



**UNGDOMARS PSYKISKA HÄLSA I EUROPA: DAGSLÄGET,
REKOMMENDATIONER OCH RIKTLINJER FRÅN
NÄTVERKET ADOCARE***

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

BRYSSEL

DECEMBER 2015



KOLOFON

*ADOCARE: Tjänstekontrakt SANCO/2013/C1/005 – S12.668919

Europeiska unionen företrädd av Europeiska kommissionen, Generaldirektoratet för hälso- och konsumentfrågor – Direktorat C – Folkhälsa

Konsortiet Action for Teens (aisbl-ino) – LUCAS (forskningscenter vid KU Leuven)

ADOCARE-team:

Action for Teens (aisbl-ino):

Martine De Clerck (projektsamordnare)
Isabelle De Schrijver (projektsamordnare)
Marta Mateos (projektassistent)
Dr. Jean-Paul Matot (projektchef)
Christine Vandermeulen (finansiell chef)

LUCAS KU Leuven:

Prof. Dr. Chantal Van Audenhove, Ph D. (forskningschef)
Dr. Evelien Coppens, Ph D. (forskningsamordnare)
Dr. Jeroen Knaeps, Ph D. (vetenskaplig medarbetare)
Iona Vermet (vetenskaplig medarbetare)
Kevin Agten (administrativt stöd)
Lut Van Hoof (administrativt stöd)

Nätverket av medverkande ADOCARE (se sid. 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: tjänstekontrakt med Europeiska kommissionen för genomförandet en förberedande åtgärd med anknytning till upprättandet av ett EU-nätverk av experter inom området för anpassad vård av ungdomar med psykiska hälsoproblem; tjänstekontrakt SANCO/2013/C1/005 – S12.668919.*

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

FÖRORD	4
Sammanfattning	7
1. Inledning	7
2. Läget avseende ungdomars psykiska hälsa i Europa	8
3. AMHC:s organisation och klassificering	9
4. Tillgänglighet till och kvalitet på AMHC	9
5. Strategier för att förbättra tillgängligheten till AMHC	9
6. Strategier för att förbättra kvaliteten på AMHC	11
7. Förebygga psykiska hälsoproblem och främja psykiskt välbefinnande	17
8. Politik och rättsliga ramverk med anknytning till AMHC	18
Riktlinjer och rekommendationer	21
1. Tillgänglighet till AMHC-tjänster	22
2. Kvalitet på AMHC-tjänster	23
3. Åtkomlighet för AMHC-tjänster	24
4. Personcentrerad behandling	25
5. Integrerad vård	26
6. Ungdomars övergång från AMHC- till MHC-tjänster för vuxna	26
7. Utbildning av hälso- och sjukvårdspersonal	27
8. Förebyggande och främjande av psykisk hälsa	28
9. Politik och rättsliga ramverk	29
10. Forskning	29
Referenser	33



FÖRORD

Alla ungdomar har rätt att växa upp till friska och ansvarskännande vuxna som fullt ut kan ta del i samhället och leva lyckliga liv. Tyvärr berörs minst var femte ung person av minst ett psykiskt problem. Ungdomar och deras familjer kan i dag ofta inte få relevant behandling och stöd, delvis på grund av att kvaliteten på och tillgängligheten till vård av ungdomar med psykiska hälsoproblem (Adolescent Mental Health Care, AMHC) inte svarar mot ungdomars behov och krav (WHO, 2005).

Som en reaktion på detta trängande behov av anpassad, integrerad och tvärfacklig vård av ungdomar med psykiska hälsoproblem, skapades 2009 det europeiska nätverket Action for Teens.

I december 2013 ingick Action for Teens, i ett konsortium med LUCAS, ett tvåårigt tjänstekontrakt med Europeiska kommissionen, kallat ADOCARE, för att skapa ett utvidgat EU-nätverk av sakkunskap för att främja och upprätthålla skapandet av anpassade och innovativa vårdstrukturer för ungdomar med psykiska hälsoproblem.

ADOCARE-projektets övergripande uppgift var att stärka MHC för ungdomar i EU-medlemsstater genom att:

- Samla den senaste och mest relevanta informationen, tankarna och insikterna kring AMHC.
- Bedöma AMHC-tjänsters omfattning och kvalitet i tio deltagande medlemsstater.
- Ta fram riktlinjer och rekommendationer för att stärka AMHC för regeringar och tjänster.
- Upprätta ett nyskapande och sektorsöverskridande samarbetsnätverk av europeiska experter på AMHC-området.
- Öka medvetenheten om och uppmuntra länder att stärka respektive upprätta AMHC.

ADOCARE-projektet bestod i praktiken av två uppgiftspaket. Uppgiftspaket 1 omfattade allt som rör forskning och tog upp de tre första målsättningarna. Uppgiftspaket 2 omfattade allt som rör insamling av information och sakkunskap via nätverket, kommunikation, upplysning, kapacitetsuppbyggnad samt spridning och tog upp de två senare målsättningarna.

Föreliggande dokument utgör en sammanfattning av de viktigare insikter som inhämtats inom ramen för ADOCARE-projektet för att ge svar på forskningsfrågorna. På grundval av forskningsresultaten formuleras riktlinjer och rekommendationer till stöd för beslutsfattare (makronivå), tjänster (mellannivå) och hälso- och sjukvårdspersonal (mikronivå) i deras försök att stärka AMHC i sina länder.



SAMMANFATTNING

1. INLEDNING

I Europa har 15–20 % av ungdomarna minst ett psykologiskt eller beteendeproblem och det finns en verklig risk att psykiska hälsoproblem som utvecklas i ungdomen fortsätter i vuxenlivet eller till och med blir kroniska (WHO, 2005). Man uppskattar att omkring hälften av alla psykiska problem bland vuxna börjar under uppväxtåren (Kessler m.fl., 2007a; Patel, Flisher, Hetrick och McGorry, 2007). Psykiska hälsoproblem påverkar inte bara ungdomar och deras omgivning. De får även långtgående konsekvenser för deras sociala utveckling och den globala ekonomin (Sawyer m.fl., 2012). Ett bortfall på 4 % per år av EU:s bruttonationalprodukt är knutet till verkningarna av psykiska hälsoproblem (på grund av sjukfrånvaro, sämre prestationer på arbetet osv.) (LSE, 2012).

Unga människor och de nätverk som stödjer dem misslyckas i dag ofta med att få relevant hjälp med psykiska hälsoproblem. Detta beror på en brist på specialiserade inrättningar för psykisk hälsovård (mental health care, MHC). Ungdomar har andra vårdbehov än vuxna och barn, eftersom de befinner sig mitt i sin mognadsprocess (WHO, 2002). Ungdomar behöver exempelvis mer information och psykosocialt stöd (Gulliver, Griffiths och Christensen, 2010) och – enligt deras åsikt – är vårdtjänsternas etiska grundsyn viktigare än dess tekniska egenskaper (WHO, 2002). Ett antal faktorer avhåller ungdomar från att be om hjälp. Bland sådana faktorer finns allmänhetens, uppfattade och självstigmatiserande inställningar till psykisk sjukdom, farhågor rörande sekretess när det gäller tjänster avseende den vård som lämnas, begränsad åtkomst (t.ex. tid, transport, kostnad) och en generell brist på kunskap om tjänster som tillhandahåller psykisk hälsovård (Gulliver m.fl., 2010).

Alla ungdomar har rätt att växa upp till friska och ansvarsfulla vuxna som fullt ut kan ta del i samhället och leva lyckliga liv (såväl socialt som ekonomiskt). För att det ska uppnås krävs snara åtgärder. För ett decennium sedan gjorde WHO ett uttalande om att EU:s medlemsstater var skyldiga att tillhandahålla ungdomar i behov av hjälp individanpassad och relevant MHC. Medlemsstaterna behövde närmare bestämt säkerställa «åldersanpassade MHC-tjänster (dvs. primär- och specialiserade hälso- och sjukvårds- och socialvårdstjänster) som fungerar som integrerade nätverk» (WHO, 2005).

ADOCARE:s uppgift och målsättningar

ADOCARE:s övergripande uppgift var att skapa ett EU-nätverk av experter för att främja och upprätthålla tillskapandet av anpassade och nyskapande vårdstrukturer för ungdomar med psykiska hälsoproblem. Expertnätverkets allmänna målsättningar var att bedriva forskning och stimulera till ökad medvetenhet, utbyte och samråd, kapacitetsuppbyggnad, spridning samt främjande verksamhet.

För att genomföra uppgiften gjorde ADOCARE följande:

- Samlade in relevant information, nyskapande tankar och insikterna kring AMHC.
- Bedömde tillgänglighet till och kvalitet för AMHC-tjänsters i tio deltagande medlemsstater.
- Tog fram riktlinjer och rekommendationer för att stärka AMHC för regeringar och tjänster.
- Upprättade ett nyskapande och sektorsöverskridande samarbetsnätverk av europeiska forskare, psykiatriker, psykologer, beslutsfattare, vårdgivare och vårdbrukare för att centralisera erfarenheter och sakkunskap på AMHC-området.
- Ökade medvetenheten, anordnade utbyte och samråd, kapacitetsuppbyggnad, spridning och främjande.

ADOCARE-projektet var i praktiken uppdelat på två uppgiftspaket. Uppgiftspaket 1 bestod av allt som rörde forskning och tog upp de tre första målsättningarna. Uppgiftspaket 2 omfattade allt som rörde insamling av information och sakkunskap via nätverket, kommunikation, upplysning, kapacitetsuppbyggnad samt spridning och tog upp de två senare målsättningarna.

ADOCARE-nätverket

Tio länder var engagerade i ADOCARE-forskningen: Belgien, Finland, Frankrike, Tyskland, Ungern, Italien, Litauen, Spanien, Sverige och Förenade kungariket. Syftet var att ha företrädare för de olika EU-regionerna: brittiska öarna, Östeuropa, Europas Medelhavsområde, Norden och Västeuropa. Nätverket består i dag av 239 intressenter med skilda profiler från de deltagande medlemsstaterna: forskare, beslutsfattare, regeringsföreträdare, direktörer och chefer för psykiska hälsovårdstjänster, psykologer, psykiatriker, sjukskötare, professionella vårdgivare, ungdomar, familjemedlemmar osv.

Upplysnings- och kapacitetsbyggande verksamhet

För att stimulera medvetenheten om behovet av integrerad AMHC, underlätta utbytet av kunskaper och sakkunskap mellan de olika intressenterna och för att bygga upp kapacitet, anordnade ADOCARE olika evenemang som sammanförde experter med tvärfacklig bakgrund, liksom föräldra- och ungdomsorganisationer: två högnivåkonferenser och fyra seminarier. Den värdefulla informationen och sakkunskapen från fältet som samlades in vid dessa arrangemang tillämpades i ADOCARE-forskningen.

För att sprida information om projektet och främja integrerad AMHC medverkade ADOCARE också aktivt i olika evenemang som anordnades av tredje man.

Forskningsmålsättningar

ADOCARE syftade med sin forskning till att inhämta den senaste och mest relevanta informationen, tankarna och insikterna kring AMHC och sökte besvara följande forskningsfrågor:

- Vilket är det övergripande läget avseende ungdomars psykiska hälsa i Europa?
- Hur organiseras AMHC i Europa?
- Hur tillgängliga är AMHC-tjänsterna i de deltagande medlemsstaterna och hur hög är kvaliteten på AMHC-tjänsterna?
- Vilka strategier finns för att förbättra såväl tillgänglighet till som kvalitet på AMHC-tjänster?
- Vilka strategier finns för att förebygga psykiska hälsoproblem och hur kan man främja psykiskt välbefinnande för ungdomar?
- Vilken politik och vilka rättsliga ramverk finns avseende AMHC i de deltagande medlemsstaterna?

Forskningsmetod

Information samlades in med hjälp av ett mångfacetterat angreppssätt. Litteraturgenomgångar kombinerades med enkätbaserade samråd, paneldiskussioner och seminarier med olika intressenter (dvs. beslutsfattare, hälso- och sjukvårdspersonal, experter och slutanvändare). Mer specifikt granskades relevanta rapporter och artiklar rörande AMH och AMHC för att ta fram forskningsinstrument och -förfaranden för ADOCARE:s forskningsverksamhet och hitta svaren på forskningsfrågorna. Flera enkäter genomfördes där fem olika intressentgrupper i de tio deltagande medlemsstaterna frågades ut: beslutsfattare, experter, hälso- och sjukvårdspersonal, ungdomar som lider av psykiska hälsoproblem, ungdomar i allmänhet och inbegripet slutanvändarens omgivning. Syftet med frågeformulären var att:

- Samla in information om befintlig politik och rättsliga ramverk avseende AMHC, hur AMHC är organiserat samt hälso- och sjukvårdspersonalens utbildning.
- Identifiera bästa praxis och inramning för integrerad vård för ungdomar med psykiska hälsoproblem.
- Identifiera starka och svaga sidor med avseende på AMHC.
- Bedöma AMHC-tjänsters omfattning och kvalitet.
- Utforska behoven hos ungdomar med psykiska hälsoproblem.

Under den första högnivåkonferensen hölls dessutom två plenardiskussioner för att dela tankar, åsikter och insikter kring AMHC i Europa. Denna följdes av fyra tvådagarsseminarier som hölls på olika platser i Europa med fyra olika intressentgrupper (beslutsfattare, experter, hälso- och sjukvårdspersonal och slutanvändare). Seminarierna fokuserade på vilka viktiga teman, mål och rekommendationer som skulle ingå i de slutliga riktlinjerna.

