



SUNDHEDSSTYRELSEN

FORLØBSPROGRAM  
FOR BØRN OG UNGE MED

# angst og/eller depression



# INDHOLD

<b>1</b>	<b>INTRODUKTION .....</b>	<b>5</b>
1.1	Formål .....	5
1.2	Baggrund.....	5
1.3	Vidensgrundlag for forløbsprogrammet .....	5
1.4	Sammenhæng med øvrige initiativer .....	6
1.5	Lovgrundlag.....	6
<b>2</b>	<b>OVERSIGT OVER FORLØBSPROGRAMMETS ANBEFALINGER .....</b>	<b>7</b>
	Anbefalinger om samarbejde og koordination (kapitel 5).....	7
	Anbefalinger om graduerede indsatser og organisering (kapitel 6).....	8
	Anbefalinger om implementering og opfølgning (kapitel 7).....	8
<b>3</b>	<b>ALMENT FOREBYGGENDE INDSATS I KOMMUNERNE.....</b>	<b>11</b>
3.1	Forebyggelse af mistrivsel .....	11
<b>4</b>	<b>MÅLGRUPPE.....</b>	<b>13</b>
4.1	Afgrænsning af målgruppen .....	13
4.2	Symptomer og karakteristika .....	13
4.3	Demografi .....	15
<b>5</b>	<b>SAMARBEJDE OG KOORDINATION .....</b>	<b>17</b>
5.1	Planlægning af forløb.....	18
5.2	Fælles målsætninger .....	18
5.3	Forløb med samtidige og koordinerede indsatser.....	19
5.4	Overgange .....	21
<b>6</b>	<b>GRADUERENDE INDSATSER OG ORGANISERING.....</b>	<b>24</b>
6.1	Model for gradueret indsats .....	25
6.2	Tidlig indsats (trin 1) .....	26
6.3	Uddybende vurdering og indsats (trin 2) .....	28
6.4	Udredning, diagnostik og behandling (trin 3) .....	30
6.5	Opfølgning (trin 4).....	31
<b>7</b>	<b>IMPLEMENTERING OG OPFØLGNING.....</b>	<b>33</b>
7.1	Forudsætninger for vellykket implementering.....	33
7.2	Opfølgning .....	34
7.3	Revision af det nationale forløbsprogram .....	34

<b>8</b>	<b>REFERENCER .....</b>	<b>35</b>
<b>9</b>	<b>BILAGSFORTEGNELSE .....</b>	<b>39</b>
	Bilag 1: Kommissorium for arbejdsgruppe til udarbejdelse af forløbsprogram for børn og unge med angst og/eller depression.....	40
	Bilag 2: Kommissorium for referencegruppe til udarbejdelse af forløbsprogrammer for børn og unge med psykiske lidelser .....	43
	Bilag 3: Lovgrundlag .....	46
	Bilag 4: Oversigt over planer til beskrivelse af mål og indsatser i det enkelte barns/unges forløb.....	53
	Bilag 5: Målgruppens symptombillede .....	54





# 1 INTRODUKTION

## 1.1 FORMÅL

En sammenhængende indsats baserer sig på tværfagligt og tværsektorielt samarbejde, der ydes med høj faglig kvalitet og effektivitet. Formålet med forløbsprogrammet er derfor at understøtte et godt tværsektorielt samarbejde omkring børn og unge med angst og/eller depression, både i forhold til indsatser, behandling og opfølgning samt med inddragelse af barnet/den unge og dennes forældre/pårørende. Samtidig er forventningen, at en bedre sammenhæng medvirker til en bedre ressourceudnyttelse på tværs af sektorer.

Selvom dette forløbsprogram omhandler børn og unge med angst og/eller depression, er hensigten, at de overordnede anbefalinger om organisering og sammenhæng i indsatsen også finder anvendelse i forhold til samarbejdet omkring børn og unge med andre psykiske lidelser/vanskeligheder.

Forløbsprogrammerne henvender sig til planlæggere samt ledende og koordinerende medarbejdere i regioner, kommuner og almen praksis.

## 1.2 BAGGRUND

Der er, som en del af satspuljeaftalen på sundheds- og ældreområdet for 2017-2020, afsat midler til udarbejdelse af forløbsprogrammer for børn og unge med henholdsvis ADHD, angst og/eller depression og spiseforstyrrelser.

Et forløbsprogram er et organisatorisk redskab, der beskriver samarbejdet mellem forskellige parter og kan være med til at understøtte ensartet høj kvalitet og sammenhæng i indsatsen for en specifik målgruppe. Desuden kan forløbsprogrammet bidrage til at understøtte anvendelsen af bestemte indsatser og evidensbaserede

behandlingsmetoder i arbejdet med barnet, den unge og familien, samt understøtte udarbejdelse af retningslinjer for samarbejdet mellem faggrupper og sektorer.

Dette forløbsprogram tager afsæt i den generiske model for forløbsprogrammer for mennesker med psykiske lidelser, som Socialstyrelsen i samarbejde med Sundhedsstyrelsen har udarbejdet i 2015 med udgangspunkt i Sundhedsstyrelsens generiske model for forløbsprogrammer for kronisk sygdom.

Forløbsprogrammet er blevet kvalificeret af en arbejdsgruppe og en referencegruppe, som Sundhedsstyrelsen har nedsat. Arbejdsgruppens og referencegruppens kommissorium og medlemmer fremgår af bilag 1 og 2.

## 1.3 VIDENGRUNDLAG FOR FORLØBSPROGRAMMET

Forløbsprogrammet for børn og unge med angst og/eller depression er baseret på den aktuelt bedste viden i forhold til at skabe kvalitet og koordination i indsatser, behandling og opfølgning. Forløbsprogrammet bygger således på eksisterende nationale og internationale kliniske retningslinjer, øvrige retningslinjer, handleplaner, statusrapporter mv. Derudover bygger forløbsprogrammet på input fra arbejdsgruppen, ekspertviden og bedste praksisviden, der har kvalificeret og præciseret forløbsprogrammets opbygning og indhold. Der er ikke foretaget en systematisk litteraturgennemgang i forbindelse med udarbejdelsen af forløbsprogrammet.



## 1.4 SAMMENHÆNG MED ØVRIGE INITIATIVER

Forløbsprogrammet for børn og unge med angst og/eller depression skal ses i sammenhæng med øvrige, relaterede initiativer og publikationer på området. Dette gælder bl.a. National klinisk retningslinje for behandling af angst hos børn og unge (Sundhedsstyrelsen), Identifying and managing depression in children and young (NICE guideline), Landsdækkende klinisk retningslinje vedrørende udredning og behandling af depression hos børn og unge (BUP-DK), Vejledning om medikamentel behandling af børn og unge med psykiske lidelser (Sundhedsstyrelsen).

Hvor flere af de nævnte publikationer uddyber indsats, udredning og behandling, er forløbsprogrammet den overordnede ramme for koordinationen og samarbejdet omkring disse. Udmøntning af forløbsprogrammernes anbefalinger forudsætter og sker via indgåelse af lokale samarbejdsaftaler i regi af sundhedsaftalerne.

Forløbsprogrammet for børn og unge med angst og/eller depression er udarbejdet sideløbende med forløbsprogrammer for børn og unge med hhv. spiseforstyrrelse og ADHD, og dele af de tre forløbsprogrammer er identiske. Det drejer sig om kapitel 1 (introduktion), kapitel 2 (oversigt over forløbsprogrammets anbefalinger), kapitel 3 (almment forebyggende indsats i kommunerne), kapitel 5 (samarbejde og koordination) og kapitel 7 (implementering og opfølgning). De tre målgrupper har imidlertid forskellige behov for indsatser og behandling, og der er stor forskel på, på hvilket indsatstrin og i hvilken sektor den primære indsats varetages<sup>1</sup>.

## 1.5 LOVGRUNDLAG

Der er flere lovgivninger, der giver mulighed for indsatser til børn og unge, hvor der er mistanke om eller diagnosticeret en psykisk lidelse, eller hvor der er en adfærd, der minder herom<sup>2</sup>. Det drejer sig sundhedsloven, lov om social service, psykiatriloven, lov om folkeskolen, samt dagtilbudsloven. For en uddybende beskrivelse af de enkelte lovgrundlag se bilag 3. Her gives et overblik over de forskellige fagområders lovgivning, samt de muligheder for indsatser, der findes i loven, når et koordineret forløb for børn og unge med psykiske lidelser skal tilrettelægges.

---

1 Se bilagspublikation *Prævalens, incidens og aktivitet i sundhedsvæsenet for børn og unge med angst eller depression, ADHD og spiseforstyrrelser* for uddybende data om målgruppernes aktivitet i praksissektor, børne- og ungdomspsykiatri og somatik.

---

2 Forstås som vanskeligheder fx i forhold til indlæring, motorik, koncentration, adfærd, emotionel kontakt, stemningsleje mv.

## 2 OVERSIGT OVER FORLØBSPROGRAMMETS ANBEFALINGER

Sundhedsstyrelsens anbefalinger for samarbejde og koordination, graduerede indsatser og organisering samt implementering og opfølgning er samlet i nedenstående oversigt. Anbefalingerne skal ses i sammenhæng med de uddybende beskrivelser i kapitlerne 5, 6 og 7.

### ANBEFALINGER OM SAMARBEJDE OG KOORDINATION (KAPITEL 5)

#### Det anbefales

- at indsatserne i barnets/den unges forløb er **samtidige og koordinerede** mellem sektorerne ud fra barnets/den unges behov
- at der foreligger **lokale aftaler** om, hvordan barnets/den unges forløb koordineres i et integreret og tværfagligt samarbejde mellem sektorerne såvel som internt i sektorerne
- at barnet/den unge og familien **aktivt involveres** i udarbejdelse af mål og aftaler, og at de fagprofessionelle løbende orienterer om forløbet
- at der foreligger lokale aftaler omkring **rådgivning fra børne- og ungdomspsykiatrien** til kommunen samt for samarbejdet mellem kommunen og børne- og ungdomspsykiatrien med henblik på **tilrettelæggelse af indsatsen** for barnet/den unge igennem hele forløbet
- at børne- og ungdomspsykiatrien eller privatpraktiserende speciallæge i børne- og ungdomspsykiatri **etablerer tidlig kontakt** til og sparrer med kommunen, fx via netværksmøde. Kommunen bør tilsvarende løbende holde børne- og ungdomspsykiatrien eller privatpraktiserende speciallæge i børne- og ungdomspsykiatri orienteret, om en social, psykologisk og/eller pædagogisk indsats bliver iværksat
- at der altid tages stilling til og aftales, om der skal udpeges en **ansvarlig kontaktperson** blandt de involverede fagprofessionelle i hver sektor og internt i sektorerne med henblik på at varetage en koordinerende rolle
- at **overgangen** fra ung til voksen **planlægges** og koordineres ud fra en individuel vurdering



## ANBEFALINGER OM GRADUERERE INDSATSER OG ORGANISERING (KAPITEL 6)

### Det anbefales

- at regioner og kommuner arbejder ud fra en model om graduerede indsatser i forhold til børn og unge med angst og/eller depression eller tegn på angst og/eller depression

#### TRIN 1

### Tidlig indsats

- at kommunen, evt. i samarbejde med almen praksis eller anden relevant kompetence, foretager en faglig vurdering af barnet/den unge og på den baggrund tager stilling til, om barnet/den unge og familien har behov for en kommunal indsats samt igangsætter og varetager indsatsen ved identificeret behov
- at kommunen og evt. almen praksis iværksætter en uddybende vurdering og indsats (trin 2), hvis den iværksatte indsats ikke har den forventede effekt

#### TRIN 2

### Uddybende vurdering og indsats

- at kommunen, evt. i samarbejde med almen praksis eller anden relevant kompetence, foretager en uddybende faglig vurdering og på den baggrund viderefører eller revurderer den socialfaglige, psykologiske og/eller pædagogiske indsats for barnet/den unge
- at kommunen, almen praksis mv. henviser til børne- og ungdomspsykiatrien eller privatpraktiserende speciallæge i børne- og ungdomspsykiatri (trin 3), hvis den iværksatte indsats ikke har den forventede effekt

#### TRIN 3

### Udredning, diagnostik og behandling

- at børne- og ungdomspsykiatrien eller privatpraktiserende speciallæge i børne- og ungdomspsykiatri foretager udredning og diagnosticering af barnet/den unge og formidler diagnosens indhold, den iværksatte behandling og resultater til kommunen og forældre

#### TRIN 4

### Opfølgning

- at kommunen i samarbejde med relevante fagprofessionelle omkring barnet/den unge løbende vurderer barnets/den unges behov for opfølgende indsatser med henblik på at mestre hverdagslivet
- at der indgås aftale mellem børne- og ungdomspsykiatrien og almen praksis eller privatpraktiserende speciallæge i børne- og ungdomspsykiatri om eventuel videreførelse af og opfølgning på farmakologisk behandling





## ANBEFALINGER OM IMPLEMENTERING OG OPFØLGNING (KAPITEL 7)

### Det anbefales:

- at der indgås aftaler om fælles kompetenceudvikling, så fagprofessionelle omkring børn og unge har de rette kompetencer til at understøtte den rette indsats i forhold til barnets/den unges vanskeligheder
- at samarbejdet omkring forløbsprogrammet løbende følges og evalueres med henblik på eventuelle justeringer i samarbejdet og i praksis. Opfølgning aftales lokalt fx hvert 2. – 4. år





# 3 ALMENT FOREBYGGENDE INDSATS I KOMMUNERNE

## 3.1 FOREBYGGELSE AF MISTRIVSEL

Forløbsprogrammet omhandler alene børn og unge, der har angst og/eller depression eller tegn derpå. Tidlig opsporing og forebyggelse af mistrivsel er imidlertid også en vigtig del af en indsats, der skal forhindre, at barnet/den unge får behov for mere indgribende indsatser.

I kommunerne betegnes de indsatser, der har fokus på at undgå mistrivsel, som alment forebyggende indsatser. Alment forebyggende indsatser fokuserer bl.a. på trivsel, adfærd og socialt samspil, som kan understøtte, at problemer ikke udvikler sig, og mere omfattende indsatser bliver nødvendige. Alment forebyggende indsatser er derfor vigtige, men mistrivsel kan ikke altid undgås ved forebyggende indsatser.

### RISIKOFAKTORER FOR MISTRIVSEL

Forskellige faktorer kan øge risikoen for, at barnet/den unge mistrives eller oplever forskellige vanskeligheder. Centrale risikofaktorer er både karakteristika ved barnet/den unge selv og faktorer i barnets/den unges omgivelser. Den forebyggende indsats kan godt påbegyndes alene ud fra vurderingen af individuelle risikofaktorer, og med tilstedeværelse af flere risikofaktorer bliver den tidlige indsats endnu mere påkrævet.

### HANDLEMULIGHEDER

Forældre og fagprofessionelle omkring barnet i bl.a. sundhedsplejen, dagtilbud, skole og almen praksis skal kunne reagere så tidligt som muligt i forhold til en faglig begrundet bekymring for/signaler på mistrivsel hos et barn, så der kan foretages en vurdering af, om der skal iværk-

sættes en alment forebyggende indsats, eller der er behov for en mere indgribende indsats i kommunen eller i almen praksis. Det er således afgørende, at de fagprofessionelle har viden om tidlige tegn på mistrivsel, så de hurtigst muligt kan identificere de børn/unge, der har behov for indsatser. Dette kan eksempelvis ske gennem informationsmateriale, efteruddannelse, fyraftenskurser, mv. Sundhedsstyrelsen har udarbejdet en række pjecer for sund psykisk udvikling hos børn (Sundhedsstyrelsen, 2000). Desuden findes der forskellige redskaber til systematisk refleksion og opsporing af børns/unges adfærd, udvikling og trivsel.

