAN DE DIENSTEN VOOR MGZA

Aanbevelingen: MGZ-diensten zijn zeer toegankelijk voor adolescenten

Voorgestelde acties op macroniveau:

- Overheden en de media ondernemen acties om stigmatiserende attitudes tegenover mentale gezondheidsproblemen en het gebruik van MGZ te overwinnen. Een steeds terugkerend thema is dat mentale gezondheidsproblemen een normaal onderdeel van het leven vormen en dat hulp zoeken geen teken is van persoonlijke zwakte. De acties moeten meer bepaald gericht zijn op jongens aangezien hun kennis over mentale gezondheid het minst ontwikkeld is en zij minder geneigd zijn om hulp te zoeken.
- De kennis van jongeren omtrent mentale gezondheid en MGZ moet worden verbeterd. Dit kan gebeuren door middel van aantrekkelijke, gemakkelijk te gebruiken en te lezen websites en door de kennis over mentale gezondheid te verhogen via de schoollessen.

Voorgestelde acties op middenniveau:

- De diensten verstrekken on-line-informatie over de ondersteuning die zij geven. De stijl van communicatie is aantrekkelijk voor de jongeren en erg zakelijk. Problemen i.v.m. vertrouwelijkheid worden er op een transparante manier aangepakt.
- De diensten doen er alles aan om in contact te blijven of te komen met de meest kwetsbare adolescenten. Deze groep vraagt zelden of nooit vrijwillig toegang tot hulp.

Aanbevelingen: De mentale gezondheidsbehandeling wordt zo veel mogelijk geïntegreerd in de niet-gespecialiseerde primaire gezondheidszorg

Voorgestelde acties op middenniveau:

- Huisartsen worden aangemoedigd en opgeleid om problemen met de mentale gezondheid in een vroeg stadium te ontdekken. Tijdens dit soort tussenkomsten evalueren zij verschillende domeinen (thuisomgeving, opvoeding, tewerkstelling, eetpatronen, activiteiten, druggebruik, seksualiteit, verslavend gedrag, zelfmoord/depressie, tekenen van verwonding of geweld) en ze zorgen ervoor dat de ernst van de psychologische problemen niet wordt onderschat.
- Jeugdclubs kunnen informatie geven over mentale gezondheid en basisondersteuning geven aan adolescenten met mentale gezondheidsproblemen.

Aanbevelingen: Internet kan MGZ toegankelijker maken voor adolescenten

Voorgestelde acties op macroniveau:

- Op internet gebaseerde tussenkomsten worden aangemoedigd om de toegang tot de mentale gezondheidszorg te verbeteren, om adolescenten te informeren over de zorg, om adolescenten actiever te betrekken tijdens de behandeling en ervoor te zorgen dat ook de nabehandeling wordt afgerond.
- Overheden kennen kwaliteitslabels toe aan websites, tools en apps zodat de adolescenten weten dat ze te maken hebben met een betrouwbare en jeugdriendelijke website.

Voorgestelde acties op microniveau:

- Professionele zorgverleners kennen de op het internet gebaseerde tussenkomsten voor adolescenten.
- Op het internet gebaseerde tussenkomsten worden bij voorkeur aangevuld met professionele ondersteuning. Het is daarbij de bedoeling om adolescenten te helpen om de informatie die ze online vinden te interpreteren en een gepersonaliseerde behandeling te verzekeren.

4. OP DE PERSOON TOEGESPITSTE BEHANDELING

Aanbevelingen: Ondersteuning, coaching en behandeling worden toegespitst op de persoon en de adolescenten worden daar actief bij betrokken

Voorgestelde acties op microniveau:

- Tijdens de evaluatie houden de professionele zorgverleners rekening met het bio-psychosociale functioneren van de adolescent. Zij focussen op de psychologische problemen van de cliënt maar ook op de sterke kanten en competenties.
- Tijdens de behandeling betrekken de professionele zorgverleners de jongeren bij het besluitvormingsproces door de principes van gedeelde besluitvorming toe te passen. Professionele zorgverleners zeggen duidelijk dat er keuzes gemaakt moeten worden, geven gedetailleerde tienergerichte informatie over de verschillende opties en steunen de adolescenten bij het onderzoeken van voorkeuren en het maken van keuzes.