2. Läget avseende ungdomars psykiska hälsa i Europa

Det övergripande läget avseende ungdomars psykiska hälsa

Över lag har under ett visst år var fjärde till femte ung person minst en psykisk störning. De vanligaste störningarna hos ungdomar är: ångeststörningar (31,9 %), beteendestörningar (19,1 %), humörstörningar (14,3 %) och missbruksstörningar (11,4 %) (Kessler m.fl, 2007a; Kessler m.fl, 2007b; Paus, Keshavan och Giedd, 2008). En undersökning av senare litteratur om ungdomars psykiska hälsa som innebar en genomgång av 19 epidemiologiska undersökningar i tolv länder, vilka visade på en partiell ökning av förekomsten av psykiska hälsoproblem hos ungdomar det senaste decenniet (Bor, Dean, Najman och Hayatbakhsh, 2014). Externaliserande problem förefaller ligga på en stabil nivå, medan internaliserande problem förefaller tillta, särskilt bland flickor. Denna skillnad mellan könen kan vara kopplad till flera faktorer. Flickor exponeras tidigare för sexualisering (dvs. de betraktas som sexobjekt och bedöms utifrån fysiska egenskaper och sexighet). De upplever ett allt starkare tryck för att vara framgångsrika både i skolan och i privatlivet. De är dessutom föremål för föränderliga mediala och kulturella förväntningar (Bor m.fl, 2014; Carli m.fl, 2014). Man bör notera att även den ökade medvetenheten om och erkännandet av psykiska hälsoproblem hos ungdomar kan ha bidragit till denna partiella ökning (Bor m.fl, 2014).

Hos många vuxna med psykisk störning började problemen under barndomen eller ungdomstiden, oftast i åldern 12–24 år (Paus m.fl, 2008). Hälften av alla personer som vid 26 års ålder uppfyllde kriterierna för en svårare DSM-IV-diagnos fick en första diagnos i åldern 11–15 år och närmare 75 % av dem fick en första diagnos före 18 års ålder (De Girolamo, Dagani, Purcell, Cocchi och McGorry, 2012).

Av alla psykiatriska störningar tenderar de som börjar under barndomen eller ungdomstiden att vara allvarigare. Det är därför oerhört viktigt att ställa diagnos på psykiska problem i ett tidigt skede, så att behandling kan börja sättas in innan problemen blir allvarigare (De Girolamo m.fl, 2012). Enligt en referensgruppstudie av Patton med kollegor (2014) påverkar verkningfull behandling under ungdomstiden inte bara längden för skoven av psykisk ohälsa under ett tidigt skede, utan minskar även förtida dödlighet senare i livet.

Forskning visar att ungdomar och unga vuxna med psykisk störning inte får relevant vård eller inte får någon vård alls (Copeland m.fl, 2015; Farmer, Burns, Phillips, Angold och Costello, 2003; Horwitz, Gary, Briggs-Gowan och Carter, 2003; Leslie, Rosenheck och Horwitz, 2001). Enligt en studie söker endast 18–34 % av unga människor med svår depression eller ångestsymptom professionell hjälp (Gulliver m.fl, 2010). I en senare studie erhöll hälften av ungdomar som uppfyllde kriterierna för en DSM-IV-diagnos någon form av behandling under de tre senaste månaderna. Bland unga vuxna är situationen ännu värre – endast var tredje fick behandling (Copeland m.fl, 2015). Olika hinder bidrar till den låga åtkomligheten för AMHC: (förväntad/upplevd) stigma, bristande föräldrastöd, strukturella och kulturella misslyckanden inom befintliga vårdssystem. Tydligt tycks samhället inte inse vikten av psykisk hälsa bland ungdomar och underlåter därför att satsa tillräckligt på AMHC (McGorry, Goldstone, Parker, Rickwood och Hickie, 2014). Dessutom visar många ungdomar prov på bristande hjälpsökande beteende och är obenägna att söka MHC (Breland m.fl, 2014).

3. AMHC:s organisation och klassificering

Även om barn- och AMHC inte är enhetligt organiserat i EU-medlemsstaterna, kan man generellt urskilja följande fyra typer av tjänster: (1) institutionsvård (sjukhus och andra institutioner), (2) dagvårdstjänster, (3) hembaserade tjänster och uppsökande vård samt (4) öppenvårdstjänster (Remschmidt och Belfer, 2005). Runt om i Europa är förekomsten av privata psykiatriska kliniker för barn och ungdomar starkt beroende av inhemska och lokala förutsättningar. Det finns även en tendens att inrätta specialtjänster som arbetar med högt kvalificerad personal som tar sig an ett smalare urval av mer komplicerade störningar. Ett växande antal tjänster och behandlingar håller för närvarande på att utvärderas, men mer framsteg krävs. Även om samarbetet mellan tjänster börjar öka är samordningen mellan och integreringen av vården fortfarande otillräcklig (Remschmidt och Belfer, 2005).

4. Tillgänglighet till och kvalitet på AMHC

I ADOCARE-projektet utvärderade experter såväl tillgänglighet till som kvalitet på följande fyra typer av AMHC-tjänster i tio europeiska länder på en femgradig Likertskala: (1) institutionsvård, (2) dagvård, (3) hembaserad och uppsökande vård samt (4) öppenvård.

Tillgänglighet till AMHC

Med undantag för Ungern och Litauen har alla deltagande stater MHC-tjänster särskilt ägnade åt ungdomar. Tillgängligheten till dessa tjänster klassas emellertid som begränsad. I många länder är tjänsterna inriktade på antingen barn eller vuxna. Få tjänster riktar sig enbart till ungdomar. Över lag klassas tillgängligheten för alla de fyra typerna av AMHC-tjänster som mycket begränsad, begränsad, medelmåttig eller oklar. Det enda undantaget utgörs av Finland, där alla fyra typerna av tjänster klassas som goda. Dessa resultat bekräftar tidigare rön där man kommit fram till att EU-medlemsstater fortfarande hade lång väg kvar att gå (Remschmidt och Belfer, 2005). Vidare varierar tillgängligheten till AMHC-tjänster i länderna starkt mellan regioner: i vissa regioner råder nästan balans mellan efterfrågan på och tillgänglighet till vård, medan efterfrågan i andra regioner är högre än tillgängligheten.

Kvalitet på AMHC

Enkätresultaten visar att kvaliteten på AMHC-tjänsterna klassas som god till mycket god i Belgien, Finland, Frankrike, Tyskland och Ungern. I Italien och Sverige fann experterna det svårt att bestämma kvaliteten på tjänsterna. I Litauen, Spanien och Förenade kungariket klassades kvaliteten som medelmåttig till begränsad. Litauiska experter uppgav att det biomedicinska paradigmet fortfarande var förhärskande i deras land, vilket äventyrar kvaliteten på AMHC-tjänster. Denna situation hänger kvar eftersom litauiska sjukförsäkringssystem är obenägna att täcka psykosociala insatser. Slutligen varierar kvaliteten på tjänster starkt inom länder.

5. Strategier för att förbättra tillgängligheten till AMHC

Ausgegliche Pflege

En modell för balanserad vård borde läggas fast inom ramen för ett övergripande system för psykisk hälsovård. En sådan utgörs av ett nätverk av olika slags MHC-inrättningar, så att var och en får tillgång till en typ av vård som stämmer överens med hans eller hennes önskemål och behov (Thornicroft och Tansella, 2013; Thornicroft och Tansella, 2004). Särskilt följande typer av tjänster anses nödvändiga:

- Primärvårdstjänster för personer med vanliga psykiska hälsoproblem. Sådana tjänster upptäcker och bedömer fall, genomför kortfristiga psykologiska och sociala insatser liksom social och farmakologisk behandling.
- Allmänna MHC-tjänster för personer med mer komplexa problem och bestående av fem komponenter: öppenvårdskliniker, uppsökande team för psykisk hälsovård, akut slutenvård, långfristig samhällsbaserad institutionsvård samt arbets- och sysselsättningsstöd.

- En rad specialiserade MHC-tjänster inom var och en av de fem kategorierna av allmänna MHC-tjänster för att erbjuda mer intensiva/expertinsatser (t.ex. autism, schizofreni, ätstörning, beroende, allvarlig depression och suicidalitet).

En balanserad vårdmodell innebär också att både uppsökande och sjukhusvård finns tillgängliga och erbjuds på ett pragmatiskt och balanserat sätt (Thornicroft och Tansella, 2004; Thornicroft och Tansella, 2013). Det betyder att i länder med många institutionella tjänster behöver antalet sängar minskas till förmån för mer uppsökande vård och främjande av psykisk hälsa.

Utvecklingen i riktning mot mer balanserad vård går hand i hand med en allt viktigare roll för primärvården inom psykisk hälsa. Allmänläkare och andra primärvårdstjänster uppmanas exempelvis att uppmärksamma, bedöma och hantera psykiska hälsoproblem hos ungdomar (Vallance, Kramer, Churchill och Garralda, 2011). På detta sätt tillämpas oftare principerna för nivåanpassad vård. Enligt dessa principer förs relevanta psykologiska generalistinsatser, uppföljning och bedömning som erbjuds inom primärvården upp till en mer specialiserad vårdnivå endast när så erfordras (Silva och de Almeida, 2014).

Behandling inom primärvården

Inom ramen för ADOCARE-forskningen angav såväl hälso- och sjukvårdspersonal som ungdomar att unga människor ibland alltför snabbt hänvisas till specialisttjänster. Hälso- och sjukvårdspersonal och föräldrar borde inse att alla psykiska hälsoproblem inte kräver specialistvård och att primär- eller uppsökande vård erbjuder adekvat behandling. Men två förutsättningar måste vara uppfyllda för att detta angreppssätt ska lyckas: (1) primärvårdspersonalen är välutbildad och (2) specialisttjänster finns tillgängliga för remittering. Bedömningsverktyg för primärvårdspersonal kan hjälpa dem att avgöra om specialistvård krävs eller inte. Regeringar kan stimulera primär psykisk hälsovård och motverka att specialistvård används i onödan.

Epidemiologiska och administrativa data

Epidemiologiska data säger oss något om hur vanligt förekommande AMH-problem är, ungdomars behov av psykisk vård och ungdomars utnyttjande av MHC-tjänster. Sådana data är information som regeringar behöver för att kunna uppskatta behovet av tjänster inom sina (under)regioner och de ger insikter i eventuella brister i behandlingsutbudet (Wittchen och Jacobi, 2005). Vidare ökar de medvetenheten och hjälper beslutsfattare att fastställa prioriteringar och ta fram program, insatser och tjänster för att ta itu med brister och behov (Wittchen och Jacobi, 2005).

Av tre skäl tar ändå regeringar sällan epidemiologiska rön i beaktande. För det första är epidemiologiska data ofta inte tillräckliga för effektiv politisk och tjänsteplanering (Bielsa, Braddick, Jane-Llopis, Jenkins och Puras, 2010; Patton m.fl., 2012; Wittchen och Jacobi, 2005). Många data baseras på administrativa noteringar och sådana data har en tendens att vara ofullständiga (data innefattar inte alla typer av MHC-tjänster eller alla regioner i ett land), inte tillförlitliga (data förs inte in korrekt i systemen) och svåra att knyta samman (olika tjänster använder skilda datasystem). För det andra har många länder inte ekonomiska eller personalresurser för att analysera sådana data. För det tredje tar regeringar vanligtvis inte «emot» utfallet av epidemiologisk forskning, eftersom det inte tydligt kommuniceras till beslutsfattare och allmänheten i stort (ADOCARE, 2015).

Man kan bara uppmanas till insamling av administrativa data för tjänstebrukare via väl utvecklade (helst internationella) dataregistreringssystem och till analys av dessa datauppsättningar. InterRAI Community Mental Health och InterRAI Mental Health är exempel på välkända internationella standardiserade bedömningsinstrument för läkare som arbetar i psykiatriska miljöer med uppsökande respektive slutna vård.

Brister i behandlingsutbudet

I de flesta länder är den begränsade tillgängligheten för MHC-tjänster för ungdomar ett problem. Ett första steg för att förbättra tillgängligheten består i att kvantifiera bristen i behandlingsutbudet, vilken definieras som «den absoluta skillnaden mellan den faktiska förekomsten av psykiska hälsoproblem bland ungdomar och den behandlade andelen ungdomar med psykiska hälsoproblem» (Kohn, Saxena, Levav och Saraceno, 2004). För det ändamålet är epidemiologiska data avgörande.

När man väl har fastställt erforderligt antal AMHC-inrättningar och -personal per 100 000 ungdomar, kan regeringar tillhandahålla en budget och göra vad som krävs för att eliminera bristen. När regeringar gör det måste de ha i åtanke att det måste finnas åtminstone en minsta tillgång till de fyra typer av MHC-tjänster som omfattas av den balanserade vårdmodellen.

6. Strategier för att förbättra kvaliteten på AMHC

Vårdkvalitet kan betraktas som en komplex och flerdimensionell tankekapelse som definieras beroende på flera inbördes relaterade faktorer: åtkomst av tjänst, relevans för behovet, verkan, billighet, social acceptans, effektivitet och ekonomi (Maxwell, 1992). Flera strategier för att stärka kvaliteten på AMHC växte fram ur den forskning som genomfördes av ADOCARE-nätverket av experter.