Det er væsentligt at tilbyde en alment forebyggende indsats til børn og familier, inden at et barn når at udvikle alvorlige symptomer på mistrivsel. Fagprofessionelle, fx sundhedsplejersker i barnets hjem, pædagoger i daginstitutionen eller lærer i barnets skole, bør observere barnets tidlige udvikling og samspillet mellem barn og forældre. Der kan være behov for at støtte op om børn i risiko, eksempelvis børn med forældre med psykiske lidelser, børn i skilsmis-sesituationer, i hjem med vold mv., med henblik på at forebygge mistrivsel.

Det er endvidere væsentligt, at fagprofessionelle kender procedurer for, hvordan man skal handle på bekymringer for/signaler på mistrivsel hos børn og unge med henblik på, at der kan iværksættes en relevant tidlig indsats. Derfor anbefales det, at der foreligger klare og faste procedurer for henvendelser om mistrivsel og for underretninger (fx hvor man skal henvende sig, principper for sagsbehandling af denne type henvendelser, links til guide på kommunale hjemmesider mv.), så fagpersoner og forældre har optimale muligheder for at reagere på tegn



på mistrivsel (information om underretningspligt kan findes i bilag 3).

Forældre spiller en afgørende rolle i alment forebyggende indsatser i forhold til at være inddraget og medansvarlige for deres barns trivsel og udvikling i dagligdagen. De fagprofessionelle bør have fokus på handlemuligheder for forældre og barnet/den unge selv, så de motiveres og gives mulighed for egenmestring indtil relevant indsats iværksættes eller samtidigt med denne.

Der vil imidlertid også være børn og unge, som har tegn på psykisk lidelse og derfor har behov for en mere indgribende foranstaltning/indsats, på trods af at der er sat tidligt ind med forebyggende indsatser overfor mistrivsel. Derved er der forskel på generel mistrivsel og forstadie til psykisk lidelse.



# 4 MÅLGRUPPE

## 4.1 AFGRÆNSNING AF MÅLGRUPPEN

Dette forløbsprogram retter sig mod børn og unge under 18 år, som har angst og/eller depression eller tegn på angst og/eller depression. Symptomer på specifikke angst- og/eller depressionslidelser bliver først tydelige fra ca. 6-års alderen, hvor barnet kan begynde at beskrive dem.

Der vil generelt være fokus på behovet hos den enkelte, herunder ved overgange udviklingsmæssigt, tværsektorielt såvel som overgange mellem institutioner, skoler og indenfor disse på årgangstrin mv. Således vil der også være nogle indsatser, der kan opstartes før det 7. år.

## 4.2 SYMPTOMER OG KARAKTERISTIKA

Målgruppen defineres ud fra det samlede symptombillede, risikovurdering og den udviste adfærd, som giver anledning til mistanke om begyndende psykisk lidelse, der eventuelt kan føre til en angst- og/eller depressionstilstand.

Angst og depressive symptomer er blandt de mest almindelige psykiske helbredsproblemer og lidelser i barne- og ungealderen, og er ofte forbundet med dårligt fysisk helbred, sociale og skolefaglige problemer samt belastning af familien (Meltzer et al., 2011). Jo længere problemerne varer, jo større er risikoen for psykisk lidelse i voksenalderen (Copeland et al., 2013; Patton et al., 2014). Dette gælder også for de lettere niveauer af angst (Copeland et al., 2014) og depressive symptomer (Wesselhoeft, 2013), som falder under tærskel for diagnose. De fleste børn og unge med angst og depressive symptomer modtager ingen professionel hjælp (Patton et al., 2014; Moreno, 2017). Den hyppige forekomst af

angst og depressive symptomer med subjektiv belastning, funktionspåvirkning og langvarige følger for barnet/den unge og familien peger på, at der er behov for at skabe en ensartet og systematisk adgang til effektiv behandling for børn og unge med angst og depressive symptomer.

## KARAKTERISTIKA VED ANGST

Angst er en del af den normale udvikling, og det kan derfor være vanskeligt at adskille normal og forbigående angst fra angst som psykisk lidelse. Angsten bliver et psykisk helbredsproblem, når den er overdreven og ude af proportion set i forhold til barnets alder, udviklingstrin og situation, og når barnet belastes og indskrænkes i sin livsudfoldelse. Funktionspåvirkningen i dagligdagen kan være en direkte følge af angst og ubehag, men den sværeste påvirkning er som regel et resultat af, at barnet undgår angstprovokerende situationer. Denne undgåelsesadfærd kan medføre alvorlige begrænsninger i barnets evne til at deltage i helt almindelige aktiviteter, både hjemme, i skolen og sammen med kammerater.

Angst diagnosticeres på baggrund af særlige symptomer kombineret med belastning og funktionspåvirkning. Det er et princip i de diagnostiske klassifikationssystemer (DSM-5 og ICD-10) så vidt muligt at benytte samme diagnostiske kategorier i barne- og ungealderen som i voksenalderen. Angstlidelserne klassificeres som specifikke fobier, separationsangst, social angst, generaliseret angst og panikangst. Flere forskellige angstlidelser kan optræde samtidigt eller følge efter hinanden i løbet af barne- og ungealderen. De specifikke fobier debuterer ofte tidligt i barnealderen. Separationsangst udvikler sig ofte fra 7-årsalderen, men kan også forekomme på et tidligere tidspunkt, dvs. i forlængelse af den normale angst, som mindre børn oplever helt naturligt i forbindelse med forestillingen om



adskillelse fra deres forældre. Social angst har typisk debut i ungealderen, hvor den normale udvikling stiller større krav til socialt samvær med jævnaldrende. Generaliseret angst debuterer almindeligvis lidt senere i ungealderen, men tilbøjeligheden til at bekymre sig kan ses allerede fra barnealderen. Panikangst og agorafobi er sjældnen hos børn og unge og debuterer ofte først i ung/voksenalder.

## RISIKOFAKTORER FOR ANGST

Det tyder på, at både angst og depression hos forældrene øger risikoen for angst hos børnene (Biederman et al., 2001; Biederman et al., 2007). Der er fundet specifikke sammenhænge mellem panikangst hos forældre og separationsangst hos børnene. Det tyder også på, at genetiske faktorer har betydning for forekomsten af angst hos børn og unge (Hettema et al., 2001; Shimada-Sugimoto et al., 2015). Forældrenes egne emotionelle problemer påvirker barnet gennem en opdragelsesstil præget af øget opmærksomhed på fare og øget tendens til bekymring. Forældres psykiske lidelser kan desuden påvirke barnet gennem uspecifikke risikofaktorer relateret til negative livsbegivenheder i deres egen barndom.

Hæmmet temperament hos barnet er konsistent forbundet med øget risiko for udvikling af angst, herunder særligt separationsangst og social angst (Caspi, 2000; Schwartz et al., 1999). Øget stress (Merikangas et al., 1999; Dufton et al., 2011) og nedsat vejtrækningsevne fx i forbindelse med astma (Goodwin, 2003; Slattery og Essex, 2011) øger også risikoen for udvikling af angst.

## KARAKTERISTIKA VED DEPRESSION

De fleste tidlige tegn på depression er uspecifikke og kan forekomme i forbindelse med mange psykiske lidelser. Det kan derfor være svært at skelne imellem tidlige tegn på depression og mere kortvarige reaktioner på belastninger i omgivelserne eller almindelige humørsvingninger. Det er vigtigt ikke at overreagere i forbindelse med et barns almindelige humørsvingninger eller naturlige reaktioner på modgang, men i

stedet at støtte barnet i at regulere sin emotionelle tilstand. Når det alligevel er vigtigt at være opmærksom på tidlige tegn på depression skyldes det dels, at sådanne symptomer er knyttet til mistrivsel på en række områder, dels at symptomer på depression er knyttet til en forhøjet risiko for at udvikle en depressiv lidelse (Wesselhoeft et al., 2013).

Depression adskiller sig fra angst ved blandt andet, at der foruden den negative affekt også ses et lavt niveau af positive følelser.

## RISIKOFAKTORER FOR DEPRESSION

Depression ses meget sjældent hos børn før puberteten (Ford et al., 2003). Fra puberteten ses en markant stigning i nye tilfælde op igennem ungealderen særligt for pigerne (Shelli et al., 2015; Olsson og von Knorring, 1999), hvilket tyder på sammenhænge mellem sårbarhed for depression og de fysiologiske, hormonelle og psykologiske ændringer, der finder sted i den alder. Depression i ungealderen er mere arveligt betinget end depression i barnealderen, og desuden tættere forbundet både med angst og med tilbagevendende depressioner i voksenalderen. Omvendt er depression tidligt i barnealderen stærkere forbundet med uspecifikke familiære og sociale problemer og en negativ opdragelsespraksis. Negative livsbegivenheder såsom tab, sorg, omsorgsvigt, mishandling, negative læringsmiljøer og mobning er risikofaktorer for udvikling af depression (Horesh et al., 2008). Forskningen har også vist, at god begavelse, støttende relationer og gode evner til at regulere sine følelser kan virke beskyttende for unge, der er i risiko for at udvikle depression.

Selvmodstanker, selvskade og selvmordsforsøg er vigtige og behandlingskrævende symptomer på depression og kan også ses ved svær angst. Risikoen for selvskadende handlinger og selvmordsforsøg øges med sværhedsgraden af depressionen, håbløshed, en historie med tidligere selvskade og/eller selvmordsforsøg hos den unge selv, eller selvmord i den unges familie eller nære omgangskreds, søvnløshed, impulsivitet,



aggressivitet, ko-morbid angst, misbrug, konflikter i familien og manglende støtte i netværket (Ford et al., 2003).

Der henvises til bilag 5 for uddybning af målgruppens symptombillede.

### HYPPIGT FOREKOMMENDE SAMTIDIGE PROBLEMSTILLINGER I FORBINDELSE MED ANGST OG DEPRESSION

Depression og angst optræder ofte samtidigt (Copeland et al., 2013; Copeland et al., 2014), men eftersom depression er sjælden før puberteten, har flertallet af mindre børn med angst ikke samtidigt en depression. Børn med angst har ikke generelt øget risiko for samtidige psykiske udviklingsforstyrrelser. Prognosen er generelt god for angst i barnealderen, men med længere varighed af angsten øges risikoen for vedvarende eller tilbagevendende psykisk lidelse (Patton et al., 2014; Kessler et al., 2012). De børn, der henvises til psykiatrisk behandling for angst, vil ofte også have andre problemstillinger, fx opmærksomhedsvanskeligheder, depressive symptomer, andre former for angst, tvangstræk, trivselsproblemer mv., som det er vigtigt at opdage og behandle.

Depression i barne- og ungealderen udtrykker sig ofte som irritabilitet og udadrettet aggressivitet samtidigt med en underliggende depressiv forstemning, hvilket gør det svært at skelne depression fra en adfærdsforstyrrelse. Depressive tilstande i barndommen optræder derfor ofte samtidigt med adfærdsforstyrrelser<sup>3</sup>, og nyere undersøgelser tyder på, at disse børn måske bedst forstås som børn med adfærdsproblemer og kronisk irritabilitet (Mayes et al., 2016). Mellem 40% og 90% af unge, der kommer i behandling for depressive tilstande, har andre psykiske

helbredsproblemer og lidelser samtidigt med depressionen. De hyppigste er angst, ADHD, adfærdsforstyrrelser (March et al., 2005), søvnforstyrrelser (Ford et al., 2003) og misbrug.

### 4.3 DEMOGRAFI

Forekomsten og forløbet af angst og depressive tilstande i barne- og ungealderen er beskrevet i store epidemiologiske undersøgelser af den generelle befolkning (Copeland et al., 2013; Copeland et al., 2014; Copeland et al., 2009; Costello et al., 2005a; Costello et al., 2005b) (2;4;7-9).

Angst er blandt de tidligst indsættende psykiske helbredsproblemer og ses lidt hyppigere hos piger end drenge (Copeland et al., 2014). Depression er meget sjælden før puberteten, hvorefter forekomsten stiger markant op igennem ungealderen, især for pigerne (Avenevoli et al., 2015).

De nyeste tal fra Sundhedsdatastyrelsen viser, at forekomsten af angst og/eller depression blandt børn og unge (0-18 år) er steget væsentligt over en tiårig periode, således at forekomsten i 2016 var 7.189 diagnosticerede børn og unge, mens det tilsvarende tal for 2006 var 2.354 diagnosticerede børn og unge (prævalens). Alene i 2016 var der 2.285 nye tilfælde af børn og unge, der fik diagnosen angst/depression. Til sammenligning var der i 2006 897 nye tilfælde af børn og unge, der blev diagnosticeret med angst og/eller depression (incidens)<sup>4</sup>.

Andelen af børn i alderen 11-12 år med angst var 6,8 pct. i år 2000 og med andelen med depression i samme aldersgruppen var 2,6 pct. (The Copenhagen Child Cohort 2000, CCC2000).

3 Adfærdsforstyrrelser hos børn er karakteriseret ved et gentaget og vedvarende mønster af antisocial, aggressiv eller trodsig opførsel, som er klart brud på sociale forventninger og normer for alderen.

4 Se bilagspublikation *Prævalens, incidens og aktivitet i sundhedsvæsenet for børn og unge med angst eller depression, ADHD og spiseforstyrrelser*



Der er ikke sikre holdepunkter for, at forekomsten af angst og depression er steget væsentligt blandt danske børn, og øget forekomst er ikke nødvendigvis udtryk for, at flere får en psykisk lidelse, men derimod udtryk for at flere diagnosticeres end tidligere. Undersøgelserne af danske skolebørn er de eneste undersøgelser, der har brugt gentagne og ensartede målinger over tid, og som kan sige noget om ændringer i mentalt helbred over tid, men de er alene baseret på selvrapportering. Her ses en faldende livstilfredshed blandt unge, særligt blandt unge piger, og ca. en femtedel af de 11-15-årige skolebørn har problemer med mistrivsel.



# 5 SAMARBEJDE OG KOORDINATION

## Det anbefales

- at indsatserne i barnets/den unges forløb er **samtidige og koordinerede** mellem sektorerne ud fra barnets/den unges behov
- at der foreligger **lokale aftaler** om, hvordan barnets/den unges forløb koordineres i et integreret og tværfagligt samarbejde mellem sektorerne såvel som internt i sektorerne
- at barnet/den unge og familien **aktivt involveres** i udarbejdelse af mål og aftaler, og at de fagprofessionelle løbende orienterer om forløbet
- at der foreligger lokale aftaler omkring **rådgivning fra børne- og ungdomspsykiatrien** til kommunen samt for samarbejdet mellem kommunen og børne- og ungdomspsykiatrien med henblik på **tilrettelæggelse af indsatsen** for barnet/den unge igennem hele forløbet
- at børne- og ungdomspsykiatrien eller privatpraktiserende speciallæge i børne- og ungdomspsykiatri **etablerer tidlig kontakt** til og sparrer med kommunen, fx via netværksmøde. Kommunen bør tilsvarende løbende holde børne- og ungdomspsykiatrien eller privatpraktiserende speciallæge i børne- og ungdomspsykiatri orienteret, om en social, psykologisk og/eller pædagogisk indsats bliver iværksat
- at der altid tages stilling til og aftales, om der skal udpeges en **ansvarlig kontaktperson** blandt de involverede fagprofessionelle i hver sektor og internt i sektorerne med henblik på at varetage en koordinerende rolle
- at **overgangen** fra ung til voksen **planlægges** og koordineres ud fra en individuel vurdering



## 5.1 PLANLÆGNING AF FORLØB

Indsatsen for børn og unge med angst og/eller depression kan bestå af mange forskellige indsatser indenfor både sundheds-, social- og undervisnings-/uddannelsesområdet. Indsatsen kan varetages af forskellige fagpersoner internt i kommunerne og/eller mellem kommuner, almen praksis praksis samt børne- og ungdomspsykiatrien<sup>5</sup> eller privatpraktiserende børne- og ungdomspsykiater. Børn og unge bør tilbydes den indsats, der med mindst indgriben kan opnå det ønskede formål, og nogle børn og unge kan have behov for en mere intensiv indsats end andre med samme lidelse/vanskelighed. Derfor anbefales det at anvende graduerede indsatser i tilrettelæggelsen i kommuner og regioner (se også kap. 6.1 om graduerede indsatser).