Aanbevelingen: elke adolescent ontvangt een doeltreffende combinatie van bio-psychosociale behandelingen

Voorgestelde acties op macroniveau:

- In landen waar het biomedische paradigma het enige of dominante behandelingsmodel is, nemen de overheden actie om het gebruik van het bio-psychosociale paradigma te stimuleren. Dit kan bijvoorbeeld gebeuren door het terugbetalen van psychosociale tussenkomsten naast de farmaceutische behandeling.

Voorgestelde acties op microniveau:

- Psychosociale tussenkomsten worden door de professionele zorgverleners gezien als eerstelijnsbehandeling. De meest gebruikelijke zijn psychologische opvoeding en psychotherapie, maar andere tussenkomsten kunnen ook voordeel hebben, zoals creatieve workshops waarin adolescenten hun gevoelens kunnen uitdrukken (muziek, schrijven, dansen, schilderen enz.) of sportactiviteiten. Een overzicht van actuele empirisch onderbouwde tussenkomsten is beschikbaar in het boek "What works for whom" (Fonagy, et al., 2014).
- Psychosociale tussenkomsten concentreren zich niet alleen op genezing en zorg, maar ook op veerkracht en het versterken van competenties.
- Soms is medicatie nodig voor ernstige mentale gezondheidsstoornissen, maar deze wordt aangeboden in combinatie met psychosociale tussenkomsten. Professionele zorgverleners worden bewust gemaakt van het mogelijke overgebruik van medicatie en baseren zich op de richtlijnen bij het voorschrijven.
- Behandeling, coaching en adviserende strategieën die doeltreffend zijn gebleken, krijgen voorrang maar men moet wel open blijven staan voor nieuwe ontwikkelingen. Er worden richtlijnen gegeven als overzicht van de bestaande empirisch onderbouwde behandelingen (bijv. the Mental Health Gap Action Intervention Guide van de WGO, NICE enz.). Professionele zorgverleners baseren zich ook op protocollen om empirisch onderbouwde tussenkomsten op een gestandaardiseerde manier toe te passen.
- De behandelingsresultaten worden systematisch gecontroleerd om te bepalen of de tussenkomsten doeltreffend zijn.

Aanbevelingen: Mentale gezondheidsproblemen bij adolescenten worden aangepakt vanuit een evoluerend perspectief

Voorgestelde acties op microniveau:

- Zorgverleners houden rekening met hoe de adolescent tot dusver geëvolueerd is en welke ontwikkelingsproblemen en crisissen invloed hebben op de actuele situatie. Het is de bedoeling om de reële problemen volledig te begrijpen en te bepalen welke hulp en ondersteuning nodig is.
- Zorgverleners erkennen dat de noden van adolescenten voortdurend veranderen. Het zorgplan moet dienovereenkomstig zijn.

Aanbevelingen: Elk zorgplan bouwt bruggen naar het normale leven

Voorgestelde acties op middenniveau:

- Terugkeer en inclusie in de maatschappij zijn primaire doelstellingen in elk behandelingsplan. Professionele zorgverleners ondersteunen de adolescenten bij hun scholing, bij het zoeken naar huisvesting en werk, en bij het opbouwen van vertrouwensrelaties met anderen, zodat zij hun rol als burger volledig kunnen opnemen. Samenwerking met de andere sectoren is dus van essentieel belang.
- Wanneer en als nodig wordt zorg aangeboden in de natuurlijke omgeving van de adolescent. Bij een ziekenhuisopname werken de professionele zorgverleners een strategie uit zodat de adolescent een perspectief heeft om naar huis te gaan.
- Ondersteunde tewerkstelling en scholing zijn belangrijke aspecten van de zorg voor adolescenten met ernstige en langdurige mentale stoornissen. Dit vereist samenwerking van de mentale gezondheidsdiensten met de diensten voor tewerkstelling en onderwijs (Ellison et al. 2015).

Aanbevelingen: Indien mogelijk worden de ouders erbij betrokken

Voorgestelde acties op macroniveau:

- Landen stellen wetten op inzake de rechten en plichten van ouders wanneer hun kind MGZA nodig heeft.