Ett utvecklingsinriktat synsätt

Ungdomstiden är en fas i livet som präglas av övergång. Det kräver ett utvecklingsinriktat synsätt som uppmärksammar att alla ungdomar har skilda och föränderliga behov, beroende på ålder, mognadsgrad och kontext (Remschmidt, 2001; Remschmidt och Belfer, 2005). Därför måste hälso- och sjukvårdspersonal ha kunskaper om ungdomars (sociala, psykiska och fysiska) utvecklingskede och antas vara bekanta med i vilken social och kulturell miljö ungdomar i dag lever (t.ex. deras intressen och bekymmer, vad de gör på sin fritid), för att kunna utarbeta en individuell behandlingsplan. Vidare måste hälso- och sjukvårdspersonal vara medvetna om att varje klinisk diagnos och alla fastställda behov står under ständig förändring, eftersom ungdomar genomgår snabba förändringar under en kort tidsperiod (WHO, 2005). Behandlingsplanen ska uppfattas som en pågående process.

Tidig upptäckt av psykiska hälsoproblem

Hos ungdomar förblir psykiska hälsoproblem ofta oupptäckta tills de börjar bli allvarigare. Ungdomar är ibland obenägna att dela med sig till vuxna om sin oro och sina bekymmer. Ungdomstiden är en tid då unga människor upptäcker självständighet, föredrar att göra saker på sitt sätt och hålla saker och ting för sig själva. Dessutom redovisar ungdomar hellre somatiska än psykologiska problem för hälso- och sjukvårdspersonal. Det är anledningen till att personalen ibland underskattar hur allvarliga psykologiska problem är och/eller hänför dem till somatiska problem.

Kort sagt behöver hälso- och sjukvårdspersonalen vara välutbildad och måste utreda följande områden: Hemmiljö, Utbildning och sysselsättning, Åtvanor, Aktiviteter (med anknytning till jämnåriga), Droger, Sexualitet, Självmord/depression samt Skydd mot skador och våld (Cappelli m.fl., 2012; Klein, Goldenring och Adelman, 2014). På engelska är områdena lätta att minnas med hjälp av akronymen HEEADSSS. På internet finns ett webbaserat verktyg för hälso- och sjukvårdspersonal som kan användas vid bedömning av HEEADSSS-områdena. Dessutom behöver hälso- och sjukvårdspersonal utbildning för att få riktig kontakt med ungdomar, för att uppdaga eventuella psykiska hälsoproblem och för att bli varse tecken på lättare lidande som kan vara ett förstadium till senare patologi (ADOCARE, 2015).

Biopsykosocialt perspektiv

Ungdomar med psykiska hälsoproblem behöver en relevant och effektiv kombination av psykosocial och medicinsk behandling för att svara mot deras ofta komplexa och mångfacetterade behov (psykiska, sociala, fysiska och funktionella behov) (Remschmidt, 2001; Remschmidt och Belfer, 2005).

Psykosociala insatser anses allmänt utgöra den första graden av professionell behandling (Bohlin och Mijumbi, 2015). Psykosociala insatser inbegriper en rad olika insatser, däribland hjälp i den egna sociala situationen (som ekonomiskt stöd, utbildning, sysselsättning och bostad), psykoedukation, coaching och rådgivning, samt information eller träning. Alla insatser syftar till att förbättra beteende, samlad utveckling eller enskilda livsfärdigheter, och detta utan att använda medicinering (Reichow, Servili, Yasamy, Barbui och Saxena, 2013; Uitterhoeve m.fl., 2004). Psykoedukation utgör en central psykosocial åtgärd. Särskilt har psykoedukation för föräldrar visat sig positiv. Den ökar föräldrarnas kunskaper om symptom och problem, stimulerar till vidare användning av relevanta tjänster, stärker problemlösningsförmågan och ger upphov till positiva känslor och familjesamverkan (Lucksted, McFarlane, Downing och Dixon, 2012). Psykoterapi är likaså en viktig insats vid behandling av allvarliga psykiska hälsoproblem. En kritisk översikt över psykoterapier och deras evidensbas för barn och ungdomar läggs fram i boken What Works for Whom (Vad fungerar för vem) (Fonagy m.fl., 2014).

Allvarliga psykiska störningar kräver ibland medicinering. Men under hela forskningsprojektet ADOCARE nämndes ofta att läkare ganska snabbt tillgriper medicinering för vissa typer av psykiska hälsoproblem. För vissa störningar förs en fortlöpande debatt rörande användningen av medicinering: Vilken typ av medicinering är lämplig? När under behandlingen är det bäst att inleda den? Vilken är den optimala doseringen? osv. (Bohlin och Mijumbi, 2015). Hälso- och sjukvårdspersonal behöver vara medvetna om vikten av att medicinering används på ett lämpligt sätt och de bör studera nya belägg för medicineringens effektivitet. Vidare rekommenderas att medicinering kombineras med psykoterapi och/eller andra psykosociala insatser och man måste följa aktuella medicinbaserade riktlinjer (t.ex. British Association for Psychopharmacology (brittiska sammanslutningen för psykofarmakologi), NICE-riktlinjerna om psykisk hälsa, What works for whom av Fonagy m.fl., 2014).

Webbaserade insatser

Ett stort antal e-hälsoinsatser, webbaserade insatser och mobila tillämpningar (dvs. m-hälsa) har tagits fram under senare tid. Många ungdomar ansluter till internet dagligen, så detta medium har en enorm potential för att informera dem om psykisk hälsovård, öka åtkomsten av vård, engagera dem på ett mer aktivt sätt under behandling (uppföljning, planering, ytterligare stöd, information osv.), initiera eftervård och tillhandahålla webbaserad behandling (Price m.fl., 2014). I våra dagar utvecklas ett flertal webbaserade verktyg

för psykisk hälsa, rörande depression, ångest och förhindrande av självmord bland barn, ungdomar och unga vuxna. Men slutsatserna är blandade om hur verkningsfulla de är. Helt klart behövs mer forskning (Boydell m.fl, 2014; Reyes-Portillo m.fl, 2014; Ye m.fl, 2014). Inom ramen för ADOCARE-forskningen påpekade ungdomar att en kvalitetsmärkning av webbplatser och appar skulle vara till hjälp. De tycker inte att det är upp till dem att avgöra om man kan lita på en webbplats eller app eller inte. En annan synpunkt de förde fram var att stöd från hälso- och sjukvårdspersonal krävs för att hjälpa dem tolka den information som finns på internet och för att garantera individuell behandling.

Delat beslutsfattande (Shared decision making, SDM)

Som anges i FN-konventionen om barnens rättigheter, har alla ungdomar rätt att ta del i alla beslut som berör dem. Ungdomar bekräftade detta inom ramen för ADOCARE-forskningen: – Unga människor borde vara aktivt inblandade när beslut fattas om deras behandling. Inget borde beslutas om dem utan dem. Hälso- och sjukvårdspersonal i ADOCARE-nätverket hävdade å andra sidan att ungdomars mognad avgör i vilken utsträckning de är inblandade i behandlingsbeslut.

ADOCARE-nätverket rekommenderar utbildning i SDM. Hälso- och sjukvårdspersonal bör lära sig hur man optimerar ungdomars delaktighet i att fastställa behandlingsmål och i att välja lämpliga insatser. Inom klinisk praxis innebär SDM en trestegsmodell. I det första steget, som kallas samtal om att välja, läggs föreställningen om att man måste göra val. I det andra steget, som kallas samtal om alternativ, tillhandahålls detaljerad information om de möjliga alternativen. I det tredje steget, samtal om beslut, får patienten stöd för att fatta ett beslut (Elwyn m.fl, 2012). Det här lyckas naturligtvis bara om läkaren är beredd att låta unga människor vara med och fatta beslut, om han eller hon tillämpar SDM-kompetens på ett smidigt sätt och om han eller hon visar förtroende för unga människor (Abrines-Jaume m.fl, 2014). Självfallet är det inte alltid möjligt att komma fram till en överenskommelse. Ett exempel på det är när intagning på sjukhus är oundvikligt av säkerhetsskäl och den unge inte uppfattar det så.

Evidensbaserad praxis (Evidence-based practices, EBP's)

EBP kan definieras som «praxis som genomgående grundas på vetenskap, ordnas kring klientens avsikter, är kulturellt lyhörd och som fortlöpande följer upp verkan av insatser med hjälp av tillförlitliga mätningar av den unges och vårdgivares reaktioner, satt i sammanhang med händelser och förhållanden som påverkar behandlingen» (Fonagy m.fl, 2014, s. 4). Som angetts av WHO (2013) kommer hälso- och sjukvårdspersonals användning av EBP att leda till psykiska hälsovårdstjänster av god kvalitet, eftersom EBP ger bättre resultat än utan EBP (Weisz m.fl, 2013). Hälso- och sjukvårdspersonal kan använda riktlinjer som ger en överblick över befintliga evidensbaserade insatser för behandling av olika slags psykiska hälsoproblem (Hopkins, Crosland, Elliott och Bewley, 2015). I Förenade kungariket utgör NICE-riktlinjerna (National Institute for Health and Care Excellence) en källa till information för läkare vid hantering av vissa tillstånd bland ungdomar. För låg- och medelinkomstländer tog WHO (2010) fram Mental Health Gap Action Intervention Guide (mhGAP-IG). I denna vägledning presenteras en översikt över evidensbaserade insatser för att hantera ett antal prioriterade tillstånd (t.ex. depression, psykos, bipolära störningar, epilepsi, utvecklings- och beteendestörningar hos barn och ungdomar).

Trots att det finns många EBP, rapporterade hälso- och sjukvårdspersonal i ADOCARE-nätverket att de är underutnyttjade. Det beror på svårigheterna med att praktiskt tillämpa EBP. Hälso- och sjukvårdspersonal tvekar ofta mellan å ena sidan att erbjuda en smidig och individuell behandling och å den andra att tillhandahålla standardiserade insatser som vägleds av protokoll. Det är därför klokt att erbjuda mer stöd om hur man tillämpar EVP på ett standardiserat och ändå personligt sätt. Utöver EBP framhöll hälso- och sjukvårdspersonal att lovande och nyskapande insatser borde beaktas – även om de ännu inte validerats.

Föräldraengagemang

Hälso- och sjukvårdspersonal inom ADOCARE är eniga om att föräldrar är centrala partner i en ung människas nätverk. Det normala borde vara att hälso- och sjukvårdspersonal informerar och engagerar föräldrar så snart och så ofta de kan. I början av en behandling är detta en av de första frågor man ska diskutera med den unge. Tanken rent generellt är att nå en god balans mellan respekten för ungdomarnas integritet och att blanda in föräldrar och familj.

Familjemedlemmar – i synnerhet föräldrar – som lever med en ung människa med psykiska hälsoproblem upplever i själva verket ofta själva problem (Vermeulen, Lauwers, Spruytte och Van Audenhove, 2015, <http://caringformentalhealth.org>). Inbland uppdagar hälso- och sjukvårdspersonal dysfunktionella förhållanden i familjen. Därför är det viktigt att stödja ungdomars familjer även då ungdomarna inte vill att deras föräldrar ska blandas in. I genomgången av Kaslow, Broth, Oyeshiku och Collins (2014) finns en översikt över effektiva familjebaserade program för förebyggande, psykoterapi och psykoeducativa insatser. Forskning bekräftar verkligen att det kan vara positivt för ungdomar att engagera familj i terapi (Young och Fristad, 2015).

Kontinuitet, integrering och samordning av vård

Vårdkontinuitet definieras som vårdens kvalitet över tiden sett utifrån både patientens och vårdgivarens perspektiv (Gulliford, Naithani och Morgan, 2006). Det innefattar både longitudinell kontinuitet (dvs. en oavbruten serie kontakter över en lång period) och tvärgående kontinuitet (dvs. enhetlighet mellan insatser inom och av olika vårdgivare) (Bruce och Paxton, 2002; Thornicroft och Tansella, 1999).

Vårdkontinuitet hänger också nära samman med integrerad vård, vilken definieras som: «en sammanhängande uppsättning metoder som påverkar finansierings-, administrativa, organisatoriska, tjänsteleverans- och kliniska nivåer, som utformas för att skapa kopplingar, avstämning och samarbete inom och mellan olika sektorer» (Kodner och Spreeuwenberg, 2002). För ungdomar med psykiska hälsoproblem är det mycket viktigt att tillhandahålla en integrerad vård. För det mesta har unga människor flera behov (psykologiska, medicinska, sociala, utbildningsrelaterade, yrkesrelaterade).

De kräver att flera vårdgivare som ofta är anställda vid skilda inrättningar inom olika sektorer efter varandra eller samtidigt tillhandahåller en mix av tjänster. För att tillhandahålla vård av hög kvalitet är en integrering av dessa olika nivåer ett måste.