De graduerede indsatser baseres på faglige anbefalinger, evidens og dokumentation, og det er ligeledes afgørende for kvaliteten, at de udføres af personale med de fornødne kvalifikationer og kompetencer.

Forældre spiller en afgørende rolle i barnets/den unges forløb. Ikke blot som forældre, der kan reagere på bekymringer for deres barn, men også som deltagere i barnets/den unges udvikling og trivsel. Derfor er det vigtigt, at de fagprofessionelle løbende involverer og informerer forældrene i planlægningen af forløbet. Barnet/den unge skal også inddrages når og på den måde, det er relevant, da barnet/den unge ofte selv er den bedste til at beskrive symptomerne. Medinddragelse af forældrene og barnet/den unge har desuden stor betydning for at sikre medejerskab og motivation for indsatsen.

---

5 Børne- og ungdomspsykiatrien omfatter både stationære og ambulante funktioner, der er forankret på regionernes sygehuse, Private hospitaler og klinikker, der er godkendte til hovedfunktionsniveau, er også omfattet af betegnelsen børne- og ungdomspsykiatri. Privatpraktiserende speciallæge i børne- og ungdomspsykiatri nævnes eksplicit relevante steder i teksten

## 5.2 FÆLLES MÅLSÆTNINGER

Det er væsentligt, at indsatsen til børn og unge med angst og/eller depression målrettes, så barnet/den unge kan have så stabilt et hverdagsliv som muligt. Der bør derfor formuleres målsætninger for den konkrete indsats til barnet/den unge og familien, hvor disse inddrages aktivt i formuleringen af og opfølgningen på målsætningerne og eventuelle delmål undervejs (Socialstyrelsen og Sundhedsstyrelsen, 2014). Målsætningerne bør tage udgangspunkt i det enkelte barns/den unges behov, så de indsatser, der tilbydes barnet/den unge, stemmer overens med den enkeltes almene trivsel, funktionsevne, forudsætninger og behov, fx i forhold til hjem, dagtilbud, skole og fritid. Målsætningerne bør således være styrende for den samlede indsats på tværs af social-, sundheds-, uddannelses- og beskæftigelsesområdet.

Fagprofessionelle i det tværfaglige samarbejde bør koordinere indsatserne og aftale opgavefordelingen og kommunikationen ud fra målsætningerne (Sundhedsstyrelsen, 2011). Dette forudsætter, at de involverede fagprofessionelle har en fælles (tværfaglig) forståelsesramme, hvilket involverer en ensartet fortolkning/forståelse af målsætninger og begreber på tværs af fagområder. En fælles forståelsesramme for målsætningerne skaber en fælles forståelse af forløbet. Det øger desuden muligheden for sammenhæng i forløbet, når parterne har viden om indsatser og organisering i de øvrige sektorer og/eller forvaltninger. Udover denne viden bør sektorerne også udvise respekt for hinandens arbejdsgange og muligheder, så det tværsektorielle samarbejde kan fungere optimalt.

I lovgivningen er der anført forskellige planer til beskrivelse af mål og indsatser i den enkelte borgers forløb, således også for børn og unge (se bilag 4 for en oversigt). Børn og unge med angst og/eller depression kan have flere sideløbende handleplaner, men disse bør koordineres.



### 5.3 FORLØB MED SAMTIDIGE OG KOORDINEREDE INDSATSER

Det enkelte barn/den unge har ofte behov for indsatser i forskellige sektorer samtidigt med hinanden undervejs i forløbet. Den rette kombination af indsatser bør derfor tage udgangspunkt i målsætningerne for det enkelte barns/den unges behov, så de indsatser, der tilbydes barnet/den unge, stemmer overens med den enkeltes almene trivsel, funktionsevne, forudsætninger og behov, fx i forhold til hjem, dagtilbud, skole og fritid. Indsatserne bør derfor tilrettelægges i en tværfaglig samarbejdsproces, hvor relevante fagprofessionelle aktivt samarbejder undervejs i forløbet. I forløb med samtidige indsatser, som op- eller nedskales undervejs alt efter barnet/den unges behov, kan ansvarsfordelingen mellem børne- og ungdomspsykiatrien, privatpraktiserende speciallæge i børne- og ungdomspsykiatri, almen praksis og kommune variere. Derfor er der løbende behov for, at fagprofessionelle koordinerer forløbet mellem sektorerne såvel som inden for hver sektor. Samarbejdet skal finde sted under forudsætning af samtykke fra barnets forældre/den unge om videregivelse af oplysninger.

Det er væsentligt for samarbejdet og koordineringen, at der etableres kontakt mellem de involverede aktører så tidligt som muligt i forløbet, herunder at aktørerne ved, hvem de kan tage kontakt til i den videre kommunikation. Det anbefales således, at der altid tages stilling til og aftales, om der skal udpeges kontaktpersoner på hvert indsatstrin og i de sektorer, der er involveret i indsatsen. Kontaktpersonerne kan med fordel udpeges blandt de fagprofessionelle, der allerede er involveret i den konkrete indsats. Kontaktpersonen kan varetage en koordinerende rolle og eksempelvis have ansvar for at sikre, at der er tilstrækkelig progression i forløbet ved at indkalde til drøftelse om ændringer/tilpasninger af indsatser, hvis den forventede udvikling ikke finder sted. Den ansvarlige kontaktperson kan desuden have særligt fokus på kommunikation ved overgange mellem aktører og indsatstrin, både når aktører påbegynder og afslutter en

indsats, og når barnet evt. returnerer til tidligere indsatstrin. Kontaktpersonen kan desuden have ansvar for at videreformidle en faglig vurdering af, hvornår barnet skal afsluttes og indsatser stoppes. Det bør beskrives lokalt, hvordan den ansvarlige kontaktperson udpeges og kontaktes, og hvilke fagprofessionelle, der hensigtsmæssigt kan varetage denne opgave i både børne- og ungdomspsykiatrien og i kommune, og hvordan kontakten sker.

Det er væsentligt, at der undervejs i forløbet er mulighed for gensidig sparring parterne imellem, og at de forskellige fagprofessionelles viden sættes i spil i forhold til at tilrettelægge den rette indsats for barnet/den unge. Kommunen og almen praksis bør have mulighed for at rådspørge børne- og ungdomspsykiatrien ved behov, også i de tilfælde hvor henvisning til børne- og ungdomspsykiatrien ikke er nødvendig<sup>6</sup>. Det anbefales, at der laves lokale aftaler om dette. Det kan eksempelvis være ved tvivlsspørgsmål, om et barn/en ung bør henvises til børne- og ungdomspsykiatrien. Det kan også dreje sig om sparring, fx i forhold til en faglig vurdering, en børneundersøgelse eller en undersøgelse i almen praksis. Rådgivningen kan organiseres og finde sted på forskellige måder enten fysisk, telefonisk eller digitalt. Omhandler rådgivningen et konkret forløb, skal der altid indhentes samtykke til udveksling af oplysninger fra barnets forældre/den unge forinden rådgivningen finder sted.

Hvis kommunen vurderer, at der er grundlag for at tilbyde kommunale indsatser eller justering af allerede igangsatte indsatser, begynder kommunen sagsbehandlingen. Dette vil oftest ske ved, at kommunen træffer afgørelse om at iværksætte en børnefaglig undersøgelse. Sagsbehandlingen foregår ofte samtidigt med, at den børne- og

6 Børne- og ungdomspsykiatrien kan tilbyde rådgivning til kommunale fagprofessionelle, fx via kontaktpersoner i børne- og ungdomspsykiatrien eller faste netværksmøder/fora, jf. forebyggelsesforpligtelsen i Sundhedslovens § 119, stk. 3, bilag 3



ungdomspsykiatriske udredning og behandling finder sted. Kommunen bør holde børne- og ungdomspsykiatrien eller privatpraktiserende speciallæge i børne- og ungdomspsykiatri orienteret om, hvornår en social, psykologisk og/eller pædagogisk indsats forventes at kunne iværksættes.

Der kan opstå behov for justeringer af indsatser undervejs i forløbet. Vurderer børne- og ungdomspsykiatrien eller privatpraktiserende speciallæge i børne- og ungdomspsykiatri, at barnet/den unge enten har eller kan få behov for andre kommunale indsatser, bør børne- og ungdomspsykiatrien eller privatpraktiserende speciallæge i børne- og ungdomspsykiatri så tidligt som muligt orientere kommunen om ændringer eller fremsende relevante oplysninger og vurderinger med relevans for forløbet. Kommunen træffer, på baggrund af tilbagemeldingen samt en individuel vurdering af barnet/den unges behov, beslutning om, hvorvidt der er behov for at justere en allerede foranstaltet indsats og/eller at iværksætte nye indsatser.

Hvis kommunen har behov for rådgivning og vejledning vedr. specialundervisning og specialpædagogiske problemstillinger, kan VISO kontaktes<sup>7</sup>. Er barnet/den unge udredt og modtager derpå behandling ved børne- og ungdomspsykiatrien eller ved privatpraktiserende speciallæge i børne- og ungdomspsykiatri, er samarbejde mellem kommune, almen praksis og børne- og ungdomspsykiatri eller privatpraktiserende speciallæge i børne- og ungdomspsykiatri fortsat vigtig. Børne- og ungdomspsykiatrien eller privatpraktiserende speciallæge i børne- og ungdomspsykiatri er ansvarlig for fortsat ambulans psykiatrisk behandling sideløbende med kommunens understøttende indsatser til barnet og dets familie. I denne proces bør parterne fortsat være i dialog og følge op på samt koordinere

forløbet og målsætningerne (se også afsnit 5.2 om fælles målsætninger).

I forbindelse med eventuel indlæggelse anbefales det, at børne- og ungdomspsykiatrien etablerer tidlig kontakt til og sparrer med kommunen fx via netværksmøde tidligt efter indlæggelsen. På denne måde kan der udveksles kontaktinformation, forventningsafstemmes i forhold til det videre forløb, laves aftaler om ansvars- og opgavefordelingen mv. tidligt i forløbet. Desuden kan parterne opnå kendskab til hinandens arbejdsgange med henblik på at koordinere de samtidige indsatser. I det omfang, der antages at være behov for at iværksætte særlig støtte efter serviceloven, og der derfor skal udarbejdes en børnefaglig undersøgelse, kan det eksempelvis koordineres, at den børnefaglige undersøgelse udarbejdes sideløbende med indlæggelsen, så den er foretaget inden barnet/den unge udskrives fra børne- og ungdomspsykiatrien. Tidlig kontakt er således væsentlig for en løbende dialog mellem parterne i forhold til ændringer i barnets/den unges behov og indsatser.

## 5.4 OVERGANGE

Hvis der ikke koordineres i overgangen, kan det skabe usammenhængende forløb for børnene/de unge og deres familier, unødigt ventetid, vidensstab mellem de fagprofessionelle, risiko for uklar ansvarsfordeling, mv. Overgange i forløbet kan eksempelvis være fra ungdomsuddannelse til videregående uddannelse, fra børne- og ungdomspsykiatri eller privatpraktiserende speciallæge i børne- og ungdomspsykiatri til egen læge og/eller kommunal indsats, fra børne- og ungdomspsykiatri til voksenpsykiatri mv. Der skal altid indhentes samtykke fra barnets forældre/den unge inden der videregives oplysninger om forløbet. Skift fra én instans til en anden udgør altid en administrativ og sammenhængsmæssig udfordring, hvorfor overgangene bør planlægges og koordineres ud fra en individuel vurdering.

7 VISO er den nationale Videns- og Specialrådgivningsorganisation på det sociale område og på specialundervisningsområdet



## OVERGANG FRA BØRNE- OG UNGDOMSPSYKIATRI TIL VOKSENPSYKIATRI

Som udgangspunkt sker overgangen fra børne- og ungdomspsykiatri til voksenpsykiatri, omkring 18-års alderen, med en mindre regional variation<sup>8</sup>. For mange unge i børne- og ungdomspsykiatrien kan overgangen til voksenpsykiatrien opleves som en brat overgang, da behandlingstilbuddet i børne- og ungdomspsykiatrien af mange opleves som mere intensivt og målrettet end i voksenpsykiatrien. Derudover sker der i ungdomsårene meget både biologisk, psykologisk og socialt, som den psykiske lidelse eller vanskelighed kan influere på, og som også kan influere på den psykiske lidelse eller vanskelighed.

En vellykket overgang fra børne- og ungdomspsykiatri til voksenpsykiatri kræver derfor et tæt samarbejde mellem de involverede afdelinger/centre, den unge og familien med henblik på at skift af fx behandlere og behandlingsintensitet sker planlagt og velovervejet og ikke pludseligt. Overgangen fra børne- og ungdomspsykiatri bør således ske ud fra en faglig og individuel vurdering af, hvornår det enkelte barn er klar til det.

For unge fra cirka 16 år, der fortsat har en psykisk lidelse, bør der tages højde for den videre indsats og overgangen til voksenlivet, så den unge sikres en god, understøttet overgang til voksenlivet.

8 Det fremgår af Sundhedsstyrelsens specialevejledning for børne- og ungdomspsykiatri, at patienter bør varetages i børne- og ungdomspsykiatrien indtil de fylder 18, men at aldersgrænsen i øvrigt er fleksibel og kan tilrettelægges lokalt og eventuelt efter det enkelte barns særlige forhold.

## OVERGANG FRA BØRNE- OG UNGDOMSPSYKIATRI TIL KOMMUNE ELLER PRIVATPRAKTISERENDE SPECIALLÆGE I BØRNE- OG UNGDOMSPSYKIATRI

I mange tilfælde vil den unge ikke overgå til voksenpsykiatrien, da den unge i stedet vil overgå til udelukkende kommunale indsatser, der tilrettelægges ud fra den unges aktuelle behov. Ved behov for videreførelse af farmakologisk behandling, vil den videre varetagelse af vedligeholdelsesbehandlingen ofte foregå i regi af almen praksis eller privatpraktiserende speciallæge i børne- og ungdomspsykiatri. Denne overdragelse sker efter aftale mellem børne- og ungdomspsykiatrien og den relevante part<sup>9</sup>, og kan med fordel præciseres i lokale samarbejdsaftaler.

## OVERGANG FRA BARN TIL VOKSEN I KOMMUNALT REGI

Serviceovens børneparagraffer er væsentligt forskellige fra voksenparagrafferne, der som udgangspunkt gælder fra den dag, den unge bliver 18 år. En ung med angst og/eller depression, der fylder 18 år, skal i det omfang, det er muligt, tage ansvar for sin egen tilværelse og forældrene bliver ikke automatisk involveret i sagen. Det indebærer blandt andet, at den hjælp, som kommunen har bevilliget forældrene kan ophøre (afhængigt af hvilken type hjælp, der har været iværksat). Hjælpen er nu målrettet den unge, ligesom alle henvendelser fra kommunen sker direkte til den unge. Hvis den unge vurderes fortsat at have behov for hjælp, kan der fx fortsættes fast kontaktperson for den unge, iværksættes socialpædagogisk bistand eller støtteordninger for den unge til uddannelser, læreplads eller skole fx i form af mentorer, studievejleder, støtte personer på praktikpladsen mv. Forældre spiller fortsat en central rolle, og selvom de ikke automatisk involveres, kan der med fordel

9 Vejledning om medikamentel behandling af børn og unge med psykiske lidelser, VEJ nr. 9194 af 11/04/2013



arbejdes aktivt på at involvere forældrene i den unges forløb ved overgangen fra ung til voksen, bl.a. med henblik på at støtte den unge i forhold til at overholde møder og behandlingstiltag efter det 18. år.