Voorgestelde acties op microniveau:

- Bij het begin van de behandeling worden de ouders geïnformeerd. Adolescenten worden aangemoedigd om hun ouders te betrekken als dit een positieve weerslag heeft op hun welzijn.
- Ouders moeten steun krijgen wanneer ze zelf problemen ondervinden of wanneer een dysfunctionele relatie de oorzaak is van de problemen van de adolescent. Een goed overzicht van bestaande familiegerichte tussenkomsten is beschikbaar voor professionele zorgverleners (Kaslow et al., 2014).

5. GEÏNTEGREERDE ZORG

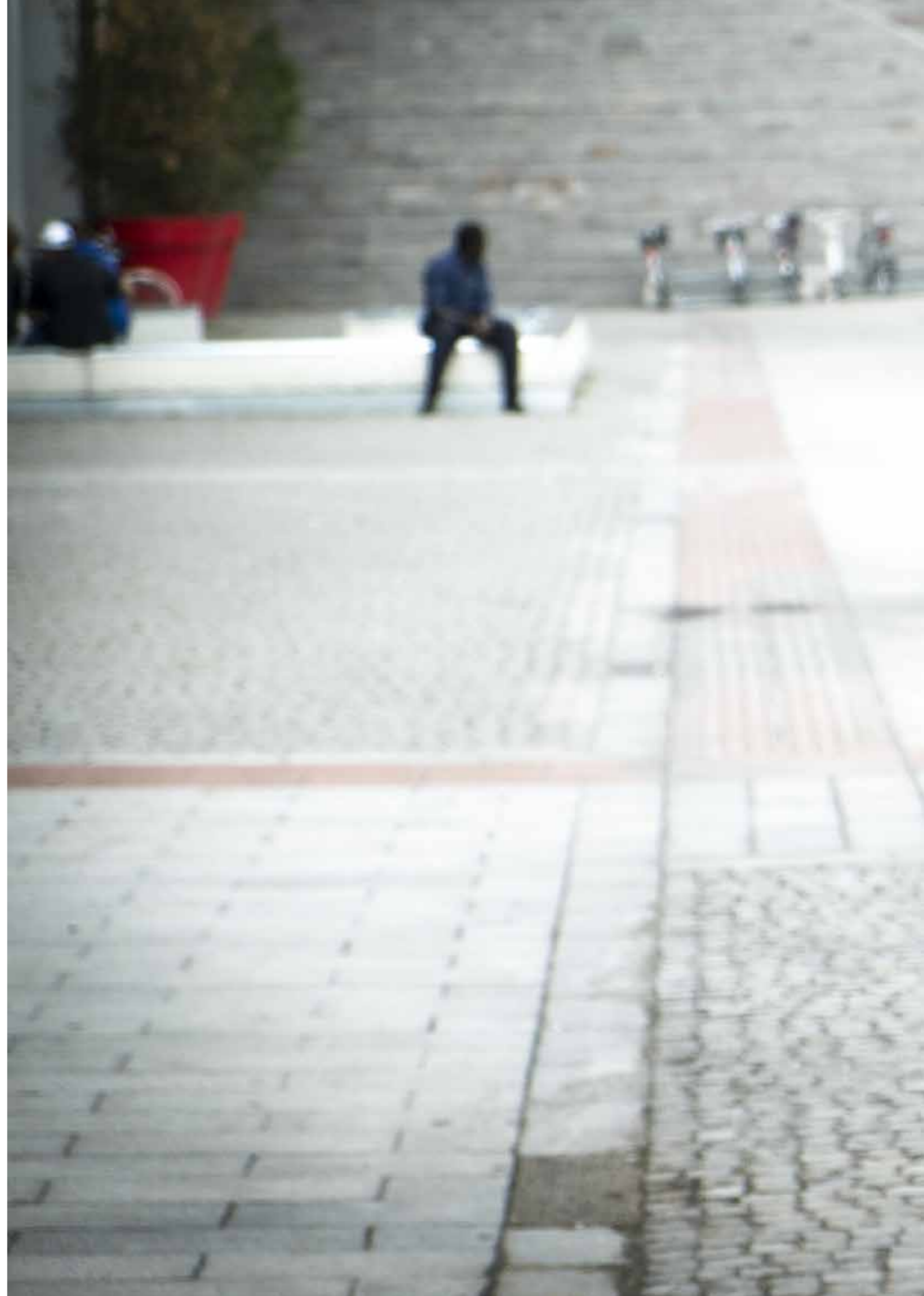
Aanbevelingen: Overheden creëren een gemeenschappelijk kader voor alle sectoren