För att omsätta vårdkontinuitet och integrerad vård i praktiken krävs strategier på flera nivåer, från makro- till mikronivå (Grone och Garcia-Barbero, 2001; Kodner och Spreeuwenberg, 2002; Mur-Veeman, Hardy, Steenbergen och Wistow, 2003; Thornicroft och Tansella, 2003; Valentijn, Schepman, Opheij och Bruijnzeels, 2013). På makronivå styrs integreringen i hög grad av hur tjänsterna för psykisk hälsovård är organiserade i vid mening och av hur statliga avdelningar och departement antingen väljer ett gemensamt eller separata ramverk för sektorer som berörs (WHO, 2005). Tyvärr lägger lagstiftning och finansieringssystem för det mesta hinder i vägen för samordnad vård. Samarbete grundas ofta på tillfälliga arrangemang av läkare. Därför är det viktigt att påpeka detta för regeringar, så att de tillhandahåller ett lämpligt ramverk för samarbete. Det är deras uppgift att lyfta fram fördelar och förmåner med att jobba tillsammans och ta itu med människors farhågor och motstånd mot förändring. Samarbetsaktiviteter, som möten där hälso- och sjukvårdspersonal från olika organisationer inblandade i behandlingen deltar, kan ersättas. Andra strategier består i att skapa lokala kommittéer för att överinse vårdens kvalitet och för att styra samarbete mellan olika tjänster och samlar information om olika initiativ på en och samma webbplats (WHO, 2005).

På mellannivå kan MHC-tjänster och hälso- och sjukvårdspersonal stärka samordning och samarbete genom att till exempel flytta ihop och slå samman tjänster, anordna gemensamma utbildningsprogram för att uppnå delad kompetens och inrätta en gemensam datainfrastruktur för att samla in och dela patientuppgifter. Tvärfackligt teamarbete kan underlättas genom att initiera gemensam vårdplanering så att teamet av hälso- och sjukvårdspersonal delar en gemensam vårdplan och känner ansvar för genomförandet av denna och genom att inrätta intensiv fallhantering (d'Amour m.fl, 2008; WHO, 2013). Enligt experterna inom ADOCARE-nätverket är det upp till de professionella vårdgivarna att samordna och integrera vården. Det är definitivt inte ungdomarnas eller deras familjers ansvar.

Övergången från AMHC- till MHC-tjänster för vuxna

I Europa skiljer man i många länder mellan å ena sidan MHC för barn/ungdomar och å den andra MHC för vuxna. Det betyder att personer med psykiska hälsoproblem tidigt i livet – på någon punkt av sin vårdväg – kan komma att föras över från MHC-tjänster för barn/ungdomar till MHC-tjänster för vuxna. Under denna övergångsperiod tappas unga människor ofta bort, eftersom kvaliteten på övergångsvården är begränsad (Singh m.fl, 2010a; Singh m.fl, 2010b). De viktigaste hinder som stör övergången är systemfragmentering, brist på ledarskap, bristfällig prioritering av denna målgrupp, dålig kommunikation, stigma, en klyfta mellan policy och praxis, brist på studier, brista på gemensamma övergångsprotokoll samt en allmän knapphet på information om tjänster (Paul, Street, Wheeler och Singh, 2014; Royal College of Psychiatrists, 2013). Övergången misslyckas också ofta på grund av att läkare vid MHC-tjänster för ungdomar underlåter att remittera eller tjänster för vuxna vägrar att acceptera remitteringar eller skriver ut unga människor som inte kommer till det första besök som erbjuds (Paul m.fl, 2013). Alla hinder mot en övergångsvård av kvalitet hänger emellertid inte samman med tjänstesystemet. Övergången kan också misslyckas på grund av de unga människornas vägran att acceptera remittering till vuxna tjänster (Paul m.fl, 2013).

Om vården avbryts på grund av övergång inverkar det negativt på ungdomars hälsa och välbefinnande och detta är därför en högprioriterad fråga. TRACK-studien (Singh m.fl, 2010) gav upphov till följande rekommendationer för att förbättra övergångsvården:

- När man tar fram och tillämpar protokoll för att förbättra övergång står ungdomarnas behov i centrum för varje beslut som fattas. För att uppnå det måste ett antal grundläggande regler respekteras. Tidsram och allas ansvarsområden är klart definierade. Ungdomarna är väl förberedda. Det finns en reservplan om MHC-tjänsterna för vuxna inte kan godta övergången. Slutligen bör tjänster vara flexibla när det gäller klienternas ålder.
- Ungdomar går över till vuxentjänster i ett läge när deras tillstånd är stabilt. Tjänsterna undviker flera samtidiga övergångar. MHC-tjänster för ungdomar och vuxna har ett nära samarbete och arbetar antingen tjänsteöverskridande eller erbjuder perioder med parallell vård. Vuxentjänster är aktivt inblandade innan ungdomstjänsten skriver ut ett fall. Tjänster behöver ett standardiserat journalföringssystem för att enkelt kunna föra över all korrespondens och alla kontaktuppgifter.
- Lokala MHC-tjänster för ungdomar och vuxna och frivilligtjänster kartläggs och uppdateras regelbundet (verksamhetens omfattning, kommunikationsnätverk och viktiga kontaktpersoner).
- Hälso- och sjukvårdspersonal verkligen inser hur man genomför denna övergång av vården rätt. Utbildning som tar upp frågor rörande remittering till andra tjänster, ökar kunskaperna om andra tjänster och fokuserar på egen effektivitet och kompetens.
- Politiska planer innefattar strategier för att förbättra övergångsvården.
- Fyra kriterier används för att utvärdera övergång: uppfattad vårdkontinuitet, parallell vård, ett övergångsplaneringsmöte samt informationsöverföring.

I själva verket håller Milestone-projektet (Managing the Link and Strengthening Transition from Child to Adult Mental Health Care, ett forsknings-samarbetsprojekt finansierat av Europeiska kommissionen) för närvarande på att ta fram och pröva nya modeller för övergångsvård för tjänster i EU. Närmare bestämt tar man fram och validerar övergångsspecifika resultatmått jämte riktlinjer för att förbättra riktlinjer och utfall samt utbildningspaket för läkare (De Girolamo, 2014).

Broar till den riktiga världen

Inom ramen för ADOCARE-forskningen framhöll ungdomar att alla insatser – någon gång – måste knyta an till den riktiga världen: – Det är det viktigt att bygga broar mellan behandlingsmiljön och den riktiga världen. Hälso- och sjukvårdspersonal borde därför vid intagning på sjukhus omedelbart ta fram strategier för att hjälpa ungdomar att åter integreras i samhället. Exempelvis hjälpa dem att avsluta skola/utbildning, hitta en bra bostad eller ett riktigt jobb och att bygga upp förtroendefulla relationer med andra och föra in världen utanför i institutionsvårdsmiljön (till exempel genom en aktivitet som är tillgänglig för grannar och vänner).

Uppsökande

Unga människor söker sällan frivilligt tillgång till kliniska tjänster. Därför är det viktigt att hälso- och sjukvårdspersonal besöker platser där unga människor håller till, som kaféer, populära idrottsanläggningar och platser där hemlösa ungdomar tillfälligt bor (ADOCARE, 2015). Uppsökande metoder är också ett värdefullt sätt att ta reda på vad ungdomar är intresserade av och behöver. Vid uppsökande verksamhet är det oerhört viktigt att främst fokusera på unga människor med flera problem. Dessa försummas ofta av hälso- och sjukvårdspersonal, eftersom de för det mesta inte uppfyller kriterierna för program inriktade på särskilda grupper.

Etiska överväganden

Generellt sett antas alla tjänster respektera tre viktigare etiska principer som redovisas i Belmontrapporten (Michaud, Berg-Kelly, Macfarlane och Benaroyo, 2010): självständighetsprincipen (dvs. att individer behandlas som självständiga subjekt och personer med nedsatt självständighet har rätt till skydd), principen om att göra gott (dvs. att inte skada, så långt möjligt begränsa skada och maximera potentiella fördelar) samt principen om rättvisa/billighet (dvs. se till att alla har tillgång till resurser i lika mån). Dessutom läggs i Barcelonaförklaringen fram att vissa andra värden, som delaktighet, värdighet, integritet, sekretess och sårbarhet, måste finnas närvarande inom klinisk vård (Michaud m.fl., 2010). Sådana principer måste tydligt anges i tjänstestadgor som tas fram i samarbete med ungdomar. Vad beträffar vård och behandling måste man vidare försöka ta upp etiska dilemman med hjälp av ett betänksamt angreppssätt, eftersom varje situation är annorlunda och unik. Under denna process borde hälso- och sjukvårdspersonal ha tillgång till återkoppling från en objektiv etisk kommitté bestående av hälso- och sjukvårdspersonal och experter (Michaud m.fl., 2010).

Skillnader mellan könen

Forskning visar att unga pojkar har mindre kunskaper om psykisk hälsa och MHC-tjänster och är mindre beredda att använda sådana tjänster (Chandra m.fl., 2006). Enligt vad som rapporteras är de mindre benägna att söka hjälp, eftersom de är rädda att uppfattas som svaga. Dessutom finner föräldrar det svårare att acceptera psykisk hälsovård för sina söner. Det är lättare för dem när deras döttrar har behov av hjälp. Man kan tackla skillnader mellan könen genom bättre utbildning i psykisk hälsa och genom att tillhandahålla MHC-tjänster på gymnasiet. Det är tydligt att vi aktivt behöver blanda in föräldrar om vi så långt möjligt vill eliminera stigmatiserande attityder gentemot pojkar (Chandra m.fl., 2006). Det är viktigt att notera att könsrelaterade skillnader avseende behandlingsbehov inte nämndes under ADOCARE-forskningen och vi fann inte heller några hänvisningar till sådana i litteraturen. Vi kan utan hinder anta att ett individuellt tillvägagångssätt där varje enskild klients behov beaktas blir relevant ur ett könsperspektiv.

Utbildning och yrkesutbildning

För att hälso- och sjukvårdspersonal ska reagera effektivare och med större lyhörighet för ungdomars behov behöver de relevant utbildning och yrkesutbildning (WHO, 2002). Det betyder att personal inom psykisk hälsa och vård som arbetar med ungdomar (dvs. ungdomspsykiatriker och -psykologer) får särskild utbildning i frågor som lagstiftning och politik avseende AMH, normal och problematisk utveckling för ungdomar och särskilda psykopatologiska frågor, tjänster som tillhandahåller AMHC, kommunikation och delat beslutsfattande med ungdomar och medlemmar av deras familjer, evidensbaserade psykosociala insatser, aspekter som rör samordning, samarbete och övergångsvård samt bedömning av psykiska hälsoproblem hos ungdomar.

Utfallet från ADOCARE-forskningen visar att yrket ungdomspsykiatriker finns erkänt i lag i endast fem av tio deltagande medlemsstater (Finland, Tyskland, Ungern, Italien och Litauen). Yrket ungdomspsykolog erkänns inte formellt någonstans som ett särskilt yrke. Det är viktigt att notera att utbildnings- och yrkesutbildningsprogram för personal inom psykisk hälsa och vård skiljer sig starkt åt runt om i Europa och följer olika normer (Union Européenne des Médecins Spécialistes, 2014). Det betyder att de är svåra att jämföra. En gemensam EU-modell för utbildning och yrkesutbildning av hälso- och sjukvårdspersonal och team inom AMHC, utan att försumma de lokala utbildningsbehoven, skulle kunna vara till hjälp. European Federation of Psychiatric Trainees (EFPT) och Union of European Medical Specialists (UEMS) formulerade båda rekommendationer avseende yrkesutbildningsprogram för psykiatriker i allmänhet och ungdomspsykiatriker i synnerhet.

Även hälso- och sjukvårdspersonal som får en mer generell yrkesutbildning och bara konfronteras med AMH-problem när de verkar inom en viss miljö borde utbildas i AMH-frågor som en del av deras grundläggande yrkesutbildning. Eller så skulle

de kunna välja att genomgå mer ingående yrkesutbildning efter sin grundexamen. Härvid tänker vi på allmänläkare, sjukskötare på sjukhus, skolsköterskor, ungdomsarbetare, verksamma inom folkhälsa, socialarbetare och lärare.

Ungdomsvänliga MHC-tjänster och personal

Ofta är inte tjänsters utformning och hälso- och sjukvårdspersonalens attityd inte särskilt lämpad för unga människors utvecklings- och kulturella behov (Ambresin m.fl., 2013; Breland m.fl., 2014; McGorry, Bates och Birchwood, 2013; Tylee m.fl., 2007). För att stärka åtkomlighet, rättvisa och acceptans måste tjänster och personal bli mer ungdomsvänliga. Olika studier har granskat förutsättningarna för ungdomsvänliga hälso- och sjukvårdstjänster och -personal (Ambresin m.fl., 2013; Harper, Dickson och Bramwell, 2014; McGorry m.fl., 2013; Tylee m.fl., 2007; WHO, 2002). En liknande undersökning genomfördes inom ramen för ADOCARE-forskningen, med särskild fokusering på förutsättningarna för ungdomsvänliga MHC-tjänster. Ungdomar tillfrågades om hur en ungdomsvänlig tjänst skulle se ut och vilka egenskaper hälso- och sjukvårdspersonalen borde ha. Detta blev utfallet:

- Aktivt engagera unga människor i utformning av tjänsten, leverans av vård (t.ex. stöd från jämnåriga, grupperapi, självstödsgrupper), utvärdering och uppföljning av en tjänst (Bielsa m.fl., 2010). Hos vissa tjänster är ungdomar engagerade i att ta fram tjänstestadgor om sekretess, öppettider, behandlingsprogram, ungdomars rättigheter, etiska aspekter osv.
- Vara lätt att få åtkomst så att ungdomar upplever färre hinder. Det innebär tjänster utan tidsbeställning, praktiska öppettider, åtkomst utan föräldrarnas tillstånd, låg kostnad eller gratis tjänster, kortare väntetider, smidig placering nära allmänna kommunikationsmedel, tillgång till e-hälsoverktyg, tilltalande och inbjudande miljö, diskret ingång, positiv image.
- Investera i aktiviteter/kommunikation som ökar medvetenheten (broschyrer, affischer, webbplats osv.) och öka kunskaperna om psykisk hälsa. Ungdomar vet ofta inte vad de ska göra eller vart de ska gå när de behöver hjälp.
- Ge tydlig information om rättsliga (sekretess) och ekonomiska (överkomlig kostnad) aspekter. Bland annat borde man tydligt redogöra för vad ungdomar kan förvänta sig när de är under 18 och tar kontakt med en tjänst utan att deras föräldrar vet om det.
- Anstränga sig för att garantera kontinuitet för terapeutiska relationer med hälso- och sjukvårdspersonal, till exempel genom att minimera personalomsättningen. Ungdomar befinner sig i ett omtumlande skede av livet. Hälso- och sjukvårdspersonal borde därför försöka erbjuda stabilitet.
- Engagera goda föregångsexempel (dvs. ungdomar som tidigare upplevt liknande problem), eftersom de har en gynnsam inverkan på ungdomars välbefinnande.