# 6 GRADUEREREDE INDSATSER OG ORGANISERING

## Det anbefales

- at regioner og kommuner arbejder ud fra en model om graduerede indsatser i forhold til børn og unge med angst og/eller depression eller tegn på angst og/eller depression

### TRIN 1

#### Tidlig indsats

- at kommunen, evt. i samarbejde med almen praksis eller anden relevant kompetence, foretager en faglig vurdering af barnet/den unge og på den baggrund tager stilling til, om barnet/den unge og familien har behov for en kommunal indsats samt igangsætter og varetager indsatsen ved identificeret behov
- at kommunen og evt. almen praksis iværksætter en uddybende vurdering og indsats (trin 2), hvis den iværksatte indsats ikke har den forventede effekt

### TRIN 2

#### Uddybende vurdering og indsats

- at kommunen, evt. i samarbejde med almen praksis eller anden relevant kompetence, foretager en uddybende faglig vurdering og på den baggrund viderefører eller revurderer den socialfaglige, psykologiske og/eller pædagogiske indsats for barnet/den unge.
- at kommunen, almen praksis mv. henviser til børne- og ungdomspsykiatrien eller privatpraktiserende speciallæge i børne- og ungdomspsykiatri (trin3), hvis den iværksatte indsats ikke har den forventede effekt

### TRIN 3

#### Udredning, diagnostik og behandling

- at børne- og ungdomspsykiatrien eller privatpraktiserende speciallæge i børne- og ungdomspsykiatri foretager udredning og diagnosticering af barnet/den unge og formidler diagnosens indhold, den iværksatte behandling og resultater til kommunen og forældre

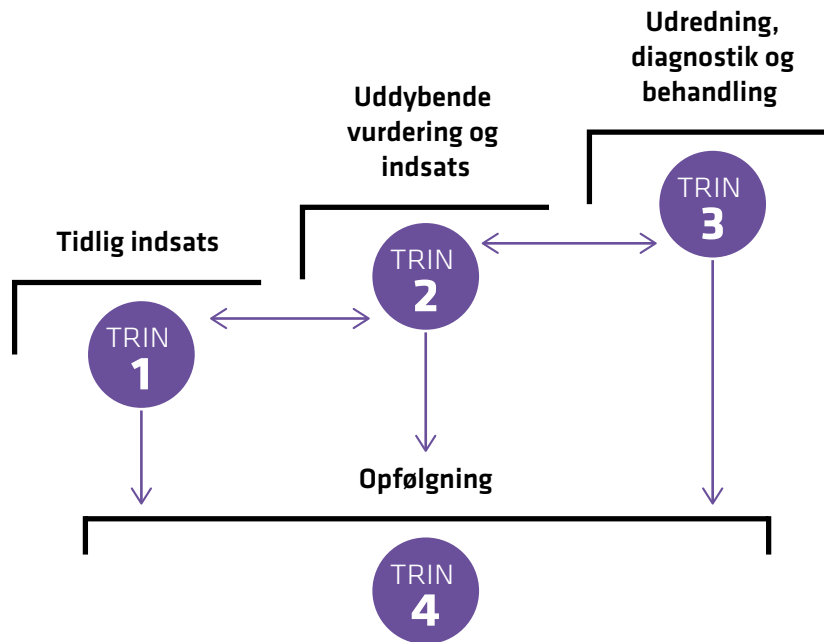
### TRIN 4

#### Opfølgning

- at kommunen i samarbejde med relevante fagprofessionelle omkring barnet/den unge løbende vurderer barnets/den unges behov for opfølgende indsatser med henblik på at mestre hverdagslivet
- at der indgås aftale mellem børne- og ungdomspsykiatrien og almen praksis eller privatpraktiserende speciallæge i børne- og ungdomspsykiatri om eventuel videreførelse af og opfølgning på farmakologisk behandling



FIGUR 1



## 6.1 MODEL FOR GRADUERET INDSATS

Indsatserne i forløbsprogrammet er beskrevet som graduerede og opdelt på fire trin. På de første tre trin er intensiteten og specialiseringen stigende, mens trin fire omfatter opfølgning. Figur 1 viser en oversigt over indsatsstrinene.

Tilgangen med en gradueret indsats er baseret på antagelsen om, at nogle børn og unge med psykiske lidelser eller tegn på psykiske lidelser har behov for mindre indgribende indsatser, mens andre har behov for mere omfattende indsatser, ligesom nogle børn har behov for begge dele, men på forskellige tidspunkter. Uanset hvilket indsatstrin barnet/den unge befinder sig på, skal barnets/den unges behov vurderes, og indsatsen skal tilrettelægges herefter – både i region og kommune. Barnet/den unge skal tilbydes hjælp og støtte foreneligt med barnets/den unges problematikker – også selvom barnet/den unge ikke er diagnosticeret.

Indsatsen er afhængig af, at de personer der er omkring barnet reagerer. Det er altid vigtigt at vurdere, om indsatsen er den rigtige ud fra de observationer, de fagprofessionelle eller forældre gør sig, da observationer og vurderinger

danner udgangspunkt for indsatsstrinnet. Det skal altid vurderes med korte intervaller, om en indsats har den fornødne effekt. En indsats kan ændres, hvis det observeres og vurderes, at indsatsen ikke virker, og det deraf er nødvendigt at ændre indsatsen og/eller henvise til videre behandling.

Børne- og ungdomspsykiatrien kan tilbyde rådgivning og vejledning til kommuner/almen praksis ved tvivlsspørgsmål om barnets/den unges forløb og/eller behov for indsatser, herunder hvorvidt barnet/den unge skal henvises til udredning og behandling i børne- og ungdomspsykiatrien eller ved privatpraktiserende speciallæge i børne- og ungdomspsykiatri. I det følgende gennemgås de fire trin med anførelse af, hvilke overordnede aktører der er involveret.

Dette forløbsprogram opererer således med fire indsatstrin, mens der i kommunalt regi ofte arbejdes med tre forskellige typer af indsatser, alt efter hvilke problemstillinger de retter sig imod. Afhængigt af behovet, kan indsatsen rette sig mod henholdsvis alle børn og unge (alment forebyggende indsats), en afgrænset gruppe af børn og unge (foregribende indsats) eller enkelte børn og unge (indgribende indsats). Det bør altid være barnets/den unges behov, der afgør, hvilken



indsats der sættes i værk. På den måde kan der være tale om kommunale indsatser, som i skolen er af indgribende karakter, men som i forhold til familien er af foregribende karakter.

Kommunen visiterer til indsatser på baggrund af en individuel vurdering af barnets/den unges og familiens behov, og indsatserne kan målrettes følgende områder:

- Familien og barnet/den unge
- Dagtilbud
- Skole/uddannelse
- Fritidsområde
- Hverdagsmestring.

## 6.2 TIDLIG INDSATS (TRIN 1)



Indsatsen på dette trin tilbydes typisk i kommunen og vil primært bestå af brede og kortvarige indsatser tæt på barnets/den unges dagligdag hjemme, og/eller i dagtilbuddet og/eller i skolen.

På det tidlige indsatstrin er målgruppen børn og unge med få eller flere samtidige men kortere varende symptomer og tegn på angst eller depression, og som påvirker funktionen. Desuden bør der være fokus på, om forældre og fagpersoner kan håndtere de problemstillinger/belastninger, som barnet/den unge måtte have, fx skolefaglige og/eller sociale problemer i skolen, indlæringsvanskeligheder, skilsmisse eller psykisk lidelse hos forældrene mv.

Formålet med de kommunale indsatser er primært at vurdere særlige udfordringer med henblik på at mindske vanskelighederne hos en risikogruppe, hvor der er tegn på angst og/eller depression.

Oftest er det en forælder eller en lærer/pædagog i skole eller dagtilbud, der første gang bemærker,

at et barn har vanskeligheder - enten hjemme, og/eller i dagtilbuddet og/eller i skolen. Når bekymringen for barnets/den unges udvikling og trivsel er opstået, bør barnet/den unge vurderes hos eksempelvis PPR<sup>10</sup> eller anden funktion med kompetence til at afdække mulige symptomer og tegn på angst og/eller depression hos barnet. Hvis barnet/den unge ses i almen praksis, bør den praktiserende læge efter konkret undersøgelse og vurdering tage stilling til, om der skal rettes henvendelse til kommunen med henblik på vurdering (Sundhedsstyrelsen, 2013). Almen praksis kan foretage en underretning jf. fagpersoners skærpede underretningspligt.<sup>11</sup>

## FAGLIGE INDSATSER

Angst og/eller depression og tegn på angst og/eller depression opstår eller udvikler sig ofte grundet mange faktorer. Derfor er det afgørende, at indsatsen foregår ud fra en faglig vurdering af de mange samtidige faktorer. Når kommunen eller almen praksis registrerer, at et barn eller en ung er i risiko for at have problemstillinger relateret til angst og/eller depression, bør der foretages en faglig vurdering af de forskellige faktorer med henblik på at afdække barnet/den unges behov for indsatser og målrettede forløbet.

Nogle børn/unge kan have behov for en hurtig indsats. Når man har fået kendskab til, at et barn eller ung har behov for særlig støtte, bør der derfor foretages en indledende vurdering af problemerne og en stillingtagen til, om problemerne kan afhjælpes med en tidlig indsats (forebyggende støtte)<sup>12</sup>. Såfremt det vurderes, at problemerne

10 PPR kan være organiseret forskelligt i kommunerne. Erfaringen viser, at der er psykologisk- og/eller pædagogisk specialiseret kompetence til stede. Nogle steder kan der desuden være andre kompetencer til stede, fx fysioterapeuter, ergoterapeuter og socialrådgivere.

11 Serviceloven § 153, se bilag 3

12 En hurtig indsats kan ydes efter Serviceloven § 11, stk. 3, som muliggør en tidlig, målrettet indsats over for børn og unge med behov for særlig støtte (se bilag 3).



kan afhjælpes med en tidlig indsats, skal det besluttes, hvilken type af indsats der skal iværksættes og forløbet planlægges, jf. kapitel 5.

Hos nogle børn kan der være behov for en faglig vurdering, hvor der ses på barnets hele situation, før den rette indsats kan tilrettelægges. I denne vurdering kan der med fordel indhentes informationer fra barnet selv, forældre, institution, skole og andre aktører ved behov, herunder faktorer vedrørende fysisk og mental sundhed, læring og deltagelse i skolen, sociale relationer (fx skole, fritid, nærmiljø), familieforhold (fx ressourcer, bolig, netværk), forældrenes rolle i forhold til omsorg og støtte/vejledning. Eventuel undersøgelse ved almen praksis kan inddrages i den faglige vurdering, under forudsætning af samtykke om videregivelse af oplysninger. Der bør i vurderingen skelnes mellem, om barnet/unge har tidlige tegn på angst og/eller depression, eller om der er tale om reaktioner på belastninger i omgivelserne eller almindelige humørsvingninger.

Der vil ofte være behov for en børnefaglig undersøgelse<sup>13</sup>, hvor der ses på barnets behov for støtte ud fra barnets/den unges udvikling og adfærd, familieforhold, skoleforhold, sundhedsforhold, fritidsforhold, venskaber og andre relevante forhold, i det omfang det er nødvendigt for at belyse barnets forhold.

Der findes ikke et enkelt redskab til at vurdere barnet for angst og/eller depression, og derfor kræver det således information fra flere kilder at foretage vurderingen. Desuden er det et godt redskab til tidlig identifikation at lytte til forældres bekymring. At teste alle børn udgør en risiko for negative sideeffekter i form af stigmatisering mv. (Grønlie et al., 2016), hvorfor undersøgelse kun foretages ved en begrundet mistanke. Metoderne ICS eller ICF-

CY<sup>14</sup> anvendes i forhold til at vurdere barnet/den unge på både individniveau og i relation til familien/omgivelserne og bidrager dermed til at få et overblik over barnets/den unges hele situation. Derudover kan der anvendes validerede vurderingsværktøjer, fx SDQ<sup>15</sup>, RCADS, SCAS eller MFQ, der kan give en indikation af typen af barnets/den unges vanskeligheder samt sværhedsgraden heraf. SDQ kan dog ikke alene opspore symptomer på angst og/eller depression og bør derfor suppleres med et af de øvrige spørgeskemaer. Redskaberne er anvendelige som et fælles fagligt og sprogligt udgangspunkt, når der samarbejdes om barnet/den unge på tværs af faggrupper og sektorer.

Det anbefales, at kommunale fagprofessionelle, der udfører vurderingen, har viden om symptomer, funktion og adfærd, og inddrager psykologiske kompetencer samt øvrige relevante kommunale fagprofessionelle, herunder sundhedsplejersker, fysio- eller ergoterapeuter, talepædagoger, socialpædagoger, socialrådgivere, mv. Derudover kan almen praksis forestå undersøgelsen.

På baggrund af den faglige vurdering vurderes familiens og barnets behov for støtte, og en eventuel indsats igangsættes og målrettes barnets/den unges og familiens vanskeligheder. Relevante kommunale parter (PPR-funktion, herunder skole, sundhedsplejerske, fysio- og ergoterapeuter, socialrådgivere, mv.) støtter således forældre, lærere og pædagoger i den videre håndtering af barnets/den unges vanskeligheder, fx ved konsultativ bistand. Ofte kan et tæt samarbejde mellem forældrene og personalet i barnets dagtilbud, skole, SFO eller klub hjælpe

14 <https://socialstyrelsen.dk/tvaergaende-omrader/sagsbehandling-born-og-unge/ics/om-ics>, <http://www.who.int/classifications/icf/en/>, <http://www.marselisborgcentret.dk/icf/>, [http://www.marselisborgcentret.dk/fileadmin/filer/Publikationer/PDF\\_er/ICF\\_vejledning\\_revideret\\_101013.pdf](http://www.marselisborgcentret.dk/fileadmin/filer/Publikationer/PDF_er/ICF_vejledning_revideret_101013.pdf)

15 <http://sdq-dawba.dk/>

13 Serviceloven § 50, se bilag 3



med at løse problemer i barnets/den unges hverdag. I andre situationer kan det være nødvendigt at involvere andre parter.

Ud fra vurderingen aftaler de involverede fagprofessionelle indsats og tidsperspektiv.

Indsatserne kan rette sig mod:

- barnet eller familien, fx i form af rådgivning eller selvhjælpsprogrammer eller bøger, samt henvisning til korrekt viden eller kortvarig hjælp. Formålet med indsatsen er at afhjælpe angst- og depressionssymptomer hos barnet/den unge med henblik på at kunne overvinde lidelsen
- fagprofessionelle, fx i form af undervisning til lærere, pædagoger, sundhedsplejersker, fysio- og ergoterapeuter mv. Formålet med undervisningen kan være en adfærdsændring i hverdagen hos de fagprofessionelle, så de bedre kan støtte barnet/den unge i at overvinde angst- og depressionssymptomer, så angsten ikke vedligeholdes, samt understøtte positive og trygge læringsmiljøer for barnet.

I forhold til det psykosociale område gælder generelt at sikre tilrettelæggelsen af barnets lærings- og hjemmemiljø, så det er positivt og trygt og skaber de rette udviklingsmuligheder følelsesmæssigt, socialt og kognitivt. Den socialfaglige og/eller pædagogiske indsats kan både være bredt tilrettelagt og målrettet både familien og omgivelserne, og den kan være mere individuelt tilrettelagt og primært være målrettet barnet/den unge selv.

De fagprofessionelle, der er involveret i indsatsen bør have viden om udviklingspsykologi og kendskab til angst- og depressionstilstande i barn- og ungdom, samt om de faktorer som vedligeholder tilstandene.