Voorgestelde acties op macroniveau:

- Op lokaal niveau worden strategische allianties en zorgnetwerken georganiseerd. Het is daarbij de bedoeling om de verschillende specialisatieniveaus te linken (bijv. primaire, secundaire en tertiaire zorgdiensten), alsook gelijkaardige zorgniveaus tussen alle sectoren (bijv. huisvesting, tewerkstelling, justitie enz.).
- Er worden lokale comités opgericht om de netwerken tussen alle diensten te sturen.
- Wanneer professionele zorgverleners van alle sectoren die betrokken zijn bij de behandeling van adolescenten samenwerken, moet er ook een financiële incentive zijn. Om de samenwerking te bevorderen moeten de voordelen ervan worden benadrukt of moet jobmobiliteit tussen de sectoren worden aangemoedigd.
- Informatie over de huidige initiatieven is beschikbaar op een gecentraliseerde website.

Voorgestelde acties op middenniveau:

- Multidisciplinair teamwork is de norm, de huisarts wordt daarbij betrokken als een teamlid.
- Gezamenlijke zorgplanning wordt opgestart. Het team van professionele zorgverleners deelt een gezamenlijk zorgplan en voelt zich samen verantwoordelijk voor de toepassing ervan.
- Er worden ontmoetingsplaatsen voorzien voor sectoroverschrijdende discussies en interactie.
- Er wordt gedaan aan intensief casemanagement. Voor elk geval wordt een professionele zorgverlener aangesteld als uiteindelijke verantwoordelijke.
- Er worden consensuele overeenkomsten opgesteld waarin de rol en verantwoordelijkheid van elke partner wordt uiteengezet, met verwijzing naar de procedures en regels die gevolgd moeten worden in het geval van ontslag, overgang of conflict.
- Er wordt een gemeenschappelijke infrastructuur uitgewerkt voor het verzamelen en delen van informatie over de patiënt tussen de verschillende zorgverleners binnen of tussen alle sectoren.
- Er wordt gezamenlijke opleiding georganiseerd voor professionele zorgverleners van de verschillende sectoren. Op die manier worden de competenties transdisciplinair.



6. OVERGANG VAN DE MGZ-DIENSTEN VOOR ADOLESCENTEN NAAR DE MGZ-DIENSTEN VOOR VOLWASSENEN

Aanbevelingen: Overheden, MGZ-diensten en professionele zorgverleners verbeteren de overgang van MGZ-diensten voor adolescenten naar MGZ-diensten voor volwassenen

Voorgestelde acties op macroniveau:

- De beleidsplannen bevatten strategieën om de overgangszorg te verbeteren. Binnen de context van het Milestone-project worden richtlijnen opgesteld voor de beleidsmakers om hen te helpen geïnformeerde en empirisch onderbouwde beslissingen te nemen om de gezondheidssystemen te verbeteren.
- De lokale MGZ-diensten voor volwassenen en adolescenten en de vrijwilligersdiensten worden regelmatig in kaart gebracht en bijgewerkt (d.w.z. het bereik van hun werking, communicatienetwerken en belangrijkste contacten).
- De professionele zorgverleners in de mentale gezondheidssector worden opgeleid om de overgang van zorg te optimaliseren. Dergelijke opleidingen moeten de negatieve attitudes tegenover het doorverwijzen naar andere diensten aanpakken, de kennis van de andere diensten vergroten, en de zelfstandigheid en vaardigheden verbeteren. Zo ook moeten binnen de context van het Milestone-project opleidingspakketten voor klinische medici in de hele EU worden uitgewerkt en toegepast.

Voorgestelde acties op middenniveau:

- De diensten ontwikkelen protocollen om de overgangszorg aan te passen aan de noden van de adolescenten en passen deze ook toe. Binnen deze protocollen worden het tijds kader en ieders verantwoordelijkheid duidelijk gedefinieerd. Er is ook een reserveplan in het geval de MGZ-diensten voor volwassenen of de patiënt in kwestie de overgang niet kan aanvaarden.
- De diensten zijn flexibel wat de leeftijd van de cliënten betreft. Adolescenten die niet klaar zijn om over te gaan naar een dienst voor volwassenen blijven in de dienst voor adolescenten.
- De diensten proberen meervoudige gelijktijdige overgangen te vermijden aangezien één overgang al heel wat voorbereidend werk vergt.
- De adolescent en de MGZ-dienst voor volwassenen beheren samen de overgang gedurende een bepaalde tijdsperiode.
- De actieve betrokkenheid van de dienst voor volwassenen is vereist vóór de dienst voor adolescenten een patiënt mag ontslaan.
- MGZ-diensten voor adolescenten en volwassenen gebruiken een gestandaardiseerd archiveringssysteem en bezorgen ook alle briefwisseling en contactinformatie.
- De overgang naar de diensten voor volwassenen is een belangrijke kwaliteitsindicator bij het evalueren van de zorg. Binnen de context van het Milestone-project worden specifieke resultaatmetingen ontwikkeld en gevalideerd.

Voorgestelde acties op microniveau:

- Adolescenten worden door de professionele zorgverleners goed voorbereid in de weken vóór de overgang en de overgang gebeurt alleen wanneer de toestand van de adolescent stabiel is.

7. OPLEIDING VAN PROFESSIONELE ZORGVERLENERS

Aanbevelingen: De scholing van professionele zorgverleners in mentale gezondheidsdiensten voor adolescenten wordt toegespitst op die specifieke groep

Voorgestelde acties op macroniveau:

- Tijdens hun opleiding ontvangen de professionele zorgverleners in de mentale gezondheidssector voor adolescenten een specifieke opleiding voor adolescentgerichte kwesties, zoals normale ontwikkeling van de adolescent, evaluatie van de mentale gezondheidsproblemen bij adolescenten, hoe communiceren met adolescenten, gedeelde besluitvorming, empirisch onderbouwde psychosociale tussenkomsten, hoe werken binnen een geïntegreerd netwerk van diensten, overgangszorg, en beleidslijnen en wetgeving met betrekking tot MGZA.
- Er worden eenvormige normen uitgewerkt voor het opleidingscurriculum van adolescentenpsychiaters en psychologen in Europa.

Voorgestelde acties op middenniveau:

- Interdisciplinaire opleidingssessies en postgraduaatcursussen zijn verplicht voor klinische medici in MGZA-diensten.

- Er worden leernetwerken opgesteld om continue opleiding op de werkvloer te stimuleren (cf., ImROC).
- De diensten organiseren op regelmatige basis inter- en supervisie.

Aanbevelingen: Professionele zorgverleners die af en toe te maken hebben met jongeren met mentale gezondheidsproblemen worden ook opgeleid inzake MGZ-problemen

Voorgestelde acties op macroniveau

- Dit heeft betrekking op huisartsen, ziekenhuisverpleegkundigen, schoolverpleegkundigen, jongerenwerkers, volksgezondheidswerkers, maatschappelijk werkers en leraren. Zij krijgen tijdens hun basisopleiding cursussen inzake MGA-problemen.
- Er zijn hulplijnen of websites beschikbaar. Professionele zorgverleners kunnen deze raadplegen wanneer ze vragen of problemen hebben met betrekking tot MGA.

8. PREVENTIE EN BEVORDERING VAN MENTALE GEZONDHEID

Aanbevelingen: Landen hebben een actieplan ter preventie van mentale gezondheidsproblemen en ter bevordering van het welzijn van adolescenten

Voorgestelde acties op macroniveau:

- De actieplannen omvatten tussenkomsten om de beschermende factoren te versterken (bijv. aanmoedigen van gedrag om adequate hulp te zoeken, ouders ondersteunen bij de opvoeding van hun kind, een goede schoolomgeving creëren, de kennis over mentale gezondheid verbeteren enz.) en tussenkomsten om risicogedrag aan te pakken (bijv. pesten, armoede, oudergeweld, druggebruik enz.). Deze acties zijn meer bepaald gericht op kwetsbare jongeren en hun families.
- Strategieën en tussenkomsten die succesvol zijn gebleken in andere landen worden ten eerste aanbevolen.
- De media kunnen een belangrijke rol spelen in de destigmatisatie en de verspreiding van informatie.