Ungdomar lägger stor vikt vid hälso- och sjukvårdspersonalens attityd, kompetensnivå och motivation. Helst ska hälso- och sjukvårdspersonalen ha följande egenskaper (ADOCARE, 2015; Ambresin m.fl., 2013; Tylee m.fl., 2007; WHO, 2002):

- De är motiverade, ärliga, passionerade, entusiastiska, ger stöd, är lätta att få kontakt med och visar respekt.
- De anammar ett utvecklingsinriktat synsätt och har kunskaper om de många förändringar i livet ungdomar upplever.
- De lämnar tonårsinriktade (verklighetstroga) hälsoupplýsningar så att ungdomar kan välja fritt och med full insikt.
- De tror verkligen att ungdomar har en lovande framtid och förmedlar sin övertygelse till sina klienter.
- De är lyhörda för hierarkiska skillnader, för att undvika en attityd med «vid och de», och behandlar inte ungdomar som hjälplösa individer.

Kvalitetsindikatorer

För att tillhandahålla rätt MHC är det viktigt att tjänsterna fortlöpande satsar på kvalitetsförbättring. Det uppnås genom en fortlöpande iterativ process för att utveckla policy, utforma standarder, fastställa ackreditering och övervaka tjänster (WHO, 2005, s. 35). Att mäta kvaliteten på vissa delar av den vård som ges (dvs. kvalitetsindikatorer) är en grundläggande förutsättning för att förbättra kvaliteten. I litteraturen definieras en kvalitetsindikator som «en mätbar del av praxisresultatet, för vilken det finns belegg eller råder samförstånd kring att den kan användas för att bedöma vårdens kvalitet och därigenom förändra kvaliteten på den vård som ges» (Legido-Quigley, McKee, Nolte och Glinos, 2008).

Kvalitetsindikatorer kan vidare delas in i indikatorer på makro-, mellan- och mikronivå (Gaebel m.fl., 2012). Indikatorer på makronivå avser tillhandahållandet av strukturell kvalitet på nationell nivå (t.ex. utbildning, uppföljning och hur tjänsterna för psykisk hälsa generellt är organiserade i ett land). Indikatorer på mellannivå avser aspekter som rör systemens för psykisk hälsa interna struktur (t.ex. strukturella krav för att svara mot patienternas behov, hur tvärfackliga tjänsterna är, tekniktillgänglighet, personal). Indikatorer på mikronivå vägleder strukturer och processer inom enskilda tjänsteenheter. På respektive nivå kan indikatorerna indelas ytterligare i strukturella, process- och utfallsindikatorer. Strukturella indikatorer utgörs av tjänsters egenskaper, som inrättningar, utrustning, mänskliga resurser och organisatoriska strukturer. Processindikatorer inbegriper verksamhet som rör att ge och få vård, däribland vårdgivares verksamhet och utfallsindikatorer rörande vårdens verkan.

I de User-generated Quality Standards for Youth Mental Health in Primary Care som tagits fram av Graham m.fl. (2014) och de Service Standards (sjunde utgåvan) som tagits fram av Quality Network of Inpatient Care i Förenade kungariket (Thompson och Clarke, 2015) formulerades kvalitetsstandarder särskilt för AMHC-tjänster. I tabell 1 listas de kvalitetsindikatorer som fördes fram av de experter, den hälso- och sjukvårdspersonal och de beslutsfattare som medverkade i ADOCARE:s forskningsverksamhet. Indikatorerna rör enskilda AMHC-enheter (mikronivå) och har ordnats i strukturella, process- och utfallsindikatorer.

Tabell 1. Förteckning över kvalitetsindikatorer genererad av ADOCARE-intressenterna.

Strukturella kvalitetsindikatorer	<p>Tjänsten är tillgänglig: ungdomar har åtkomst av hälsovård, i tid, oavsett inkomst, plats och kulturell bakgrund. Det finns ingen väntelista: tjänsten har ett överkomligt pris och är lätt att komma åt.</p> <hr/> <p>Resurser används på ett kostnadseffektivt sätt.</p> <hr/> <p>Tjänster är hållbara med avseende på inrättningar, personal och utrustning.</p> <hr/> <p>Hälso- och sjukvårdspersonalen är duglig, kompetent och genomgår regelbundet kurser om frågor som rör ungdomar.</p> <hr/> <p>Tjänsten har en förbättringsplan som tillämpas och gjorda framsteg följs upp.</p> <hr/> <p>Strukturella krav genomförs för att säkerställa patienternas värdighet och grundläggande behov.</p>
Indikatorer på processkvalitet	<p>Den vård som tillhandahålls är relevant i den mening att insatserna är relevanta för ungdomarnas behov och grundas på fastställda standarder.</p> <hr/> <p>Psykosociala, medicinska och andra insatser används på ett balanserat sätt.</p> <hr/> <p>Vården präglas av kontinuitet och samordning (dvs. vård utan avbrott som är samordnad över tiden för program, praktiskt verksamma, organisationer och nivåer).</p> <hr/> <p>Samarbete finns med andra tjänster för att tillhandahålla integrerad vård.</p> <hr/> <p>Tjänster lyckas vara nyskapande.</p> <hr/> <p>Hälso- och sjukvårdspersonal har en positiv inställning till ungdomar. De agerar på ett respektfullt, ärligt, stödjande, vänligt och trovärdigt sätt.</p> <hr/> <p>Tjänster och hälso- och sjukvårdspersonal tillämpar principerna om delat beslutsfattande i praktiken.</p> <hr/> <p>Tjänster och hälso- och sjukvårdspersonal gör ungdomar delaktiga genom att lära dem hur de klarar av sina problem och genom att uppmuntra dem att be om hjälp när de i framtiden ställs inför problem.</p> <hr/> <p>Tjänster tar upp etiska principer och respekterar ungdomars mänskliga rättigheter.</p>
Indikatorer på utfallskvalitet	<p>Den vård som lämnas har en positiv inverkan på ungdomarnas symptom, på deras vardagsliv (t.ex. dagar i skolan, komma hem före midnatt, kämpa mot beteende osv.) och på deras livskvalitet.</p> <hr/> <p>De positiva verkningar som är ett resultat av den vård som lämnats finns kvar på lång sikt (t.ex. efter ett år).</p> <hr/> <p>Önskat utfall uppnås inom en rimlig tidsram. Graden av bortfall är begränsad till ett minimum.</p> <hr/> <p>Hälso- och sjukvårdspersonalen är nöjda med sitt arbete. Personalomsättningen är begränsad, antalet sjukdagar bland hälso- och sjukvårdspersonalen är begränsad och förekomsten av utbrändhet är begränsad.</p>

Det är upp till beslutsfattare att fastställa övergripande standarder för alla indikatorer och för att ta fram instrument för att utvärdera i vilken mån dessa standarder uppfylls. För att medge jämförelser är det bästa om samma instrument används för alla tjänster, regioner och länder. Utvärderingen av tjänster kan göras av tjänsten själv eller av en forskningsorganisation med oberoende finansiering (WHO, 2002). Efter utvärdering bör resultaten kommuniceras till tjänster på ett konstruktivt sätt, med rekommendationer och stöd för förbättring (WHO, 2002).

7. Förebygga psykiska hälsoproblem och främja psykiskt välbefinnande

Mellan länder finns enorma skillnader avseende hur mycket finansiering som finns för att förebygga psykiska hälsoproblem och främja psykiskt välbefinnande (Jane-Llopis och Anderson, 2005). I en studie genomförd av Samele, Frew och Urquia (2013) lade 16 länder ut mindre än 30 euro per capita på att förebygga ohälsa och folkhälsa, medan sex länder lade ut 100 euro eller mer per capita. Dagens program för ungdomar skiljer sig oerhört mycket åt i fråga om syften, målgrupper och tillvägagångssätt. Fler än hälften (63 %) av de program som studerades fokuserar på att förebygga psykiska hälsoproblem, medan bara 17 % fokuserar på att främja psykiskt välbefinnande. I de flesta fall tar programmen upp mobbning eller stigmatisering (Samele m.fl, 2013).

Alla EU-medlemsstater borde ha en per land baserad handlingsplan för att förebygga psykiska hälsoproblem och för att främja psykiskt välbefinnande för ungdomar (NHS England, 2015). Sådana program syftar till att stärka skyddsfaktorer för att förebygga utveckling av psykiska hälsoproblem. Man kan exempelvis bygga upp tålighet, stimulera till ett relevant hjälpuppsökande beteende, stödja föräldrar med att uppfostra sina barn, skapa goda skolmiljöer, positiva grupper av jämnåriga, stimulera andlighet, öka delaktigheten eller öka kunskapen om psykisk hälsa. Men man kan göra mer. Program kan även ta upp riskbeteenden som bidrar till utvecklingen av psykiska störningar, som mobbning, våld i hemmet, drogmissbruk m.m. (Jane-Llopis och Anderson, 2005). Åtgärder som särskilt riktar in sig på riskutsatta barn och familjer. När man sätter samman en handlingsplan för att förebygga och främja psykisk hälsa är det klokt att ta en titt på strategier och program som verkar ha varit framgångsrika i andra länder. Härvid bör man nämna att en gemensam åtgärd om psykisk hälsa och välbefinnande nyligen inrättades. Den består av 51 samarbetspartner från 28 EU-medlemsstater och 11 europeiska organisationer. Detta nätverk av experter samarbetar för att ta fram ett ramverk för agerande i fråga om politik för psykisk hälsa på europeisk nivå. Dess agenda består av att främja psykisk hälsa och välbefinnande, förebygga psykiska störningar, förbättra vården samt social integration av människor med psykiska störningar. Att främja psykisk hälsa på skolor är ett av de fem viktigaste områdena (www.mentalhealthandwellbeing.eu).

Strategier i skolmiljö

Ungdomar tillbringar mycket tid i skolan. Skolor ligger därför väl till för att främja psykiskt välbefinnande, förebygga psykiska hälsoproblem, tidigt uppmärksamma problem och remittera på ett relevant sätt (Farmer m.fl, 2003; Paternite och Johnston, 2005; Rones och Hoagwood, 2000; Weist och Paternite, 2006). Inom ramen för ADOCARE-forskningen föreslog experter olika strategier för att stärka unga människors psykiska välbefinnande i skolmiljöer.

- Erbjud lärare grundläggande utbildning i psykisk hälsa. Lärare finns hela tiden närvarande i ungdomars liv. De har möjlighet att upptäcka problem i ett tidigt skede och de kan ge värdefullt stöd. Därför är det viktigt att lärare får grundläggande utbildning i hur man främjar psykisk hälsa, i psykiska hälsoproblem och i hur man förebygger och uppmärksammar sådana problem.
- Engagera personal inom psykisk hälsa och vård på skolor. Man påpekade inom ramen för ADOCARE-forskningen att lärare, mot bakgrund av deras höga arbetsbelastning, inte i onödan borde belastas med att ge ungdomar stöd och vård. Dessutom kräver vissa psykiska hälsoproblem erfaren hälso- och sjukvårdspersonal. I sådana fall borde lärare kunna falla tillbaka på personal inom psykisk hälsa och vård som arbetar i skolmiljön (t.ex. skolsköterska, skolkurator, skolpsykolog). Sådan hälso- och sjukvårdspersonal kan ge lärare råd kring hur man hanterar elever med psykiska hälsoproblem, de kan stödja ungdomar direkt eller remittera elever till en expert.
- Samarbeta med extern personal inom psykisk hälsa och vård. I vissa fall räcker det stöd som ges av lärare och skolans personal inom psykisk hälsa och vård inte till och därför behöver extern hälso- och sjukvårdspersonal engageras. Skolans personal inom psykisk hälsa och vård borde ha möjlighet att samarbeta med personal inom psykisk hälsa och vård som arbetar utanför skolmiljön. Uppsökande läkare inom psykisk hälsa kan exempelvis placeras på plats i skolor. En färsk studie visar att denna formel inverkar positivt på förekomsten av avstängning, skolnärvaro samt emotionella och beteenderelaterade symptom hos ungdomar, så som de uppfattas av föräldrar och lärare (Ballard, Sander och Klimes-Dougan, 2014).
- Anordna lektioner om psykisk hälsa. Ungdomar behöver inte bara veta hur deras kroppar fungerar, de behöver också förstå hur deras intellekt fungerar (ADOCARE, 2015). Lektioner som är integrerade i läroplanen borde fokusera på frågor rörande psykisk hälsa, som att bygga upp tålighet, respektera andra, lära ut sociala färdigheter, hantera svåra situationer, främja uppsökandet av hjälp som en personlig styrka, främja familjeengagemang, uttrycka känslor samt utveckla individuella starka sidor (Vidal-Ribas, Goodman och Stringaris, 2015). Sådana lektioner kan ges av vårdlärare eller hälsoutbildare, men en möjlighet är också att bjuda in någon som arbetar inom psykisk hälso- och sjukvård som gästtalare. Att möta någon som är verksam inom psykisk hälso- och sjukvård i klassrummet gör det lättare för ungdomar att senare vid behov söka upp en sådan person. Vi rekommenderar starkt att man vid lektioner om psykisk hälsa anammar ett nyskapande synsätt som grundas på samverkan. Huvudsakligen ligger fokus då på att samtidigt förvärva kunskaper, inställningar och kompetens. Inom ramen för ADOCARE-forskningen påpekade ungdomar att lektioner om psykisk hälsa kan ge upphov till mobbning och lärare bör vara mycket medvetna om det.
- Anordna hälsokontroller. Inom skolmiljön betraktas i allmänhet program för förebyggande och screening som något positivt. För sådana program krävs att man samlar in och screenar data, använder utfallet i ett tvärfackligt skolteam, fastställer protokoll som anger insatser som baseras på screening-profiler och samarbete med externa intressenter när det förefaller krävas specialistvård

(Dowdy m.fl, 2014). Inom ramen för projektet Saving and Empowering Young Lives in Europe (SEYLE) togs ett förfarande fram för skolbaserad professionell screening (Wasserman m.fl, 2015) som föreföll effektivt för att identifiera elever som hade behov av MHC (Kaess m.fl, 2014a). Men inom ramen för ADOCARE-forskningen stod det klart att screening bara är rimligt när ett land kan erbjuda relevant MHC. Om ett land saknar relevanta MHC-tjänster kan screening-program vara till skada, eftersom de skapar en efterfrågan på hjälp som inte kan mötas.