## VIDERE HENVISNING

I udgangspunktet henvises der ikke til børne- og ungdomspsykiatrien eller privatpraktiserende speciallæge i børne- og ungdomspsykiatri (trin

3) fra dette trin, men i tilfælde hvor barnet/den unge har svære symptomer og væsentligt nedsat funktionsevneniveau, kan det være nødvendigt at foretage videre henvisning til børne- og ungdomspsykiatrien eller privatpraktiserende speciallæge i børne- og ungdomspsykiatri tidligt i forløbet. Barnet kan henvises til børne- og ungdomspsykiatrien fra kommunen, almen praksis, praksissektoren eller sygehusafdeling.

Der bør arbejdes med socialfaglige, psykologiske og/eller pædagogiske indsatser, før der overvejes henvisning til børne- og ungdomspsykiatrien.

## 6.3 UDDYBENDE VURDERING OG INDSATS (TRIN 2)



Indsatser på dette trin udføres i kommunen eller ved specialiserede private enheder og indebærer typisk en målrettet omend kortvarig psykoterapeutisk indsats af moderat intensitet enten individuelt eller i gruppe.

Formålet med indsatsen er at lære barnet/den unge samt familien at afhjælpe symptomer på angst og/eller depression, som vanskeliggør barnets funktion uanset miljøets tilpasninger.

Målgruppen på dette indsatstrin vedrørende uddybende vurdering og indsats er kendetegnet ved symptomer af varierende grad, fra flere kortvarige symptomer på samme tid med påvirkning af funktionen til flere symptomer med betydelig funktionspåvirkning. Desuden kan barnet/den unge have sociale belastninger af varierende grad.

## FAGLIGE INDSATSER

Den faglige vurdering i forbindelse med den tidlige indsats bør uddybes med yderligere



vurdering, herunder af barnets/den unges livssituation samt en kognitiv vurdering. Der kan være tale om anvendelse af spørgeskemaer samt systematiske interview inspireret af psykiatriske interview, der skal afklare særlige opmærksomhedspunkter hos målgruppen vedrørende det kognitive niveau og symptombilledet, samt om der er eventuel samtidige psykosociale lidelser eller vanskeligheder. Der vil ofte være behov for en børnefaglig undersøgelse for at sikre, at psykosociale belastninger identificeres og håndteres, og at barnet og familien støttes tilstrækkeligt.

Den uddybede vurdering bør foretages ud fra tidligere beskrevne principper med udgangspunkt i indhentning af information fra barnet/den unge selv, forældre, samt andre aktører ved behov. Vurderingen bør også tilvejebringe viden om vedligeholdende mekanismer, der kan adresseres i indsatsen. Som en del af vurderingen kan det også beskrives, hvilke indsatser der allerede er givet i forhold til barnets/den unges problematik, og hvilken effekt disse har haft.

Den uddybende vurdering, herunder af det kognitive niveau, bør varetages af psykolog (PPR-psykolog, kommunal eller privatpraktiserende) eller anden fagprofessionel med lignende kompetence og viden, med inddragelse af andre relevante fagprofessionelle på dette indsatstrin. De fagprofessionelle, der involveres i den uddybende vurdering, bør have et kendskab til angst og/eller depression hos børn og unge.

På baggrund af den uddybende vurdering kan der være grundlag for en eventuel afgørelse om foranstaltninger. Iværksættes der en foranstaltning, skal der udarbejdes en handleplan.<sup>16</sup>

Indsatsen baserer sig på en anvendelse af evidensbaserede terapeutiske principper samt viden

om, hvilke mekanismer der karakteriserer og vedligeholder angst og depression.

Er der tale om, at barnet/den unge opfylder kriterier for symptomer på angstlidelse vil kognitive terapiformer, der er undersøgt og evidensbaserede, typisk være førstevalg i indsatsen. Afhængig af tidligere tilbud om indsatser, barnets/den unges alder og de mekanismer, der vedligeholder vanskelighederne, vælges den optimale indsats.

Det anbefales, at kognitiv adfærdsterapeutisk indsats i forhold til både symptomer på angst og depression varetages af psykolog (PPR-psykolog, kommunal eller privatpraktiserende) eller anden fagprofessionel med lignende kompetence og viden, med inddragelse af andre relevante fagprofessionelle. Indsatser, der supplerer vanlig behandling med motion, vejrtræknings- og afspændingsøvelser, varetages af ergo- og fysioterapeuter eller anden fagprofessionel med lignende kompetencer og viden.

Kompetencer hos de fagprofessionelle på dette trin er et udvidet kendskab til symptomer på angst og depression i barn- og ungdom, herunder de vedligeholdende mekanismer. Derudover rette kompetencer til anvendelse af psykoterapeutiske metoder og til at kunne forestå supervision hos dem, der er involveret i den terapeutiske behandling.

Den psykoterapeutiske indsats kan understøttes af indsats i forhold til det fysiske/sansemæssige, som kan varetages af fysio- og ergoterapeut som konsultativ bistand eller korte behandlingsforløb.

Desuden bør de nærmeste fagprofessionelle i barnets netværk (pædagoger, sundhedsplejersker, fysio- og ergoterapeuter, lærere, AKT-lærere, socialrådgivere, støttekontaktpersoner, familiebehandlere mv.) samt forældre støtte op om indsatsen med henblik på at sikre, at den integreres i hverdagen.

<sup>16</sup> Der kan iværksættes foranstaltninger efter Serviceloven § 52 og i så fald udarbejdes der en handleplan efter Serviceloven § 140 (se bilag 3)



## VIDERE HENVISNING

Det anbefales, at der forud for en henvisning til børne- og ungdomspsykiatrien eller privatpraktiserende speciallæge i børne- og ungdomspsykiatri, indledes med familierettede og social- eller specialpædagogiske indsatser hos barnet/den unge og de omgivende voksne, samtidig med at der kan indhentes råd og vejledning hos fagprofessionelle med viden om børn og unge med særlige behov. Hvis barnet/den unge stadig ikke oplever tilstrækkeligt gavn af indsatsen og fortsat har nedsat funktionsevneniveau, svære symptomer og/eller er i alvorlig mistrivsel, er det hensigtsmæssigt at henvise barnet/den unge til udredning og behandling i børne- og ungdomspsykiatrien eller ved privatpraktiserende speciallæge i børne- og ungdomspsykiatri. Hvis barnet/den unge henvises fra almen praksis til børne- og ungdomspsykiatrien, bør der forinden henvisning være foretaget en kognitiv vurdering af barnet/den unge. Som udgangspunkt bør der også ved behov foreligge en kognitiv vurdering ved henvisning fra kommunalt regi. Der bør foreligge lokale aftaler om, i hvilke tilfælde vurderingen skal foreligge.

## 6.4 UDREDNING, DIAGNOSTIK OG BEHANDLING (TRIN 3)



Indsatserne på dette trin foregår både i regionalt og kommunalt regi og ofte samtidigt. Der er ofte tale om længerevarende og specialiserede indsatser af moderat til høj intensitet, hvor barnet/den unge tilses af en række fagprofessionelle, som ikke er en del af barnet/unges hverdag, enten i ambulanseregion eller som en del af en indlæggelse i børne- og ungdomspsykiatrien.

Målgruppen på dette indsatstrin vedrørende udredning, diagnostik og behandling er kendetegnet ved at have mange symptomer med betydelig funktionspåvirkning og/eller selvmordstruet

adfærd eller flere symptomer med betydelig funktionspåvirkning. Indsatser kan være forsøgt uden effekt. Der kan forekomme psykosociale belastninger af varierende grad. Der kan desuden forekomme selvmordstanker og selvskadende adfærd i sammenhæng med depression.

Formålet med indsatser på dette indsatstrin er at modvirke risikoen for, at barnets vanskeligheder udvikler sig til mere kroniske tilstande. Dels sikre tilstrækkelig og korrekt udredning og behandling af psykopatologien, herunder samtidige problemstillinger, og dels sikre koordination mellem de involverede aktører, så der kan interverneres overfor de vedligeholdende faktorer.

De kommunale indsatser har primært til formål at afhjælpe vanskelighederne for enkelte børn/unge, der har alvorlige vanskeligheder, og som måske er på vej til at blive eller allerede helt eller delvist er ekskluderet fra eksempelvis de almene tilbud. Formålet er at understøtte barnet/den unge i at fungere i hverdagen med henblik på at forbedre betingelser og muligheder for barnet/den unge og øge inklusion i samfundet.

Som udgangspunkt er de beskrevne indsatser på de to foregående indsatstrin gennemført og/eller afprøvet uden tilstrækkelig effekt og skal medtænkes som indsatser, der fortsat er relevante i et udvidet og intensiveret omfang. For nogle børn/unge kan det dog være nødvendigt at starte indsatsen på dette trin, hvis det fagligt vurderes, at lidelsen allerede har en sværhedsgrad, der kræver indsats på dette trin.

## FAGLIGE INDSATSER

På dette trin bør der foretages en børnepsykiatrisk udredning bestående af relevant psykopatologisk udredning for at afdække psykopatologi og eventuel samtidige problemstillinger. Derudover indhentes relevante oplysninger, efter indhentet samtykke, fra allerede udførte undersøgelser/vurderinger og aktører, for at få et billede af vanskelighederne på tværs af forskellige sociale kontekster, samt status i forhold til hvad der har været forsøgt og med hvilken effekt.



Der er evidens for, at kognitiv adfærdsterapi er en effektiv behandlingsform til børn og unge med angst. Det er på nuværende tidspunkt ikke muligt at vurdere, hvorvidt andre former for psykoterapi er effektive for denne population, da der mangler randomiserede kontrollerede studier af disse (Sundhedsstyrelsen, 2016). Den nationale kliniske retningslinje beskriver også, at det er god praksis at supplere behandlingen med motion, vejrtræknings- og afspændingsøvelser.

Den største evidens for non-farmakologisk behandling af depression findes ligeledes indenfor kognitive og adfærdsterapeutiske tilgange, men evidensen er generelt mindre entydig end for angst, og der kan i højere grad være behov for at justere tilgangen i forhold til det konkrete barns forudsætninger og livssituation.

Indsatsen på dette trin tager således afsæt i samme principper som på det foregående indsatstrin og dertil muligheden for medicinsk behandling. Den direkte behandlingsindsats i psykiatrien kan ikke stå alene, men skal omsættes i barnets hverdagssammenhænge med hjælp fra voksne. Kommunen viderefører og revurderer den socialfaglige indsats fra det forrige indsatstrin, herunder skolerelaterede indsatser, og inddrager viden fra børne- og ungdomspsykiatrien.

De involverede fagprofessionelle vurderer sammen det eventuelle behov for intensivering af behandlingen i form af supplement med medicinsk behandling og/eller indlæggelse. Særligt i forhold til børn/unge med depression er det nødvendigt at vurdere selvmordsrisiko i forbindelse med medicinsk behandling.

På dette indsatstrin bør den igangværende indsats og kommunikationen mellem fagpersonerne i kommunalt regi fortsættes, herunder fortsat afholdelse af lokale opfølgingsmøder efter behov, hvilket forudsætter indhentet samtykke. Da henvisning til børne- ungdomspsykiatrien eller privatpraktiserende speciallæge i børne- og ungdomspsykiatri ofte er relevant, er der stort behov for koordinering i den tværfaglige indsats, og indsatsen kræver specialiseret viden.

Indsatserne varetages af fagpersoner i børne- og ungdomspsykiatrien eller privatpraktiserende speciallæge i børne- og ungdomspsykiatri samt fagpersoner i kommunernes PPR-funktioner, ungdoms- og uddannelsesvejledere og socialforvaltninger samt fysio- og ergoterapeuter er typisk involveret på dette trin. Det er fortsat vigtigt at inddrage lærere, AKT-lærere<sup>17</sup> blandt andet i forhold til en sammenhængende indsats.

## 6.5 OPFØLGNING (TRIN 4)



Der bør løbende følges op på indsatserne på alle indsatstrin i forhold til, om det er de rette indsatser, der er igangsat for barnet/den unge, og om de eventuelt skal tilpasses<sup>18</sup>. På dette indsatstrin er der således ikke tale om yderligere belastningsgrad, men de opfølgende indsatser er en del af det samlede forløb.

Formålet med opfølgning er at fastholde funktionsevneniveauet og understøtte barnet/den unge og familien med hensyn til at bevare tilknytning til og mestre hverdagen<sup>19</sup>.

## FAGLIGE INDSATSER

Når en farmakologisk eller non-farmakologisk indsats afsluttes, vil der ofte være behov for

17 Adfærd, Kontakt og Trivsel. De fleste skoler har en AKT-lærer/vejleder, og nogle kommuner har derudover ansat en AKT-konsulent. Generelt er AKT-vejlederen skolens ressourceperson på områder, der vedrører elevernes trivsel og psykiske undervisningsmiljø.

18 Der skal løbende følges op og foranstalles indsatser jf. Serviceloven § 52 (bilag 3).

19 Der kan fx udarbejdes en genoptræningsplan, hvis barnet/den unge har et lægefagligt begrundet behov for genoptræning - (se bilag 3).



sociale eller pædagogiske indsatser for at støtte barnet/den unge bedst muligt. Den terapeutiske indsats i kommunal sammenhæng bør følges op med hjælp til familien, støtte og rådgivning i hjemmet.

Der kan iværksættes forskellige former for indsats afhængigt af den specifikke lidelse og afstemt efter det enkelte barns eller den enkelte unges behov. Det er relevant at sikre samtidige opfølgende indsatser i kommune, børne- og ungdomspsykiatri og eventuelt ved privatpraktiserende speciallæge i børne- og ungdomspsykiatri, der supplerer og understøtter hinanden.

Der kan desuden være behov for, at en eventuel farmakologisk behandling videreføres efter barnet/den unge afsluttes i børne- og ungdomspsykiatrisk regi, og her anbefales det, at der indgås aftale mellem almen praksis og børne- og ungdomspsykiatrien eller privatpraktiserende speciallæge i børne- og ungdomspsykiatri om, at almen praksis viderefører og følger op på den farmakologiske behandling.

Relevante parter der bør inddrages: familien, lærer, specialpædagog, PPR-psykolog mv., øvrige relevante fagprofessionelle fx ergoterapeut, fysioterapeut, myndighedssocialrådgiver, foranstaltet støtte-kontaktperson, familiebehandler, familiehus, sundhedsplejerske mv, almen praksis, børne- og ungdomspsykiatrien samt eventuelt private aktører.



# 7 IMPLEMENTERING OG OPFØLGNING

## Det anbefales:

- at der indgås aftaler om fælles kompetenceudvikling, så fagprofessionelle omkring børn og unge har de rette kompetencer til at understøtte den rette indsats i forhold til barnets/den unges vanskeligheder
- at samarbejdet omkring forløbsprogrammet løbende følges og evalueres med henblik på eventuelle justeringer i samarbejdet og i praksis. Opfølgning aftales lokalt fx hvert 2. - 4. år

## 7.1 FORUDSÆTNINGER FOR VELLYKKET IMPLEMENTERING

Med henblik på at forløbsprogrammet giver den tilsigtede forbedrede kvalitet i forløb for børn og unge med angst og/eller depression, er det væsentligt at anbefalingerne implementeres. For at forløbsprogrammet kan blive fuldt implementeret, kræver det indsats på både nationalt og lokalt niveau. Det nationale niveau har primært fokus på den fortsatte faglige og organisatoriske udvikling af området, mens regioner og kommuner lokalt har fokus på at anvende, konkretisere og tilpasse det nationale forløbsprogram i tilrettelæggelse af forløbet for børn og unge med angst og/eller depression eller tegn på angst og/eller depression. Nedenfor beskrives nogle af de væsentligste forudsætninger for en vellykket implementering og udvikling på området.