Voorgestelde acties op middenniveau:

- Gezondheidswerkers zoeken contact met kwetsbare adolescenten die normaal niet in de kijker lopen. Ze bezoeken plaatsen waar deze regelmatig rondhangen (bijv. stations, pleinen, parken, openbare sportinrichtingen, cafés), en nodigen hen uit hun dienst te bezoeken of geven ter plaatse ondersteuning wanneer nodig.
- Bepaalde programma's ondersteunen de persoonlijke ontwikkeling en inclusie van deze kwetsbare adolescenten. Wij denken daarbij aan speciale gebeurtenissen of groepsactiviteiten (bijv. vuil opruimen in de natuur om het milieu te beschermen, kleine restauraties van openbare gebouwen, hulp aan de armen, buurtfuiven, inzamelacties enz.). Dit is een goede manier om adolescenten verantwoordelijkheid te geven naarmate zij leren zich te engageren, verantwoordelijkheid te nemen, sociale relaties op te bouwen enz.
- Ouders krijgen steun om om te gaan met de mentale gezondheidsproblemen van hun kind. Websites kunnen ouders helpen om mentale gezondheidsproblemen te herkennen en tonen hen wat ze kunnen ondernemen in het belang van hun kind.

Aanbevelingen: Scholen zijn een belangrijke omgeving om mentaal welzijn te bevorderen

Voorgestelde acties op macroniveau:

- Leraren krijgen een basisopleiding inzake de mentale gezondheid van adolescenten, de bevordering van de mentale gezondheid, en hoe mentale gezondheidsproblemen te voorkomen en te herkennen.
- De lessen over mentale gezondheid worden opgenomen in het lessenspakket van de adolescenten. De lessen richten zich op zaken als veerkracht opbouwen, respect voor anderen, sociale vaardigheden, aanpakken van moeilijke situaties, uitdrukken van gevoelens, hulp zoeken en zelfstandigheid van jongeren.
- Gezondheidscontroles kunnen worden georganiseerd in een schoolomgeving om leerlingen op te sporen die nood hebben aan MGZ. Binnen de context van het project "Saving and Empowering Young Lives in Europe" (SEYLE-project) werd een schoolgerichte professionele screeningprocedure uitgewerkt. Screeningprogramma's kunnen evenwel een averechts effect hebben wanneer een land onvoldoende diensten voor MGZ heeft. Ze creëren mogelijk een vraag om hulp die niet beschikbaar is.

Voorgestelde acties op middenniveau:

- Professionele zorgverleners in de mentale gezondheidssector (schooladviseurs) geven op school advies aan leraren en/of directe ondersteuning aan adolescenten.
- Scholen kunnen samenwerken met professionele zorgverleners in de mentale gezondheidssector die werken buiten een schoolomgeving. Externe professionele zorgverleners kunnen bijvoorbeeld een maal per week op school langskomen.
- Lessen over mentale gezondheid kunnen worden gegeven door zorgleraren of gezondheidsopvoeders, maar eventueel kan ook een professionele zorgverlener worden uitgenodigd als gastspreker. Bovendien worden de lessen bij voorkeur op een interactieve manier gegeven om de kennis te verhogen en te werken aan attitudes en vaardigheden. Leraren moeten aandacht schenken aan mogelijke signalen van pesten die in dergelijke lessen naar boven komen.
- Scholen besteden bijzondere aandacht aan risicogedrag dat sterk gerelateerd is aan mentale gezondheidsproblemen; bijvoorbeeld druggebruik, sensatiezucht, buitensporig gebruik van de media, zelfverwonding, delinquent gedrag en pijnbelen. In die gevallen probeert de schooladviseur contact te leggen met de adolescent om te weten wat er gaande is.
- Scholen werken een actieplan uit om pesten aan te pakken. Dit is belangrijk om mentale gezondheidsproblemen te voorkomen.

9. BELEIDSLIJNEN EN WETTELIJKE KADERS

Aanbevelingen: Landen ontwikkelen en implementeren specifieke beleidslijnen voor mentale gezondheid van adolescenten

Voorgestelde acties op macroniveau:

- Bij het opstellen van nieuwe beleidslijnen, wetten en actiekaders vormen de Universele Verklaring van de Mensenrechten en de Conventie van de Rechten van het Kind een referentie.
- Overheden moeten erkennen dat verbetering van de kwaliteit van MGZA een hoofdprioriteit is en dat adolescenten heel onderscheiden noden hebben.
- De WGO werkte een begeleidingspakket uit voor de landen met een beschrijving van de opeenvolgende stappen die de beleidsmakers moeten zetten voor het opstellen en toepassen van MGA-beleidslijnen en -plannen (WGO, 2005).
- Adolescenten en ouders worden nauw betrokken bij het opstellen van beleidslijnen en plannen. De beleidslijnen worden geëvalueerd, bijvoorbeeld door gebruik te maken van de WGO-checklist voor het evalueren van het beleid inzake mentale gezondheid (WGO, 2009). De resultaten moeten worden uitgewisseld met andere Europese landen om van elkaar te leren.
- Overheden stellen duidelijke wetten op over hoe adolescenten hulp kunnen vragen zonder de toestemming van hun ouders, over het recht van jongeren om mee te beslissen over hun behandelingsplan, over de rechten en plichten van de ouders, beperkingsprocedures (alhoewel deze tot een minimum dienen te worden beperkt), het registreren en de toegang tot de patiëntendossiers, en het gebruik van e-gezondheid.

Aanbevelingen: Overheden kennen voldoende financiële middelen toe aan MGZ

Voorgestelde acties op macroniveau:

- In de beleidsplannen wordt duidelijk gesteld welk percentage van het BNP toegewezen wordt aan mentale gezondheid in het algemeen en hoe veel wordt uitgegeven aan MGZ voor adolescenten in het bijzonder.
- De financiële middelen voor MGZ worden gelijk verdeeld tussen MGZ voor volwassenen enerzijds en MGZ voor adolescenten anderzijds. Door meer financiële middelen toe te kennen voor MGZA, kunnen mentale gezondheidsproblemen in een vroeg stadium worden ontdekt. Zo worden later complexe mentale gezondheidsproblemen vermeden die een duurdere en langduriger behandeling vereisen.
- Overheden doen inspanningen om de financiële middelen te verhogen met het oog op een hoge kwaliteit van de MGZA.

10. ONDERZOEK

Aanbevelingen: Epidemiologische gegevens zijn van cruciaal belang voor de bewustmaking en als ondersteuning voor de beleidsmakers

Voorgestelde acties op macroniveau:

- Overheden investeren in goede gegevensregistratiesystemen die administratieve gegevens verzamelen. Goede voorbeelden van gestandaardiseerde evaluatietools zijn InterRAI Community Mental Health en InterRAI Mental Health. Het vraagt wel tijd om dergelijke systemen te gebruiken, gegevens in te voeren en de gebruikers op te leiden.
- Epidemiologisch onderzoek kan worden georganiseerd in samenwerking met alle EU-landen (cf. the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders, ESEMeD study).
- Onderzoek focust zich specifiek op MGA bij specifieke kwetsbare doelgroepen (zoals vluchtelingen, adolescente Roma enz.).
- Gegevens over adolescentenproblemen die worden verzameld door andere sectoren, zoals uitvalpercentages, jeugdcriminaliteit en seksueel misbruik dienen ook te worden onderzocht.

Voorgestelde acties op microniveau:

- Onderzoekcentra zorgen ervoor dat de epidemiologische bevindingen op een duidelijke en boeiende manier worden meegedeeld aan de beleidsmakers en het grote publiek zodat de resultaten worden gebruikt.





REFERENTIES

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.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Uitterhoeve, R.J., 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.

WIJ DANKEN ALLE DEELNEMERS VOOR HUN BIJDRAGE AAN ADOCARE

BELGIË: 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.

TSJECHISCHE REPUBLIEK: Papezova H.

ESTLAND: Haldre L.

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

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

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

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

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

IERLAND: Arensman E.

ITALY: 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.

LETLAND: Ancane G.

LITOUWEN: Kuriene A. - Lesinskiene S. - Leskauskas D. - Petrulyte J. - Puras D. - Sajeviciene J. - Zinkeviciute J. - Ziobiene E.

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

SLOVENIË: Kumperscak H.

SPANJE: 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.

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

ZWITSERLAND: Forestier A. - Michaud P.-A.

NEDERLAND: Stiphout C. - Ooijen B.

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

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

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

EBC: Baker M. - Destrebecq F.

EPA: Salamon E. - Theiner J.

EPHA: Zenhausern N.

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

EUFAMI: Fossion N. - Jones K.

EUN: Richardson J.

GAMIAN: Arteel P. - Montellano P. †

MHE: Lavis P.

MHF: McIntosh B.

UEMS: Hermans M.

WHO: Baltag V.