- Ta hand om riskbeteenden bland elever. Skolor bör vara uppmärksamma på riskbeteenden som är starkt förknippade med psykiska hälsoproblem, som drogmissbruk, sensationslystnad, brottsligt beteende, överdriven användning av medier, självskadebeteende och skolkning (Kaess m.fl, 2014a). När det gäller skolkning borde det vara normal rutin för en skolkurator eller ungdomsarbetare att söka upp för att etablera kontakt med den unge. En annan viktig skolrelaterad företeelse som man måste ta itu med är mobbing. En studie som genomfördes bland en grupp inlagda ungdomspatienter som led av allvarliga psykiska hälsoproblem visar att nästan 43 % av ungdomspatienterna hade mobbats minst en gång (Kalmakis och Chandler, 2015; Ryttilä-Manninen m.fl, 2014).

8. Politik och rättsliga ramverk med anknytning till AMHC

2009 hade nästan inget europeiskt land någon politik för psykisk hälsa med särskild inriktning på ungdomar (Vieth, 2009). Sedan dess har vi sett vissa framsteg. ADOCARE-resultaten visar att sex av tio deltagande medlemsstater (Belgien, Finland, Italien, Spanien, Sverige och Förenade kungariket) har en plan för psykisk hälsa särskilt för ungdomar. I tre av dessa länder (Finland, Italien, Sverige) utvärderas och följs dessutom politiken för psykisk hälsa regelbundet upp. Även om de flesta länder rör sig i rätt riktning, finns det fortfarande utrymme för förbättring. Det är bekymmersamt att de flesta länder inte har någon klar uppfattning om vilken budget som avsätts till AMH (ADOCARE, 2015). Förenade kungariket är ett undantag, där 11 % av den samlade hälso- och sjukvårdsbudgeten satsas på psykisk hälsa, varav mindre än 1 % går till barn och AMH. Avsättningen av resurser till AMH kan vara lika begränsad i de övriga medlemsstaterna.

Utmaningar när det gäller politik för ungdomars psykiska hälsa

- Utveckla en klar vision för AMH. I de flesta länder är AMHC inte prioriterat, eftersom beslutsfattare inte är medvetna om ungdomars behov avseende psykisk hälsa. Det är oerhört viktigt att ungdomar betraktas som en särskild målgrupp med specifika behov. EU-kommissionen, lobbygrupper, forskare, hälso- och sjukvårdspersonal samt ungdomar och deras familjer bär ett gemensamt ansvar för att förstå ungdomars behov och informera beslutsfattare.
- Utveckla och genomföra särskild AMH-politik och -planer. WHO tog fram ett paket med riktlinjer för beslutsfattare. I detta redogörs för vilka steg som ska tas och i vilken ordning och beslutsfattare får hjälp att utveckla och tillämpa AMH-politik och -planer (WHO, 2005). Under beslutsprocessen är det mycket tillrådligt att ungdomar och deras föräldrar är nära inblandade, eftersom de vet bäst vilka behov de har och var fallgroparna finns. Självfallet måste man också ägna utvärdering uppmärksamhet. Sådan utvärdering måste vara vetenskapligt välgrundad och bör helst publiceras så att andra länder kan få glädje av det arbete som gjorts. Det finns checklistor framtagna av WHO för att utvärdera politik och planer som är lätta att använda (WHO, 2009).
- Tillämpa tydlig lagstiftning om unga människors rättigheter. Den allmänna förklaringen om de mänskliga rättigheterna och FN-konventionen om barnens rättigheter är bra inspirationskällor för att ta fram och utforma ny politik, lagstiftning och ramverk för agerande. Dessutom tillråds regeringar att utarbeta tydlig lagstiftning kring följande frågor: hur ungdomar kan yrka på hjälp utan sina föräldrars tillåtelse, ungdomars rätt till medbestämmande om sina egna behandlingsplaner, föräldrars rättigheter och skyldigheter, förfaranden för beslut om omhändertagande (även om sådana så långt möjligt bör undvikas), registrering i och åtkomst av patientjournaler samt användning av e-hälsa.
- Definiera ett baspaket av grundläggande tjänster som finns för ungdomar runt om i EU-medlemsstaterna (WHO, 2002). Länder stimuleras att förskjuta tyngdpunkten för vården från etablerade institutioner till att förespråka bättre system för stöd och behandling som baseras på uppsökande verksamhet (Knapp, McDaid, Mossialos och Thornicroft, 2006). Runt om i hela Europa finns ett trängande behov av satsningar på MHC-tjänster som enbart utvecklats för ungdomar. Åldersgränserna för dessa tjänster borde vara breda och flexibla och helst sträcka sig från 9 till 25 års ålder.
- Sätta av tillräckliga ekonomiska resurser för AMH. I politiska planer måste man tydligt ange hur mycket av bruttonationalprodukten som sätts av till psykisk hälsa i allmänhet och hur mycket som sätts av till AMH i synnerhet. Enligt WHO:s rekommendation (WHO, 2005) ska budgeten för barn- och AMHC-tjänster vara lika stor som den som läggs på vuxnas psykiska hälsa. Inom ramen för ADOCARE-forskningen angavs att stärkta resurser till förebyggande, främjande av psykisk hälsa och riktad behandling för ungdomar faktiskt sparar pengar på lång sikt. Psykiska hälsoproblem kan fångas upp i ett tidigt skede. Genom att göra det utvecklar klienter som vuxna inte komplexa psykiska hälsoproblem som kräver dyrbar behandling under lång tid.
- Stimulera samarbetet mellan sektorer och yrkesgrupper. Som tidigare nämnts är det klokt av regeringar att utarbeta ett generiskt ramverk för att underlätta samarbete och integrering mellan sektorer, tjänster och yrkesgrupper.





RIKTLINJER OCH REKOMMENDATIONER

Syftet med föreliggande riktlinjer är att ge stöd till beslutsfattare (makronivå), tjänster (mellannivå) och hälso- och sjukvårdspersonal (mikronivå) i deras försök att stärka AMHC i sina länder. Det görs genom att ange huvuddragen för samfällade åtgärder. Ungdomar i denna text spänner över åldrarna 12 till 24 år. De rekommendationer och åtgärder som föreslås är resultatet av en tvåårig forskningsprocess. Samråd skedde vid flera tillfällen, om än på skilda sätt, med följande grupper: beslutsfattare, hälso- och sjukvårdspersonal och experter på AMHC-området, tonåringar och unga människor jämte deras familjer och organisationer som företräder denna åldersgrupp och deras familjer. Dessutom gick vi igenom den senaste litteraturen om MHC i allmänhet och om AMHC i synnerhet.

Rekommendationerna rör tio områden som europeiska länder behöver fokusera på för att stärka AMHC:

- Tillgänglighet till AMHC-tjänster
- Kvalitet på AMHC-tjänster
- Åtkomlighet för AMHC-tjänster
- Individuell behandling
- Integrerad vård
- Ungdomars övergång från AMHC- till MHC-tjänster för vuxna
- Utbildning av hälso- och sjukvårdspersonal
- Förebyggande och främjande av psykisk hälsa
- Politik och rättsliga ramverka
- Forskning

1. TILLGÄNGLIGHET TILL AMHC-TJÄNSTER

Rekommendation: Alla länder förbinder sig att eftersträva en balanserad vårdmodell

Föreslagna åtgärder på makronivå:

- Följande typer av tjänster anses nödvändiga för att få en balanserad MHC till stånd:
 - Primärvårdstjänster för personer med vanliga psykiska hälsoproblem. Sådana tjänster ansvarar för att upptäcka och bedöma fall, kortfristiga psykologiska och sociala insatser liksom social och farmakologisk behandling.
 - Allmänna MHC-tjänster för personer med mer komplexa problem. Allmänna MHC-tjänster innefattar fem delkomponenter: öppenvårdskliniker, uppsökande team för psykisk hälsovård, akut slutenvård, långfristig samhällsbaserad institutionsvård samt arbets- och sysselsättningsstöd.
 - En rad specialiserade MHC-tjänster inom var och en av de fem kategorierna av allmänna MHC-tjänster för att erbjuda mer intensiva/expertinsatser (t.ex. autism, schizofreni, ätstörning, beroende, allvarlig depression och suicidalitet).
 - En balanserad vårdmodell innebär också att både uppsökande och sjukhusvård finns tillgängliga och erbjuds på ett pragmatiskt och balanserat sätt. Det betyder att i länder med många institutionella tjänster behöver antalet sängar minskas till förmån för mer uppsökande vård och främjande av psykisk hälsa.
 - Utvecklingen i riktning mot mer balanserad vård går hand i hand med en allt viktigare roll för primärvården inom psykisk hälsa. Insatser och behandlingar för psykisk hälsa och annan primärhälsovård för ungdomar än specialiserad sådan är integrerad. Exempel på det senare är frågor rörande sexuell hälsa, karriärmöjligheter, hälsa i allmänhet, stöd vid bortgång, kampanjer för att stoppa rökning.
 - Tjänsterna är sammankopplade i ett regionalt nätverk, de tar fram en gemensam uppgift och strategi och ser till att deras tjänster kompletterar varandra. Där finns varken överlappningar eller glapp.
 - Regeringar måste se till att principerna för nivåanpassad vård tillämpas.

Föreslagna åtgärder på mellannivå:

- Nivåanpassad vård är vägledande princip vid val av behandling och insatser:
 - Först ges relevant icke-specialiserad vård.
 - Ungdomar remitteras till mer specialiserad vård först när det förefaller krävas.
 - Hälso- och sjukvårdspersonal (särskilt primärvårdspersonal), men även föräldrar, inser att alla psykiska hälsoproblem inte kräver specialistvård och att mycket kan göras inom ramen för primär- eller uppsökande vård.

Föreslagna åtgärder på mikronivå:

- Allmänläkare och annan primärvårdspersonal utbildas för att uppmärksamma AMH-problem.
- De klarar att använda kortfristiga insatser och är medvetna om bedömningsverktyg för att avgöra om mer specialiserad vård krävs.
- De tillämpar principerna om motiverande samtalsteknik och delat beslutsfattande för att fastställa behandling och avgöra om remittering krävs.

Rekommendation: Tillgänglighet till AMHC-tjänster garanteras för alla ungdomar i behov av vård

Föreslagna åtgärder på makronivå:

- Länder behöver skaffa sig en klar bild av tillgängligheten till MHC-tjänster för ungdomar. Det är oerhört viktigt att identifiera brister i behandlingsutbudet. Detta definieras som den absoluta skillnaden mellan förekomsten av psykiska hälsoproblem bland ungdomar och den andel som får relevant behandling.
- När man väl har fastställt erforderligt antal MHC-inrättningar och -personal per 100 000 ungdomar, måste regeringar vidta åtgärder för att eliminera en eventuell brist i behandlingsutbudet.
- Tillgänglighet till samtliga tre typer av hälso- och sjukvårdstjänster garanteras (primärvårdstjänster, allmänna MHC-tjänster och specialiserade MHC-tjänster). Balanserad vård är tillgänglig i samma mån i hela landet.

2. KVALITET PÅ AMHC-TJÄNSTER

Rekommendation: Alla länder har ungdomsvänliga tjänster som är skräddarsydda efter ungdomarnas behov

Föreslagna åtgärder på makronivå:

- Regeringar ser till att de tre typer av hälso- och sjukvårdstjänster som krävs för att uppnå balanserad vård bedrivs på ett sådant sätt att ungdomar känner sig välkomna och förstärkta. Tjänsterna är ungdomsvänliga.