### TVÆRSEKTORIELT/TVÆRGÅENDE SAMARBEJDE

Regioner og kommuner har allerede i regi af sundhedsaftalerne en organisation med ansvar for udvikling, implementering og opfølgning på det tværsektorielle/tværgående samarbejde, herunder aftaler vedrørende den konkrete

arbejdsdeling, koordination og samarbejde. Implementeringen af forløbsprogrammet kan hensigtsmæssigt forankres i denne organisation, eventuelt med nedsættelse af en særlig udviklings- og opfølgningsgruppe for forløbsprogrammet med deltagelse af relevante aktører fra region, kommuner i regionen, praktiserende speciallæger, herunder almen praksis og brugerorganisationer. Forløbsprogrammet kan desuden hensigtsmæssigt forankres i regi af praksisplaner for almen praksis, der udarbejdes som led i den samlede regionale sundhedsplanlægning.

### PLAN FOR IMPLEMENTERING

Den lokale implementering forudsætter, at hver region og tilhørende kommuner i samarbejde udarbejder en implementeringsplan.

Implementeringsplanen bør beskrive

- De væsentligste aktiviteter
- Rolle og ansvarsfordeling
- Tids- og milepælsplan



## FAGLIGE RETNINGSLINJER

Forløbsprogrammet beskriver indsatserne overordnet. For at understøtte en implementering af de beskrevne sundhedsfaglige, socialfaglige og uddannelsesmæssige indsatser, kan der være behov for udarbejdelse af konkrete faglige retningslinjer/arbejdsgangsbeskrivelser. I den udstrækning, som det er relevant, bør disse være tværfaglige og tværsektorielle. Det er vigtigt, at de relevante videnskabelige og faglige selskaber og faglige organisationer indgår i dette arbejde, herunder at parterne identificerer områder med behov for retningslinjer og prioriterer rækkefølgen af udarbejdelsen af disse.

## AFTALER OM KOMPETENCEUDVIKLING

For at opnå høj faglig kvalitet i indsatserne, bør regioner og kommuner sikre tilstrækkelig og opdateret viden blandt alle involverede faggrupper.

Kompetenceopbygning kan ske ved hjælp af organisatoriske tiltag på flere niveauer. Fx kan mindre kommuner gå sammen i klynger med henblik på at dele viden og kompetencer, og der kan etableres fora mellem region og relevante kommuner med fokus på samarbejde for at forbedre indsatsen/kvaliteten, herunder opbygning af det rette kompetenceniveau til opgaveløsningen. Dette kan eksempelvis ske gennem fælles uddannelse, som vil øge kendskabet til andre faggruppers kompetencer og arbejdsopgaver samt understøtte kulturer, der samarbejder på tværs.

I forlængelse heraf anbefales det, at regioner og kommuner aftaler, hvordan de nødvendige kompetencer tilvejebringes og udnyttes på tværs af sektorer.

## MONITORERING

Monitorering danner grundlag for planlægning og kvalitetsudvikling for indsatsen og forløbet for børn og unge med angst og/eller depression. Det er derfor væsentligt, at der tages stilling til, hvordan implementeringsprocessen kan monitoreres. Monitoreringen kan anvendes til at

undersøge, om implementeringen forløber som planlagt og kan samtidig anvendes som beslutningsgrundlag vedrørende implementeringsprocesser.

## 7.2 OPFØLGNING

Når forløbsprogrammet implementeres i regioner og kommuner, er det væsentligt at følge, om programmet opfylder formålet og fungerer efter hensigten. Denne opfølgning vil bidrage med viden om og erfaringer med de enkelte indsatser, samt til koordineringen og organiseringen heraf. Den viden, der kommer af opfølgningen, den løbende monitorering af forløbene og fra forskning i øvrigt, bør anvendes til løbende justeringer af praksis.

I forbindelse med udmøntning af satspuljemidler til lokal implementering af det nationale forløbsprogram tilknyttes en evaluator. Viden fra denne nationale evaluering bør inddrages i det lokale arbejde.

Derudover bør der lokalt foretages en systematisk vurdering af forløbsprogrammet fx hvert 2.-4. år. Denne opgave kan hensigtsmæssigt forankres i eksisterende fora i sundhedsaftaleregioner, der har deltagelse af relevante aktører fra region, kommune, almen praksis, eventuelt med involvering af brugerorganisationer.

En del af den viden, der frembringes på lokalt niveau, kan være relevant at dele bredere med andre regioner og kommuner.

## 7.3 REVISION AF DET NATIONALE FORLØBSPROGRAM

Sundhedsstyrelsen tager initiativ til en revision af det nationale forløbsprogram, når det skønnes nødvendigt.



## 8 REFERENCER

Avenevoli S, Swendsen J, He JP, Burstein M, Merikangas KR. (2015). Major depression in the national comorbidity survey-adolescent supplement: prevalence, correlates, and treatment. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* January;54(1):37-44.

Beesdo K, Knappe S, Pine DS. (2009). Anxiety and anxiety disorders in children and adolescents: developmental issues and implications for DSM-V. *Psychiatric Clinics of North America* September;32(3):483-524.

Biederman J, Faraone SV, Hirshfeld-Becker DR, Friedman D, Robin JA, Rosenbaum JF. (2001). Patterns of psychopathology and dysfunction in high-risk children of parents with panic disorder and major depression. *The American Journal of Psychiatry* January;158(1):49-57.

Biederman J, Petty CR, Hirshfeld-Becker DR, Henin A, Faraone SV, Fraire M et al. (2007). Developmental trajectories of anxiety disorders in offspring at high risk for panic disorder and major depression. *Psychiatry Research* December 3;153(3):245-52.

Caspi A. (2000). The child is father of the man: personality continuities from childhood to adulthood. *Journal of Personality and Social Psychology* January;78(1):158-72.

Copeland WE, Adair CE, Smetanin P, Stiff D, Briante C, Colman I et al. (2013). Diagnostic transitions from childhood to adolescence to early adulthood. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* July;54(7):791-9.

Copeland WE, Angold A, Shanahan L, Costello EJ. (2014). Longitudinal patterns of anxiety from childhood to adulthood: the Great Smoky Mountains Study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* January;53(1):21-33.

Copeland WE, Shanahan L, Costello EJ, Angold A. (2009). Childhood and adolescent psychiatric disorders as predictors of young adult disorders. *Archives of General Psychiatry* July;66(7):764-72.

Collishaw S, Maughan B, Natarajan L, Pickles A. (2010). Trends in adolescent emotional problems in England: a comparison of two national cohorts twenty years apart. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* August;51(8):885-94.

Costello EJ, Egger HL, Angold A. (2005a). The developmental epidemiology of anxiety disorders: phenomenology, prevalence, and comorbidity. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America* October;14(4):631-48, vii.

Costello EJ, Egger H, Angold A. (2005b). 10-year research update review: the epidemiology of child and adolescent psychiatric disorders: I. Methods and public health burden. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* October;44(10):972-86.



Dufton LM, Dunn MJ, Slosky LS, Compas BE. (2011). Self-reported and laboratory-based responses to stress in children with recurrent pain and anxiety. *Journal of Pediatric Psychology*. January;36(1):95-105.

Ford T, Goodman R, Meltzer H (2003). The British Child and Adolescent Mental health Survey 1999: the prevalence of DSM-IV disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* Oct; 42(19):1203-11

Goodwin RD. (2003). Asthma and anxiety disorders. *Advances in Psychosomatic Medicine*; 24:51-71.

Hettema JM, Neale MC, Kendler KS. (2001). A review and meta-analysis of the genetic epidemiology of anxiety disorders. *The American Journal of Psychiatry* October;158(10):1568-78.

Horesh N, Tarner S, Laor N, Toren P. (2008). A comparison of life events in adolescents with major depression, borderline personality disorder and matched controls: a pilot study, *Psychopathology*; vol 41(5):300-6

Kessler RC, Avenevoli S, Costello EJ, Georgiades K, Green JG, Gruber MJ et al. (2012). Prevalence, persistence, and sociodemographic correlates of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication Adolescent Supplement. *Archives of General Psychiatry* April;69(4):372-80.

Langton EG, Collishaw S, Goodman R, Pickles A, Maughan B. (2011). An emerging income differential for adolescent emotional problems. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* October;52(10):1081-8.

March J, Silva S, Petrycki S, Curry J, Wells K, Fairbank J et al. (2005). The Treatment for Adolescents with Depression Study (TADS): Demographic and clinical characteristics. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*; vol 44(1):28-40.

Mayes SD, Waxmonsky JD, Calhoun SL, Bixler EO. (2016). Disruptive Mood Dysregulation Disorder Symptoms and Association with Oppositional Defiant and Other Disorders in a General Population Child Sample. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology* March;26(2):101-6.

Meltzer H, Ford T, Goodman R, Vostanis P. (2011). The burden of caring for children with emotional or conduct disorders. *International Journal of Family Medicine*: 801203.

Merikangas KR, Avenevoli S, Dierker L, Grillon C. (1999). Vulnerability factors among children at risk for anxiety disorders. *Biological Psychiatry*. December 1;46(11):1523-35.

Moreno C. (2017). Prevention in child and adolescent psychiatry: are we there yet? *European Child & Adolescent Psychiatry* March;26(3):267-9.

Olsson GI, von Knorring AL. (1999). Adolescent depression: prevalence in Swedish high-school students, *Acta Psychiatrica Scandinavica* May: 99(5):324-31

Polanczyk GV, Salum GA, Sugaya LS, Caye A, Rohde LA. (2015). Annual research review: A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* March;56(3):345-65.



Patton GC, Coffey C, Romaniuk H, Mackinnon A, Carlin JB, Degenhardt L et al. (2014). The prognosis of common mental disorders in adolescents: a 14-year prospective cohort study. *The Lancet* April 19;383(9926):1404-11.

Shelli Avenevoli, Joel Swendsen, Jian-Ping He, MS, Marcy Burstein and Kathleen Merikangas (2015). Major Depression in the National Comorbidity Survey- Adolescent Supplement: Prevalence, Correlates, and Treatment. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* January; 54(1): 37-44.

Schepman K, Collishaw S, Gardner F, Maughan B, Scott J, Pickles A. (2011). Do changes in parent mental health explain trends in youth emotional problems? *Social Science & Medicine* July;73(2):293-300.

Schwartz CE, Snidman N, Kagan J. (1999). Adolescent social anxiety as an outcome of inhibited temperament in childhood. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* August;38(8):1008-15.

Sellers R, Maughan B, Pickles A, Thapar A, Collishaw S. (2015). Trends in parent- and teacher-rated emotional, conduct and ADHD problems and their impact in prepubertal children in Great Britain: 1999-2008. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* January;56(1):49-57.

Shimada-Sugimoto M, Otowa T, Hettema JM. (2015). Genetics of anxiety disorders: Genetic epidemiological and molecular studies in humans. *Psychiatry and Clinical Neurosciences* July;69(7):388-401.

Slattery MJ og Essex MJ (2011). Specificity in the association of anxiety, depression, and atopic disorders in a community sample of adolescents. *Journal of Psychiatric Research* June;45(6):788-95.

Socialstyrelsen og Sundhedsstyrelsen (2014). *Koncept for systematisk inddragelse af pårørende*.

Socialstyrelsen og Sundhedsstyrelsen (2015). *Generisk model for forløbsprogrammer for mennesker med psykiske lidelser*.

Sundhedsstyrelsen (2000). *Pjecer for sund psykisk udvikling hos børn*

Sundhedsstyrelsen (2011). *Forløbsprogram for rehabilitering af børn og unge med erhvervet hjerneskade*.

Sundhedsstyrelsen (2014). *National klinisk retningslinje for udredning og behandling af ADHD hos børn og unge*.

Sundhedsstyrelsen (2016). *Udredning og behandling af ADHD hos børn og unge – faglig visitationsretningslinje*.

Wesselhoeft R, Pedersen CB, Mortensen PB, Mors O, Bilenberg N. (2015). Gender-age interaction in incidence rates of childhood emotional disorders. *Psychological Medicine* March;45(4):829-39.



Wesselhoeft R, Sorensen MJ, Heiervang ER, Bilenberg N. (2013). Subthreshold depression in children and adolescents - a systematic review. *Journal of Affective Disorders* October;151(1):7-22.

World Health Organization (1993). *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders*, Lokaliseret på: [www.who.int/classifications/icd/en/GRNBOOK.pdf](http://www.who.int/classifications/icd/en/GRNBOOK.pdf)



## 9 BILAGSFORTEGNELSE

**Bilag 1:** Kommissorium for arbejdsgruppe til udarbejdelse af forløbsprogram for børn og unge med angst og/eller depression

**Bilag 2:** Kommissorium for referencegruppe til udarbejdelse af forløbsprogrammer for børn og unge med psykiske lidelser

**Bilag 3:** Lovgrundlag

**Bilag 4:** Oversigt over planer til beskrivelse af mål og indsatser i det enkelte barns/unges forløb

**Bilag 5:** Målgruppens symptombillede

Oversigt over data vedr. målgruppen findes i en særskilt bilagspublikation *Prævalens, incidens og aktivitet i sundhedsvæsenet for børn og unge med angst eller depression, ADHD og spiseforstyrrelser* på Sundhedsstyrelsens hjemmeside: [www.sst.dk](http://www.sst.dk)



## BILAG 1: KOMMISSORIUM FOR ARBEJDSGRUPPE TIL UDARBEJDELSE AF FORLØBSPROGRAM FOR BØRN OG UNGE MED ANGST OG/ELLER DEPRESSION

### BAGGRUND

I satspuljeaftalen for 2017-2020 er der afsat midler til udarbejdelse af tre forløbsprogrammer for børn og unge med psykiske lidelser i regi af Sundhedsstyrelsen. Formålet er, at børn og unge skal tilbydes en mere sammenhængende indsats og den bedst mulige udredning og behandling med henblik på at forebygge behovet for medicinsk behandling. Forløbsprogrammerne vil bygge på den generiske model for forløbsprogrammer for mennesker med psykiske lidelser: <https://socialstyrelsen.dk/projekter-og-initiativer/handicap/generisk-model-for-forlobsprogrammer-for-mennesker-med-psykiske-lidelser>.

De tre forløbsprogrammer vil være rettet mod børn og unge med henholdsvis:

- Angst/depression
- ADHD
- Spiseforstyrrelser

Der er i satspuljeaftalen for 2017-2020 endvidere afsat puljemidler i perioden 2018-2020 til udbredelse og implementering af de tre nationale forløbsprogrammer i regioner og tilhørende kommuner, herunder lokal tilpasning.

### FORMÅL OG RAMMER

Et forløbsprogram er et organisatorisk redskab, der har til formål at understøtte fælles mål og retning i indsatsen, sammenhængende og koordinerede forløb på tværs af sektorer og forvaltningsområder, høj faglig kvalitet, hensigtsmæssig ressourceudnyttelse og systematisk inddragelse af borgere og pårørende.

Forløbsprogrammet for børn og unge med angst/depression skal beskrive den tværfaglige, tværsektorielle og koordinerede indsats med udgangspunkt i den aktuelle viden og lovgivning på området. Forløbsprogrammet beskriver herunder ansvars- og opgavefordeling samt procedurer for samarbejde, koordinering og kommunikation mellem de involverede aktører på tværs af enheder og sektorer.

Udarbejdelsen af forløbsprogrammet for børn og unge med angst/depression tager afsæt i den generiske model for forløbsprogrammer for mennesker med psykiske lidelser, som Socialstyrelsen i samarbejde med Sundhedsstyrelsen har udarbejdet med udgangspunkt i Sundhedsstyrelsens generiske model for forløbsprogrammer for kronisk sygdom. Modellen er specifikt tilpasset arbejdet med at skabe kvalitet og sammenhæng i indsatsen for mennesker med psykiske lidelser, idet modellen både omfatter behandling og indsatser på sundheds-, social-, beskæftigelses- og uddannelsesområdet.

Den faglige indsats, der er relevant for børn og unge med angst/depression, beskrives med inddragelse af eksisterende viden på området. Beskrivelse af arbejdsdelingen baseres bl.a. på den generelle opgavedeling mellem sygehuse, almen praksis og kommune, som bl.a. fremgår af sundhedsloven samt den konkrete opgavefordeling, der fremgår af de lokale sundhedsaftaler.

### ORGANISERING

Sundhedsstyrelsen nedsætter en arbejdsgruppe bestående af følgende repræsentanter:





DELTAGERE	ANTAL
Sundheds- og Ældreministeriet	1 repræsentant
Styrelsen for Undervisning og Kvalitet	1 repræsentant
Socialstyrelsen	1 repræsentant
KL/kommuner	1/2 repræsentant/er
Danske Regioner/regioner	1/2 repræsentant/er
Danske Handicaporganisationer	1 repræsentant
Danske Patienter	1 repræsentant
Dansk Sygepleje Selskab	1 repræsentant
Dansk Selskab for Fysioterapi	1 repræsentant
Ergoterapifaglige Selskaber	1 repræsentant
Børne- og Ungdomspsykiatrisk Selskab i Danmark	2 repræsentant
Dansk Psykiatrisk Selskab	1 repræsentant
Dansk Psykolog Forenings selskab for Psykopatologi for børn og unge	1 repræsentant
Dansk Psykoterapeutisk selskab for psykologer	1 repræsentant
Selskab for psykologisk psykiatri	1 repræsentant
Dansk Selskab for Almen Medicin	1 repræsentant
Fagligt selskab for Sundhedsplejersker	1 repræsentant
Dansk Selskab for Almen Medicin	1 repræsentant
Dansk Psykolog Forenings sektion for kommunalt ansatte	1 repræsentant
Dansk Socialrådgiverforening	1 repræsentant
Fagligt Selskab for Sundhedsplejersker	1 repræsentant
Børnerådet	1 repræsentant
Fagligt Selskab for Sundhedsplejersker	1 repræsentant

Desuden nedsættes en overordnet reference-gruppe med relevante parter på tværs af de tre forløbsprogrammer, som vil følge arbejdet og rådgive Sundhedsstyrelsen undervejs i processen.

Sundhedsdatastyrelsen vil blive inddraget efter behov i forhold til datagrundlaget for beskrivelse af patientgrupperne samt i forhold til eventuelle beskrivelser af fremtidig monitorering af forløbsprogrammerne mv.

Sundhedsstyrelsen varetager formandskab og sekretariatsfunktion.

Sundhedsstyrelsen udarbejder dagsorden og beslutningsreferat, som fremsendes hhv. én uge før og efter møderne.



## ARBEJDSGRUPPENS OPGAVER

Arbejdsgruppen skal rådgive Sundhedsstyrelsen i udarbejdelsen af forløbsprogrammerne, herunder komme med fagligt input og eventuelt mindre skriftlige bidrag undervejs i arbejdsprocessen samt kommentere skriftligt på udkast til forløbsprogrammet, herunder til:

- Beskrivelse af metoder til systematisk og ensartet vurdering af behov for indsatser
- Beskrivelse af typer af behandling og faglige indsatser
- Arbejdet med opstilling af mål for barnet/den unge samt opfølgning på målene
- Fastlæggelse af den overordnede organisering af den tværfaglige indsats, herunder opgave- og ansvarsfordeling mellem de involverede fagpersoner samt samarbejde og koordination
- Overvejelser vedr. implementering af forløbsprogrammet.
- En nærmere afgrænsning af målgruppen.

## TIDSPLAN

Der forventes afholdt i alt fem møder i arbejdsgruppen i perioden fra marts til november 2017. Mødedatoerne fremgår af udpegningsbrevet.

Sundhedsstyrelsen forventer at offentliggøre forløbsprogrammet i december 2017.

## MEDLEMSLISTE

Arbejdsgruppen vedr. forløbsprogram for børn og unge med angst/depression består af følgende personer:

- Barbara Hoff Esbjørn, Dansk Psykolog Forening
- Bodil Aggernæs, Region Sjælland
- Gitte Andersen, Selskab for psykologisk psykiatri
- Hallur Gilstón Thorsteinsson, Københavns Kommune
- Hanne Bertelsen, KL

- Helle Jørgensen Lolli, Dansk Psykolog Forenings selskab for Psykopatologi for børn og unge
- Henning Strand, Dansk Psykolog Forenings sektion for kommunalt ansatte psykologer
- Jannie Breiner Jensen, Dansk Sygepleje Selskab
- Jonas Edison Holm, Ergoterapifaglige Selskaber
- Line Gadegaard Hansen, Socialstyrelsen
- Lotte Fensbo, Aarhus Kommune
- Merete Juul Sørensen, Børne- og Ungdomspsykiatrisk Selskab i Danmark
- Mia Kristina Hansen, Danske Handicaporganisationer
- Nete Valentin, Dansk Selskab for Fysioterapi
- Pernille Hansen, Danske Patienter/Bedre Psykiatri
- Pia Jeppesen, Børne- og Ungdomspsykiatrisk Selskab i Danmark
- Poul Erik Pedersen, Dansk Socialrådgiverforening
- Sanne Lind, Styrelsen for Undervisning og Kvalitet
- Sofie Dencher, Sundheds- og Ældreministeriet
- Sonja Simonsen, Dansk Selskab for Almen Medicin
- Susanne Rank Lücke, Fagligt Selskab for Sundhedsplejersker

Fra Sundhedsstyrelsen:

- Cecilie Iuul (formand)
- Elisabeth Skibsted
- Julie Præst
- Janni Stauersbøll Kramer (sekretær)



## BILAG 2: KOMMISSORIUM FOR REFERENCEGRUPPE TIL UDARBEJDELSE AF FORLØBS- PROGRAMMER FOR BØRN OG UNGE MED PSYKISKE LIDELSER

### BAGGRUND

I satspuljeaftalen for 2017-2020 er der afsat midler til udarbejdelse af tre forløbsprogrammer for børn og unge med psykiske lidelser i regi af Sundhedsstyrelsen. Formålet er, at børn og unge skal tilbydes en mere sammenhængende indsats og den bedst mulige udredning og behandling med henblik på at forebygge behovet for medicinsk behandling.

De tre forløbsprogrammer vil være rettet mod børn og unge med henholdsvis:

- Angst/depression
- ADHD
- Spiseforstyrrelser

Der er i satspuljeaftalen for 2017-2020 endvidere afsat puljemidler i perioden 2018-2020 til udbredelse og implementering af de tre nationale forløbsprogrammer i regioner og tilhørende kommuner, herunder lokal tilpasning.

### FORMÅL OG RAMMER

Et forløbsprogram er et organisatorisk redskab, der har til formål at understøtte fælles mål og retning i indsatsen, sammenhængende og koordinerede forløb på tværs af sektorer og forvaltningsområder, høj faglig kvalitet, hensigtsmæssig ressourceudnyttelse og systematisk inddragelse af borgere og pårørende.

De tre forløbsprogrammer for børn og unge med psykiske lidelser skal beskrive den tværfaglige, tværsektorielle og koordinerede indsats med udgangspunkt i den aktuelle viden og lovgivning på området. Forløbsprogrammerne beskriver herunder ansvars- og opgavefordeling samt procedurer for samarbejde, koordinering og

kommunikation mellem de involverede aktører på tværs af enheder og sektorer.

Udarbejdelsen af forløbsprogrammerne tager afsæt i den generiske model for forløbsprogrammer for mennesker med psykiske lidelser, som Socialstyrelsen i samarbejde med Sundhedsstyrelsen har udarbejdet med udgangspunkt i Sundhedsstyrelsens generiske model for forløbsprogrammer for kronisk sygdom: <https://socialstyrelsen.dk/projekter-og-initiativer/handicap/generisk-model-for-forlobsprogrammer-for-mennesker-med-psykiske-lidelser>. Modellen er specifikt tilpasset arbejdet med at skabe kvalitet og sammenhæng i indsatsen for mennesker med psykiske lidelser, idet den både omfatter behandling og indsatser på sundheds-, social-, beskæftigelses- og uddannelsesområdet.

Den faglige indsats, der er relevant for børn og unge med psykiske lidelser, beskrives med inddragelse af eksisterende viden på området. Beskrivelse af arbejdsdelingen baseres bl.a. på den generelle opgavedeling mellem sygehuse, almen praksis og kommune, som bl.a. fremgår af sundhedsloven samt den konkrete opgavefordeling, der fremgår af de lokale sundhedsaftaler.

### ORGANISERING

Sundhedsstyrelsen nedsætter en arbejdsgruppe for hvert af de tre forløbsprogrammer med relevante parter, som skal bidrage med fagligt input.

Der nedsættes desuden en overordnet referencegruppe på tværs af de tre forløbsprogrammer, bestående af følgende repræsentanter:



DELTAGERE	ANTAL
Sundheds- og Ældreministeriet	1 repræsentant
Børne- og Socialministeriet	1 repræsentant
Undervisningsministeriet	1 repræsentant
Socialstyrelsen	1 repræsentant
KL/kommuner	1/3 repræsentant/er
Danske Regioner/regioner	1/2 repræsentant/er
Danske Handicaporganisationer	1 repræsentant
Danske Patienter	1 repræsentant
Dansk Sygepleje Selskab	1 repræsentant
Dansk Selskab for Fysioterapi	1 repræsentant
Ergoterapifaglige Selskaber	1 repræsentant
Børne- og Ungdomspsykiatrisk Selskab i Danmark	1 repræsentant
Dansk Psykiatrisk Selskab	1 repræsentant
Dansk Psykolog Forening	1 repræsentant
Dansk Selskab for Almen Medicin	1 repræsentant
Dansk Selskab for Klinisk Ernæring	1 repræsentant
Dansk Selskab for Spiseforstyrrelser	1 repræsentant
Dansk Pædiatrisk Selskab	1 repræsentant
Dansk Neurologisk Selskab	1 repræsentant
Dansk Selskab for Distriktpsychiatri	1 repræsentant
Socialpædagogernes faglige selskab om mennesker med sindslidelse	1 repræsentant
Børnerådet	1 repræsentant
Fagligt Selskab for Sundhedsplejersker	1 repræsentant

Sundhedsdatastyrelsen vil blive inddraget efter behov i forhold til datagrundlaget for beskrivelse af patientgrupperne samt i forhold til eventuelle beskrivelser af fremtidig monitorering af forløbsprogrammerne mv.

Sundhedsstyrelsen varetager formandskab og sekretariatsfunktion.

Sundhedsstyrelsen udarbejder dagsorden og beslutningsreferat, som fremsendes hhv. én uge før og efter møderne.



## REFERENCEGRUPPENS OPGAVER

Referencegruppen skal løbende følge udarbejdelsen af forløbsprogrammer og rådgive Sundhedsstyrelsen omkring den overordnede ramme og indhold for forløbsprogrammer.

Referencegruppens opgaver omfatter følgende:

- Rådgivning i forhold til afgrænsning og fagligt indhold i forløbsprogrammerne
- Bidrag med relevant faglig og organisatorisk viden
- Kommentering på udkast til forløbsprogrammerne, inden de sendes i høring

## TIDSPLAN

Der forventes afholdt i alt tre møder i referencegruppen i perioden fra marts til november 2017. Mødedatoerne fremgår af udpegningsbrevet.

Sundhedsstyrelsen forventer at offentliggøre forløbsprogrammerne i december 2017.

## MEDLEMSLISTE

- Ane Stallknecht, Kalundborg Kommune
- Carsten Obel, Dansk Selskab for Almen Medicin
- Charlotte Aastrup Poole, Børne- og Socialministeriet
- Christina Louise Lindhardt, Fagligt Selskab for Sundhedsplejersker
- Connie Nissen, Ergoterapifaglige Selskaber
- Eva Secher Mathiasen, Dansk Psykolog Forening
- Hanne Børner, Børne- og Ungdomspsykiatrisk Selskab i Danmark
- Helge Toksvig Bjerre, Danske Handicaporganisationer/SIND Ungdom
- Ida Agnete Dalsjö, Danske Regioner
- Inger Becker, Dansk Selskab for Spiseforstyrrelser
- Karin Kirstine Lassen, Dansk Pædiatrisk Selskab
- Kirsten Buur Thomsen, Socialpædagogernes faglige selskab om mennesker med sindslidelse

- Maja Gade Holm, Dansk Selskab for Fysioterapi
- Maja Sørensen, Sundheds- og Ældreministeriet
- Marianne Friberg Day, Dansk Sygepleje Selskab
- Mirian Meinertz, Dansk Selskab for Klinisk Ernæring
- Peter Treufeldt, Region Hovedstaden
- Sanna Dragholm, Socialstyrelsen
- Sanne Nielsen, Dansk Socialrådgiverforening
- Steen Andersen, Danske Patienter/ Landsforeningen mod selvskeade og spiseforstyrrelser
- Susanne Bang Dahl, Børnerådet
- Susse Kolster, KL
- Torsten Bjørn Jacobsen, Dansk Psykiatrisk Selskab
- Ulla Skall, Undervisningsministeriet

Fra Sundhedsstyrelsen:

- Kirsten Hansen (formand)
- Elisabeth Skibsted
- Cecilie Iuul
- Julie Præst
- Janni Stauersbøll Kramer (sekretær)



## BILAG 3: LOVGRUNDLAG

Oversigten giver et overblik over et udvalg af den mest centrale lovgivning uden at være fuldstændigt udtømmende.

### SUNDHEDSFAGLIGE INDSATSER

#### Sundhedsloven

*LBK nr. 1202 04/11/2014 om sundhedsloven.*

Den sundhedsfaglige indsats omfatter forebyggelse, udredning, behandling, opfølgning og rehabilitering. Sundhedsvæsenet har jf. sundhedsloven til formål at fremme befolkningens sundhed samt at forebygge og behandle sygdom, lidelse og funktionsbegrænsning for den enkelte. Patienter, der henvises til udredning eller behandling i psykiatrien har jf. sundhedsloven ret til at blive hhv. udredt og behandlet inden for en måned.

#### Almen praksis' rolle

**§ 57 c.** Alment praktiserende læger er forpligtede til at udøve deres virksomhed i overensstemmelse med nationale faglige retningslinjer m.v. **Stk. 2.** Alment praktiserende læger, der behandler gruppe 1-sikrede personer, jf. § 60, stk. 1, er forpligtede til at udøve deres virksomhed i overensstemmelse med de sundhedsaftaler, der er indgået imellem regionsrådet og kommunalbestyrelserne i regionen, jf. § 205, herunder følge forløbsprogrammer m.v.

#### Regioners rolle

**§ 79.** Regionsrådet yder sygehusbehandling til personer, der har bopæl i regionen, ved sit sygehusvæsen og ved andre regioners sygehuse. Medmindre behandling sker akut, hvor henvisning ikke kan indhentes forinden, skal personen være henvist til behandling af en læge eller tandlæge. Personen kan også være henvist af andre autoriserede sundhedspersoner eller myndigheder, når regionsrådet forinden har offentliggjort, at disse har adgang til henvisning. Regionsrådet kan endvidere efter en konkret vurdering yde sygehusbehandling til en person, der ikke er

henvist til behandling, jf. 2. og 3. pkt., når omstændighederne taler derfor.

**§ 82 a.** En person, der er henvist til en diagnostisk undersøgelse på sygehus, jf. § 79, til brug for udredning hos alment praktiserende læger, jf. § 60, og praktiserende speciallæger, jf. § 64, kan vælge mellem enhver regions sygehuse, jf. § 86. Personen kan desuden vælge at blive undersøgt på et af de sygehuse, en af de klinikker m.v., som Danske Regioner har indgået aftale med efter § 87, stk. 4 (aftalesygehuse), hvis regionsrådet i bopælsregionen ikke, inden 1 måned efter at henvisningen er modtaget, kan tilbyde undersøgelse ved egne sygehuse eller et af de i § 79 nævnte sygehuse, som regionsrådet samarbejder med eller sædvanligvis benytter.