Föreslagna åtgärder på mellannivå:

- Tjänsterna tillämpar sina åldersgränser (12–24) på ett flexibelt sätt.
- Det är lätt att få åtkomst av tjänsterna, så att ungdomar upplever färre hinder. Det innebär en välkomnande och tilltalande miljö, tjänster utan tidsbeställning, praktiska öppettider, åtkomst utan föräldrarnas tillstånd, låg kostnad eller gratis tjänster, kortare väntetider, smidig placering nära allmänna kommunikationsmedel, diskret ingång och en positiv image.
- Tjänsterna lämnar tydlig information om rättsliga (sekretess) och ekonomiska (överkomlig kostnad) aspekter.
- Unga människor och deras föräldrar är aktivt inblandade i utformningen av tjänsterna, vårdens tillhandahållande och förfaranden för tjänster. Ungdomar kan till exempel vara engagerade i att ta fram tjänstestadgor som tar upp frågor som sekretess, öppettider, behandlingsprogram, ungdomars rättigheter och etiska aspekter.
- Tjänster engagerar goda föregångsexempel vid tillhandahållandet av vård (dvs. ungdomar som tidigare upplevt liknande problem), eftersom de har en gynnsam inverkan på ungdomars välbefinnande. Några exempel är stöd av jämnåriga, grupperapi och självstödsgrupper.
- Tjänster garanterar vårdkontinuitet så att ungdomar företrädesvis behandlas av samma team av hälso- och sjukvårdspersonal.
- Tjänster söker upp ungdomar för att förhindra att ungdomar i behov av hjälp faller ifrån, erbjuda stöd och behandling.

Föreslagna åtgärder på mikronivå:

- Ungdomsvänlighet är ett viktigt kännetecken för personal som arbetar inom AMHC. Utöver sin kliniska kompetens har hälso- och sjukvårdspersonal en positiv inställning till ungdomars liv och livsstil. De respekterar sin målgrupp och är mycket motiverade och ärliga. De är lätta att få kontakt med och utvecklar en hjälpsam relation som främjar delaktighet.

Rekommendation: AMHC-tjänster anammar höga kvalitetsnormer

Föreslagna åtgärder på makronivå:

- Regeringar fastställer en uppsättning kvalitetsnormer som AMHC-tjänster ska uppfylla. Bland relevanta indikatorer finns en tjänsts tillgänglighet, hälso- och sjukvårdspersonalens kapacitet och kompetens samt ett balanserat bruk av psykosociala och medicinska insatser. Beträffande urvalet av indikatorer hänvisar vi till User-generated Quality Standards for Youth Mental Health in Primary Care (Graham m.fl., 2014) och Service Standards (sjunde utgåvan) (Thompson och Clarke, 2015).
- Regeringar tar fram utvärderingsinstrument för att bedöma AMHC-tjänsters kvalitet. För att medge jämförelser används helst samma instrument för alla tjänster, regioner och länder.
- Utvärderingen görs av en forskningsorganisation med oberoende finansiering. Tjänster som inte uppfyller kraven erbjuds stöd för att förbättra sin vårdkvalitet.

Rekommendation: Vid tillhandahållandet av vård beaktas etiska överväganden och värden

Föreslagna åtgärder på makronivå:

- En etisk kommitté finns inrättad för att ge återkoppling till hälso- och sjukvårdspersonal om etiska dilemman.

Föreslagna åtgärder på mellannivå:

- Tjänsterna följer de etiska principerna om oberoende, om att göra gott och om billighet/rättvisa som anges i Belmontrapporten (Michaud m.fl., 2010).
- Etiska frågor som rör sekretess under behandling, ungdomars rätt att få åtkomst av sina patientjournaler och att medverka i sin behandling redovisas tydligt i en tjänstestadga. Denna stadga tas fram i samarbete med ungdomar.

3. ÅTKOMLIGHET FÖR AMHC-TJÄNSTER

Rekommendation: Ungdomar har mycket lätt att få åtkomst av MHC-tjänster

Föreslagna åtgärder på makronivå:

- Regeringar och medier vidtar åtgärder för att övervinna stigmatiserande inställningar mot psykiska hälsoproblem och användning av MHC. Ett återkommande tema är att frågor som rör psykisk hälsa är en normal del av livet och att det inte är ett tecken på personlig svaghet att söka hjälp. Åtgärder bör särskilt inriktas på pojkar, eftersom deras kunskaper om psykisk hälsa är mindre utvecklade och de är mindre beredda att söka hjälp.
- Unga människors kunskaper om psykisk hälsa och MHC borde stärkas. Det kan göras genom att erbjuda webbplatser som är lätta att navigera på och läsa och genom att i hela läroplanen rikta in sig på kunskaper om psykisk hälsa.

Föreslagna åtgärder på mellannivå:

- Tjänster tillhandahåller information online om vilket stöd de erbjuder. Kommunikationen har en stil som tilltalar ungdomar och är mycket saklig. Frågor som rör sekretess tas upp på ett öppet sätt.
- Tjänster bedriver uppsökande verksamhet för att upprätthålla eller få kontakt med de mest sårbara ungdomarna. Denna grupp söker nästan aldrig hjälp på eget bevåg.

Rekommendation: Behandling av psykisk hälsa är så långt möjligt integrerad i icke-specialiserad primärvård

Föreslagna åtgärder på mellannivå:

- Allmänläkare stimuleras och utbildas i att uppmärksamma psykiska hälsoproblem i ett tidigt skede. Under denna typ av insatser bedömer de olika aspekter av livet (hemmiljö, utbildning, sysselsättning, ätvanor, aktiviteter, drogbruk, sexualitet, beroendebeteenden, självmord/depression, tecken på skador och våld) och de ser till att man inte underskattar graden av allvar för psykologiska problem.
- Ungdomsklubbar kan ge information om psykisk hälsa och erbjuda ungdomar med psykiska hälsoproblem grundläggande stöd.

Rekommendation: Internet kan göra MHC mer åtkomligt för ungdomar

Föreslagna åtgärder på makronivå:

- Webbaserade insatser uppmuntras för att stärka åtkomligheten för psykisk hälsovård, informera ungdomar om vård, engagera ungdomar mer aktivt under behandling och se till att vården efter behandling genomgås.
- Regeringar tilldelar webbplatser, verktyg och appar kvalitetsmärkning så att ungdomar vet att de har med tillförlitliga och ungdomsvänliga webbplatser att göra.

Föreslagna åtgärder på mikronivå:

- Hälso- och sjukvårdspersonal är medvetna om tillförlitliga internetbaserade insatser för ungdomar.
- Internetbaserade insatser kompletteras helst med professionellt stöd. Tanken är att hjälpa ungdomar att tolka den information de hittar online och att garantera en individuell behandling.

4. PERSONCENTRERAD BEHANDLING

Rekommendation: Alla länder har ungdomsvänliga tjänster som är skräddarsydda efter ungdomarnas behov

Föreslagna åtgärder på mikronivå:

- Under behandling beaktar hälso- och sjukvårdspersonal hur ungdomar fungerar biopsykosocialt. De fokuserar såväl på klientens psykologiska problem som på hans eller hennes starka sidor och kompetens.
- Under behandlingen engagerar hälso- och sjukvårdspersonalen unga människor i beslutsprocessen genom att tillämpa principerna för delat beslutsfattande. Hälso- och sjukvårdspersonalen anger klart och tydligt att man måste göra vissa val, tillhandahåller tonårsinriktad information om de olika alternativen och stödjer ungdomarna med att utforska önskemål och göra val.

Rekommendation: Alla ungdomar får en effektiv kombination av biopsykosociala behandlingar

Föreslagna åtgärder på makronivå:

- I länder där det biomedicinska paradigmet utgör den enda eller dominerande behandlingsmodellen vidtar regeringar åtgärder för att stimulera användning av det biopsykosociala paradigmet. Det kan göras exempelvis genom att ersätta psykosociala insatser utöver farmakologisk behandling.

Föreslagna åtgärder på mikronivå:

- Hälso- och sjukvårdspersonal betraktar psykosociala insatser som den första behandlingsnivån. Psykoedukation och psykoterapi är vanligast, men andra insatser kan vara gynnsamma, som seminarier i skapande konst, där ungdomar ges tillfälle att uttrycka sina känslor (musik, skrivande, dans, målning m.m.), eller idrottsaktiviteter. En översikt över aktuella evidensbaserade insatser finns i boken What Works for Whom (Vad fungerar för vem) (Fonagy m.fl, 2014).
- Psykosociala insatser fokuserar inte bara på att bota och vårda, utan också på tålighet och på att stärka den egna kompetensen.
- Medicinering kan krävas för svåra psykiska störningar, men den ges i förening med psykosociala insatser. Hälso- och sjukvårdspersonal uppmärksammas på eventuell överkonsumtion av läkemedel och förlitar sig på riktlinjer vid förskrivning.
- Behandlings-, coachnings- och rådgivande strategier som visat sig vara effektiva prioriteras, men man måste vara öppen för ny utveckling. Riktlinjer används, eftersom de ger en översikt över existerande evidensbaserade behandlingar (t.ex. WHO:s Mental Health Gap Action Intervention Guide, NICE osv.). Likaså använder sig hälso- och sjukvårdspersonal av protokoll för hur evidensbaserade insatser ska tillämpas på ett standardiserat sätt.
- Behandlingsutfall följs systematiskt upp för att fastställa om insatser är verkningsfulla.

Rekommendation: Man närmar sig ungdomars psykiska hälsoproblem utifrån ett utvecklingsinriktat perspektiv

Föreslagna åtgärder på mikronivå:

- Vårdgivare beaktar hur den unge hittills har utvecklats och vilka utvecklingsrelaterade frågor och kriser som påverkar den aktuella situationen. Tanken är att fullt ut fatta de problem som finns och att fastställa behovet av hjälp och stöd.
- Vårdgivare inser att ungdomars behov står under ständig förändring. Vårdplanen måste hänga med.

Rekommendation: Alla vårdplaner bygger broar till normalt liv

Föreslagna åtgärder på mellannivå:

- Tillfrisknande och integrering i samhället utgör primära målsättningar för alla behandlingsplaner. Hälso- och sjukvårdspersonal stödjer ungdomar med deras utbildning, med att hitta bostad och sysselsättning och med att bygga förtroendefulla relationer med andra, så att de fullt ut anammar sin roll som medborgare. Samarbete med andra sektorer är därför avgörande.
- När och om så är möjligt erbjuds vård i den unges naturliga miljö. Vid intagning på sjukhus utvecklar hälso- och sjukvårdspersonalen en strategi så att den unge har i utsikt att komma hem.
- Sysselsättning med stöd och utbildning med stöd utgör viktiga aspekter av vård av ungdomar med svår och långvarig psykisk sjukdom. Det kräver systematiskt samarbete mellan tjänster för psykisk hälsa och sysselsättnings- och utbildningstjänster (Ellison m.fl, 2015).

Föreslagna åtgärder på makronivå:

- Länder tar fram lagstiftning om föräldrars rättigheter och skyldigheter om deras barn behöver AMHC:
- Föräldrar informeras i början av behandlingen. Ungdomar uppmuntras att blanda in sina föräldrar om det inverkar positivt på deras välbefinnande.
- Föräldrar bör få stöd när de själva upplever problem eller när en dysfunktionell relation är central för den unges problem. För hälso- och sjukvårdspersonal finns en bra översikt över befintliga familjebaserade insatser (Kaslow m.fl., 2014).

5. INTEGRERAD VÅRD

Föreslagna åtgärder på makronivå:

- Strategiska allianser och vårdnätverk organiseras på lokal nivå. Syftet är att knyta samman olika specialiseringsnivåer (t.ex. primär-, sekundär- och tertiärvårdstjänster) och liknande vårdnivåer inom olika sektorer (t.ex. bostäder, sysselsättning, rättskipning osv.).
- Lokalkommittéer skapas för att styra tjänsteöverskridande nätverksarbete.
- Om hälso- och sjukvårdspersonal som är inblandade i behandling av ungdomar samarbetar sektorsöverskridande borde det finnas ekonomiska incitament. För att uppmuntra till samarbete borde fördelarna med att arbeta tillsammans lyftas fram eller jobbrörlighet mellan sektorer uppmuntras.
- Information om aktuella initiativ finns på en central webbplats.

Föreslagna åtgärder på mellannivå:

- Tvärfackligt teamarbete är det normala och allmänläkaren ingår som medlem av teamet.
- Gemensam vårdplanering initieras. Teamet av hälso- och sjukvårdspersonal delar en gemensam vårdplan och känner gemensamt ansvar för att genomföra den.
- Möjligheter erbjuds till sektorsöverskridande diskussioner och samverkan.
- Intensiv fallhantering inrättas. En hälso- och sjukvårdspersonal utses till slutligt ansvarig för varje fall.
- Samförståndsöverenskommelser utarbetas där respektive partners roller och ansvarsområden definieras och där man anger vilka rutiner och regler som ska gälla för utskrivning, övergång och konflikter.
- En gemensam infrastruktur för att samla in och dela patientinformation mellan olika vårdgivare inom eller i olika sektorer upprättas.
- Gemensam utbildning anordnas för hälso- och sjukvårdspersonal från olika sektorer. Det gör att kompetens delas mellan arbetsfälten.

6. UNGDOMARS ÖVERGÅNG FRÅN AMHC- TILL MHC-TJÄNSTER FÖR VUXNA

Föreslagna åtgärder på makronivå:

- Politiska planer innefattar strategier för att förbättra övergångsvården. Inom ramen för Milestone-projektet tas riktlinjer fram för att bistå dem med att fatta informerade och evidensbaserade beslut för att förbättra hälsosystem.
- Lokala MHC-tjänster för ungdomar och vuxna och frivilligtjänster kartläggs och uppdateras regelbundet (dvs. verksamhetens omfattning, kommunikationsnätverk och viktiga kontaktpersoner).
- Personal inom psykisk hälsa och vård utbildas i hur vårdövergången optimeras. Sådana utbildningar måste ta itu med negativa inställningar rörande remittering till andra tjänster, öka kunskaperna om andra tjänster och stärka den egna effektiviteten och kompetensen. Inom ramen för Milestone-projektet tar man på liknande sätt fram utbildningspaket för läkare runt om i EU som också kommer att tillämpas.

Föreslagna åtgärder på mellannivå:

- Tjänster tar fram och tillämpar protokoll för att förbättra övergång i linje med ungdomarnas behov. I sådana protokoll är tidsram och allas ansvarsområden klart definierade. Det finns en reservplan om MHC-tjänsterna för vuxna eller patienten i fråga inte kan godta övergången.
- Tjänster är flexibla när det gäller klienternas ålder. Ungdomar som inte är redo för en övergång till en tjänst för vuxna förblir i ungdomstjänstens vård.
- Tjänster försöker undvika flera övergångar samtidigt, eftersom redan en övergång kräver mycket förberedelsearbete.
- Den unge och MHC-tjänsten för vuxna hanterar under viss tid tillsammans övergången.
- Ett aktivt engagemang av vuxentjänsten krävs innan ungdomstjänsten får skriva ut en patient.
- MHC-tjänsterna för ungdomar och vuxna använder ett standardiserat journalföringssystem och för över all korrespondens och alla kontaktuppgifter.
- Övergången till vuxentjänster är en viktig kvalitetsindikator vid utvärdering av vård. Inom ramen för Milestone-projektet tar man fram och validerar särskilda utfallsmått.

Föreslagna åtgärder på mikronivå:

- Under veckorna före övergången förbereds ungdomarna väl av hälso- och sjukvårdspersonalen och övergången äger rum när den unges tillstånd är stabilt.

7. UTBILDNING AV HÄLSO- OCH SJUKVÅRDSPERSONAL

Föreslagna åtgärder på makronivå:

- Under sin utbildning får personal inom psykisk hälsa och vård för ungdomar utbildning i särskilda ungdomsrelaterade frågor som normal utveckling för ungdomar, bedömning av psykiska hälsoproblem hos ungdomar, hur man kommunicerar med ungdomar, delat beslutsfattande, evidensbaserade psykosociala insatser, hur man arbetar med ett integrerat nätverk av tjänster, övergångsvård samt politik och lagstiftning rörande AMHC.
- Enhetliga standarder fastställs för läroplanerna för ungdomspsykiatriker och -psykologer i Europa.

Föreslagna åtgärder på mellannivå:

- Tvärfackliga utbildningskurser och doktorandkurser är obligatoriska för läkare vid AMHC-tjänster.
- Lärande nätverk inrättas för att stimulera vidareutbildning på arbetsplatsen (jmf. ImROC).
- Tjänster anordnar regelbundet intervissions- och överinseendegrupper.

Föreslagna åtgärder på makronivå:

- Detta rör allmänläkare, sjukskötare på sjukhus, skolsköterskor, ungdomsarbetare, verksamma inom folkhälsa, socialarbetare och lärare. Dessa genomgår kurser i AMH-frågor inom ramen för sin grundutbildning.
- Hjälptelefonnummer eller webbplatser finns. Hälso- och sjukvårdspersonal kan använda sig av sådana om de har frågor eller funderar över något som rör AMH.

8. FÖREBYGGANDE OCH FRÄMJANDE AV PSYKISK HÄLSA

Rekommendation: Länder har en handlingsplan för att förebygga psykiska hälsoproblem och för att främja psykiskt välbefinnande för ungdomar

Föreslagna åtgärder på makronivå:

- Handlingsplanerna innefattar insatser för att stärka skyddsfaktorer (t.ex. främja relevant hjälpsökande beteende, stödja föräldrar med att uppfostra sina barn, skapa en god skolmiljö, öka kunskaperna om psykisk hälsa m.m.) jämte insatser för att ta itu med riskbeteenden (t.ex. mobbning, fattigdom, våld av föräldrar, drogmissbruk osv.). Dessa åtgärder inriktas särskilt på sårbara unga människor och deras familjer.
- Strategier och insatser som visat sig framgångsrika i andra länder rekommenderas starkt.
- Media kan spela en viktig roll för att eliminera stigmatisering och sprida information.

Föreslagna åtgärder på mellannivå:

- Vårdpersonal söker upp sårbara ungdomar som har en tendens att hålla sig undan. De besöker platser där ungdomar ofta håller till (t.ex. stationer, torg, parker, offentliga idrottsanläggningar, pubar) och uppmanar dem att besöka sina tjänster eller ger vid behov stöd på plats.
- Vissa program stödjer dessa sårbara ungdomars personliga utveckling och integrering. Här tänker vi särskilt på särskilda evenemang eller gruppkิจกรรมer (t.ex. städa i naturen för att skydda miljön, små restaureringar av offentliga byggnader, bistånd till fattiga, kvartersfester, samla in pengar osv.). Detta är ett bra sätt för att göra ungdomar delaktiga, eftersom de lär sig att gradvis engagera sig, ta ansvar, bygga upp sociala relationer osv.
- Föräldrar får stöd för hur man klarar psykiska hälsoproblem hos sitt barn. Webbplatser kan hjälpa föräldrar att identifiera problem som rör psykisk hälsa och visa dem vilka åtgärder de borde vidta i sina barns bästa intresse.

Rekommendation: Skolor är centrala för att främja psykiska välbefinnande

Föreslagna åtgärder på makronivå:

- Lärare får grundläggande utbildning i ungdomars psykiska hälsa, hur man främjar psykisk hälsa och i hur man förebygger och uppmärksammar psykiska hälsoproblem.
- Lektioner om psykisk hälsa är integrerade i ungdomarnas läroplaner. Lektionerna fokuserar på frågor som hur man bygger upp tålighet, respekterar andra, social kompetens, hanterar svåra situationer, uttrycker känslor, främjar hjälpsökande beteende och gör ungdomar delaktiga.
- Hälsokontroller kan anordnas i skolmiljö för att upptäcka elever som har behov av MHC. Inom ramen för projektet Saving and Empowering Young Lives in Europe (SEYLE) togs ett professionellt skolbaserat förfarande fram. Men screening-program har skadlig inverkan när ett land har otillräckliga MHC-tjänster. De kan skapa en efterfrågan på hjälp som inte finns.

Föreslagna åtgärder på mellannivå:

- Personal inom psykisk hälsa och vård (skolkuratorer) finns engagerade på skolan för att ge råd till lärare och/eller erbjuda ungdomar direkt stöd.
- Skolor kan samarbeta med personal inom psykisk hälsa och vård som arbetar utanför skolmiljön. Exempelvis kan extern hälso- och sjukvårdspersonal komma till skolan en gång i veckan.
- Lektioner om psykisk hälsa kan ges av vårdlärare eller hälsoutbildare, men en möjlighet är också att bjuda in någon som arbetar inom psykisk hälso- och sjukvård som gästtalare. För att höja kunskapsnivån och jobba med attityder och kompetens är det dessutom bäst om sådana lektioner hålls på ett interaktivt sätt. Lärare borde vara uppmärksamma på eventuella tecken på mobbning som sådana lektioner kan ge upphov till.
- Skolor är särskilt uppmärksamma på riskbeteenden som är starkt förknippade med psykiska hälsoproblem. Bland exempel på sådana finns drogmissbruk, sensationslystnad, brottsligt beteende, överdriven användning av medier, självskadande beteende och skolkning. I sådana fall försöker skolkuratorn etablera kontakt med den unge för att ta reda på vad som är i görningen.
- Skolor tar fram handlingsplaner för att ta itu med mobbning. Det är viktigt att förebygga psykiska hälsoproblem.

9. POLICY OCH RÄTTSLIGA RAMVERK

Rekommendation: Länder har en handlingsplan för att förebygga psykiska hälsoproblem och för att främja psykiskt välbefinnande för ungdomar

Föreslagna åtgärder på makronivå:

- När man utformar ny politik, lagstiftning och ramverk för agerande utgör den allmänna förklaringen om de mänskliga rättigheterna och FN-konventionen om barnens rättigheter en utgångspunkt.
- Regeringar måste uppmärksamma att starkt AMHC-kvalitet utgör en central prioritering och att ungdomar har särskilda behov.
- WHO har tagit fram ett vägledande paket för länder, i vilket redogörs för vilka steg beslutsfattare behöver ta och i vilken ordning för att utveckla och tillämpa AMH-politik och -planer (WHO, 2005).
- Ungdomar och föräldrar är nära engagerade när politik och planer tas fram. Politiken utvärderas. Exempelvis genom att använda WHO:s checklista för att utvärdera politik för psykisk hälsa (WHO, 2009). För att man ska lära av varandra bör resultaten utbytas med andra länder i Europa.
- Regeringar utarbetar tydlig lagstiftning som anger hur ungdomar kan yrka på hjälp utan sina föräldrars tillåtelse, ungdomars rätt till medbestämmande om sina egna behandlingsplaner, föräldrars rättigheter och skyldigheter, förfaranden för beslut om omhändertagande (även om sådana så långt möjligt bör undvikas), registrering i och åtkomst av patientjournaler samt användning av e-hälsa.

Rekommendation: Regeringar sätter av tillräckliga ekonomiska resurser för AMH

Föreslagna åtgärder på makronivå:

- I politiska planer framgår tydligt hur stor andel av bruttonationalprodukten som sätts av till psykisk hälsa i allmänhet och hur mycket som sätts av till AMH i synnerhet.
- De belopp som sätts av för MHC fördelas jämnare mellan å ena sidan MHC för vuxna och å den andra MHC för barn och ungdomar. Genom att höja finansieringen till AMH kan psykiska hälsoproblem upptäckas i ett tidigare skede. Det förhindrar komplexa psykiska hälsoproblem hos vuxna som kräver dyrbar behandling under lång tid.
- Regeringar gör ansträngningar för att stärka de ekonomiska resurserna i syfte att uppnå en AMHC av hög kvalitet.

10. FORSKNING

Rekommendation: Epidemiologiska data är avgörande för att öka medvetenheten och stödja beslutsfattare

Föreslagna åtgärder på makronivå:

- Regeringar investerar i välutvecklade system för dataregistrering för insamling av administrativa data. InterRAI Community Mental Health och InterRAI Mental Health är bra exempel på standardiserade bedömningsinstrument. För att genomföra sådana system krävs tid för att föra in data och utbilda användare.
- Epidemiologisk forskning kan organiseras i form av ett tillvägagångssätt som innebär samarbete mellan länder i EU (jmf. den europeiska studien av psykiska störningars epidemiologi, ESEMeD-studien).
- Forskning är särskilt inriktad på AMH i särskilda och sårbara målgrupper (som flyktingar, unga romer osv.).
- Även data om ungdomsfrågor som samlas in av andra sektorer, som skolavhoppstal, ungdomsbrottslighet och sexuella övergrepp, är värda att studera.

Föreslagna åtgärder på mikronivå:

- Forskningscentra ser till att epidemiologiska rön kommuniceras till beslutsfattare och allmänheten på ett tydligt och livfullt sätt, så att utfallet kommer till användning.





REFERENSER

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

VI VILL TACKA ALLA MEDVERKANDE FÖR DERAS BIDRAG TILL ADOCARE

BELGIEN: 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.

REPUBLIKEN TJECKIEN: Papezova H.

ESTLAND: Haldre L.

FINLAND: Elorante S. - Haravuori H. - Kaltiala-Heino R. - Kaukonen P. - Marttunen M. - Ranta K. - Souvorma H.

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

TYSKLAND: Bauer S. - Brunner R. - Freitag C. - Hegerl U. - Heilbronner U. - Ravens-Sieberer U. - Schneide

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

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

IRLAND: Arensman E.

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

LETTLAND: Ancane G.

LITAUEN: Kuriene A. - Lesinskiene S. - Leskauskas D. - Petrulyte J. - Puras D. - Sajeveciene J. - Zinkeviciute

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

SLOVENIEN: Kumperscak H.

SPANIEN: Bilbao A. - Blanco Presas M. - De la Rica J.A. - Gabilondo A. - García Sastre M. - Garcia-Cubillan Gil Mañe J. - Gonzales-Pinto Arrillaga A.M. - Lopez S. - Lopez-Garcia P. - Penzol M. - Ruiz Sanz F. - Sanchez Gr

SVERIGE: Björck C. - Carli V. - Forler K. - Hallerfors B. - Nystrom Agback M. - Odhammar F. - Owen G. - Söders

SCHWEIZ: Forestier A. - Michaud P.-A.

NEDERLÄNDERNA: Stiphout C. - Ooijen B.

FÖRENADE KUNGARIKET: Anderson Y. - Badrick G. - Bond J. - Caan W. - Davis K.-L. - Dubicka B. - Edward H. - Kasinski K. - Lower R. - Maxwell M. - Murguia Asensio S. - Page S. - Page E. - Rinaldi M. - Sharp H. - Tagg - 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.