**§ 82 b.** Til personer, der er henvist til udredning på sygehus, jf. § 79, yder regionsrådet i bopælsregionen udredning ved sit sygehusvæsen, andre regioners sygehuse eller private sygehuse og klinikker, som regionen har indgået aftale med, jf. § 75, stk. 2, inden for 1 måned, såfremt det er fagligt muligt, jf. dog stk. 2.

**§ 119. Stk. 3.** Regionsrådet tilbyder patientrettet forebyggelse i sygehusvæsenet og i praksissektoren m.v. samt rådgivning m.v. i forhold til kommunernes indsats efter stk. 1 og 2.

#### Kommuners rolle

**§ 119.** Kommunalbestyrelsen har ansvaret for ved varetagelsen af kommunens opgaver i forhold til borgerne at skabe rammer for en sund levevis. **Stk. 2.** Kommunalbestyrelsen etablerer forebyggende og sundhedsfremmende tilbud til borgerne.

**§ 120.** Kommunalbestyrelsen bidrager til at sikre børn og unge en sund opvækst og skabe gode forudsætninger for en sund voksentilværelse. **Stk. 2.** Kommunale tilbud skal tilrettelægges, så der dels ydes en generel forebyggende og sundhedsfremmende indsats, dels en individorienteret indsats, der retter sig mod alle børn, samt en særlig indsats, der specielt tager sigte på børn med særlige behov.



**§ 123.** Kommunalbestyrelsen opretter med henblik på at tilgodese børn og unge med særlige behov en tværfaglig gruppe, der skal sikre, at den enkeltes udvikling, sundhed og trivsel fremmes, og at der i tilstrækkeligt omfang formidles kontakt til lægefaglig, psykologisk og anden sagkundskab

### Genoptræningsplan

**§ 140.** Kommunalbestyrelsen tilbyder vederlagsfri genoptræning til personer, der efter udskrivning fra sygehus har et lægefagligt begrundet behov for genoptræning, jf. § 84 om genoptræningsplaner.

### Lov om anvendelse af tvang i psykiatrien

*LBK nr. 1729 af 02/12/2010 om anvendelse af tvang i psykiatrien.*

Lov om anvendelse af tvang i psykiatrien angiver regler for frihedsberøvelse og anvendelse af anden tvang i forbindelse med indlæggelse, ophold og behandling på en psykiatrisk afdeling.

## SOCIALFAGLIGE INDSATSER

### Serviceoven

*Serviceoven LBK nr. 988 af 17/08-2017 om bekendtgørelse af lov om social service.*

Socialfaglige indsatser, der også kan være målrettet børn og unge med psykiske lidelser, kan efter en konkret vurdering bevilliges efter bestemmelserne i lov om social service.

Socialfaglige indsatser målrettes børn og unge med psykiske lidelser bevilliges ud fra bestemmelserne i lov om social service.

### Sammenhæng i indsatsen

**§ 11.** Kommunalbestyrelsen skal tilrettelægge en indsats, der sikrer sammenhæng mellem kommunens generelle og forebyggende arbejde og den målrettede indsats over for børn og unge med behov for særlig støtte. **Stk. 2.** Kommunalbestyrelsen skal som led i det tidlige forebyggende arbejde sørge for, at forældre med børn og unge eller andre, der faktisk sørger for et

barn eller en ung, kan få en gratis familieorienteret rådgivning til løsning af vanskeligheder i familien. Kommunalbestyrelsen er forpligtet til ved opsøgende arbejde at tilbyde denne rådgivning til enhver, som på grund af særlige forhold må antages at have behov for det. Tilbuddet om rådgivning skal også omfatte vordende forældre. Såvel forældre som børn og unge, der alene søger rådgivning, skal kunne modtage denne anonymt og som et åbent tilbud. **Stk. 3.** Kommunalbestyrelsen skal tilbyde en forebyggende indsats til barnet, den unge eller familien, når det vurderes, at støtte efter nr. 1-4 kan imødekomme barnets eller den unges behov. Kommunalbestyrelsen kan tilbyde følgende forebyggende indsatser:

1. Konsulentbistand, herunder familierettede indsatser.
2. Netværks- eller samtalegrupper.
3. Rådgivning om familieplanlægning.
4. Andre indsatser, der har til formål at forebygge et barns eller en ungs eller familiens vanskeligheder.

**Stk. 7.** Kommunalbestyrelsen skal tilbyde gratis rådgivning, undersøgelse og behandling af børn og unge med adfærdsvanskeligheder eller nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne samt deres familier. Opgaverne kan varetages i samarbejde med andre kommuner. **Stk. 8.** Kommunalbestyrelsen skal etablere en særlig familievejlederordning for familier med børn under 18 år med betydelig og varigt nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne. Vejledningen skal tilbydes, inden for 3 måneder efter at kommunalbestyrelsen har fået kendskab til, at funktionsnedsættelsen er konstateret.

### Dækning af nødvendige merudgifter

**§ 41.** Kommunalbestyrelsen skal yde dækning af nødvendige merudgifter ved forsørgelse i hjemmet af et barn under 18 år med betydelig og varigt nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller indgribende kronisk eller langvarig lidelse. Det er en betingelse, at merudgifterne er en konsekvens af den nedsatte funktionsevne og ikke



kan dækkes efter andre bestemmelser i denne lov eller anden lovgivning.

### Dækning af tabt arbejdsfortjeneste

**§ 42.** Kommunalbestyrelsen skal yde hjælp til dækning af tabt arbejdsfortjeneste til personer, der i hjemmet forsørger et barn under 18 år med betydelig og varigt nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller indgribende kronisk eller langvarig lidelse. Ydelsen er betinget af, at det er en nødvendig konsekvens af den nedsatte funktionsevne, at barnet passes i hjemmet, og at det er mest hensigtsmæssigt, at det er moderen eller faderen, der passer det.

### Udveksling af oplysninger i det tidlige eller forebyggende arbejde

**§ 49 a.** Skole, skolefritidsordning, sygeplejersker, sundhedsplejersker, læger, tandlæger og tandplejere ansat i den kommunale sundhedstjeneste, dagtilbud, fritidshjem og myndigheder, der løser opgaver inden for området for udsatte børn og unge, kan indbyrdes udveksle oplysninger om rent private forhold vedrørende et barns eller en ungs personlige og familiemæssige omstændigheder, hvis udvekslingen må anses for nødvendig som led i det tidlige eller forebyggende samarbejde om udsatte børn og unge. **Stk. 2.** Udveksling af oplysninger efter stk. 1 til brug for en eventuel sag, jf. kapitel 11 og 12, om et konkret barn eller en ung kan ske én gang ved et møde. I særlige tilfælde kan der ske en udveksling af oplysninger mellem de myndigheder og institutioner, der er nævnt i stk. 1, ved et opfølgende møde. **Stk. 3.** Selvejende eller private institutioner, private klinikker eller friskoler, som løser opgaver for de myndigheder, der er nævnt i stk. 1, kan indbyrdes og med de myndigheder og institutioner, der er nævnt i stk. 1, udveksle oplysninger i samme omfang som nævnt i stk. 1. **Stk. 4.** De myndigheder og institutioner, der efter stk. 1-3 kan videregive oplysninger, er ikke forpligtede hertil.

### Børnefaglig undersøgelse

**§ 50.** Hvis det må antages, at et barn eller en ung trænger til særlig støtte, herunder på grund af nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne, skal

kommunalbestyrelsen undersøge barnets eller den unges forhold. Undersøgelsen, der betegnes som en børnefaglig undersøgelse, gennemføres så vidt muligt i samarbejde med forældremyndighedsindehaveren og den unge, der er fyldt 15 år. Undersøgelsen skal gennemføres så skånsomt, som forholdene tillader, og må ikke være mere omfattende, end formålet tilsiger.

**Stk. 2.** Kommunalbestyrelsens undersøgelse, jf. stk. 1, skal anlægge en helhedsbetragtning, der medmindre konkrete forhold betyder, at et eller flere af nedenstående numre ikke er relevante i forhold til det pågældende barn eller den unge, skal omfatte barnets eller den unges

1. udvikling og adfærd,
2. familieforhold,
3. skoleforhold,
4. sundhedsforhold,
5. fritidsforhold og venskaber og
6. andre relevante forhold.

**Stk. 3.** Som led i undersøgelsen skal der finde en samtale sted med barnet eller den unge. Samtalen kan undlades, i det omfang barnets eller den unges modenhed eller sagens karakter i afgørende grad taler imod samtalens gennemførelse. Kan samtalen ikke gennemføres, skal oplysninger om barnets eller den unges synspunkter søges tilvejebragt. Samtalen kan finde sted uden samtykke fra forældremyndighedens indehaver og uden dennes tilstedeværelse, når hensynet til barnets eller den unges bedste taler herfor. **Stk. 4.** I sin undersøgelse skal kommunalbestyrelsen afdække ressourcer og problemer hos barnet, familien og netværket. For unge, der er fyldt 15 år, skal undersøgelsen afdække de særlige forhold, der skal indgå ved valg af indsats for denne aldersgruppe, jf. §§ 52, 76 og 76 a. **Stk. 5.** Kommunalbestyrelsen skal som led i undersøgelsen inddrage de fagfolk, som allerede har viden om barnets eller den unges og familiens forhold. Dette kan ske ved at inddrage sundhedsplejersker, pædagoger, psykologer, lærere eller andre. Hvis det er nødvendigt, skal kommunen lade barnet eller den unge undersøge af en læge eller en autoriseret psykolog. **Stk. 6.** Undersøgelsen skal resultere i en begrundet stillingtagen til, om





der er grundlag for at iværksætte foranstaltninger, og i bekræftende fald af hvilken art disse bør være. Hvis der er iværksat foranstaltninger sideløbende med, at undersøgelsen gennemføres, jf. § 52, stk. 2, skal der desuden tages stilling til, om disse foranstaltninger skal videreføres. Der skal være oplysninger om, hvordan forældremyndighedsindehaveren og barnet eller den unge stiller sig til foranstaltningerne, og om de forhold i familien eller i dennes omgivelser, som kan bidrage til at klare vanskelighederne. **Stk. 7.** Undersøgelsen skal afsluttes senest 4 måneder efter, at kommunalbestyrelsen bliver opmærksom på, at et barn eller en ung kan have behov for særlig støtte. Hvis undersøgelsen undtagelsesvis ikke kan afsluttes inden 4 måneder, skal kommunalbestyrelsen udarbejde en foreløbig vurdering og snarest herefter afslutte undersøgelsen. **Stk. 8.** I forbindelse med undersøgelsen skal kommunalbestyrelsen vurdere, om der skal foretages en undersøgelse af eventuelle andre børn i familien. En undersøgelse kan gennemføres som én samlet undersøgelse for flere børn i familien, dog således at der tages højde for børnenes individuelle forhold. **Stk. 9.** Hvis det må antages, at der kan opstå et behov for særlig støtte til et barn umiddelbart efter fødslen, skal kommunen undersøge de vordende forældres forhold nærmere. Undersøgelsen gennemføres så vidt muligt i samarbejde med de vordende forældre. Stk. 4-8 finder anvendelse ved afgørelsen.

Kommunen har desuden adgang i **retssikkerhedslovens § 11 c** til at indhente nødvendige oplysninger til brug for en børnefaglig undersøgelse uden samtykke (men samtykket skal forsøges indhentet).

### Foranstaltninger

**§ 52.** Kommunalbestyrelsen skal træffe afgørelse om foranstaltninger efter stk. 3, når det må anses for at være af væsentlig betydning af hensyn til et barns eller en ungs særlige behov for støtte. Kommunalbestyrelsen skal vælge den eller de foranstaltninger, som bedst kan løse de problemer og behov, der er afdækket gennem den børnefaglige undersøgelse efter § 50. Afgø-

relsen træffes med samtykke fra forældremyndighedsindehaveren, jf. dog §§ 56, 57 a, 57 b og 58, § 68, stk. 2 og 3, og § 68 a. En afgørelse efter stk. 3, nr. 7, kræver tillige samtykke fra den unge, der er fyldt 15 år. **Stk. 2.** Støtte efter stk. 3 kan kun iværksættes efter gennemførelse af en børnefaglig undersøgelse, jf. § 50. Hvis særlige forhold taler herfor, kan der dog iværksættes foreløbig eller akut støtte efter stk. 3 sideløbende med undersøgelsen. **Stk. 3.** Kommunalbestyrelsen kan iværksætte hjælp inden for følgende typer af tilbud:

1. Ophold i dagtilbud, fritidshjem, ungdomsklub, uddannelsessted el.lign.
2. Praktisk, pædagogisk eller anden støtte i hjemmet.
3. Familiebehandling eller behandling af barnets eller den unges problemer.
4. Døgnophold, jf. § 55, for både forældremyndighedsindehaveren, barnet eller den unge og andre medlemmer af familien i en plejefamilie, i en kommunal plejefamilie, på et godkendt opholdssted eller på en døgninstitution, jf. § 66, stk. 1, nr. 1, 2, 5 og 6, eller i et botilbud, jf. § 107.
5. Aflastningsordning, jf. § 55, i en plejefamilie, kommunal plejefamilie eller netværksplejefamilie eller på et opholdssted eller en døgninstitution, jf. § 66, stk. 1, nr. 1-3, 5 og 6.
6. Udpegning af en fast kontaktperson for barnet eller den unge eller for hele familien.
7. Anbringelse af barnet eller den unge uden for hjemmet på et anbringelsessted, jf. § 66.
8. Formidling af praktiktilbud hos en offentlig eller privat arbejdsgiver for den unge og i den forbindelse udbetaling af godtgørelse til den unge.
9. Anden hjælp, der har til formål at yde rådgivning, behandling og praktisk og pædagogisk støtte.

### Efterværn

**§ 76.** Kommunalbestyrelsen skal tilbyde hjælp efter stk. 2-5 til unge i alderen fra 18 til 22 år,



når det må anses for at være af væsentlig betydning af hensyn til den unges behov for støtte, og hvis den unge er indforstået hermed. Hjælpen skal bidrage til en god overgang til en selvstændig tilværelse og herunder have fokus på at understøtte den unges uddannelse og beskæftigelse samt øvrige relevante forhold, f.eks. anskaffelse af selvstændig bolig.

**Stk. 2.** Kommunalbestyrelsen kan træffe afgørelse om, at en udpeget fast kontaktperson, jf. § 52, stk. 3, nr. 6, kan opretholdes efter det fyldte 18. år. **Stk. 3.** For unge, der er eller var anbragt uden for hjemmet i et anbringelsessted efter reglerne i kapitel 11 umiddelbart inden det fyldte 18. år, kan kommunalbestyrelsen træffe afgørelse om,

1. at døgnophold, jf. § 55, på et anbringelsessted, jf. § 66, opretholdes,
2. at udpege en fast kontaktperson for den unge, jf. § 52, stk. 3, nr. 6,
3. at etablere en udslusningsordning, jf. § 55, i det hidtidige anbringelsessted og
4. at tildele andre former for støtte, der har til formål at bidrage til en god overgang til en selvstændig tilværelse for den unge.

### Handleplan

**§ 140.** Kommunalbestyrelsen skal udarbejde en handleplan, inden der træffes afgørelse om foranstaltninger, jf. §§ 52, 76 og 76 a. Betyder hensynet til barnet eller den unge, at man ikke kan afvente udarbejdelsen af en handleplan, er en kortfattet angivelse af formålet med foranstaltningen tilstrækkelig. Det påhviler da kommunalbestyrelsen snarest muligt og senest inden 4 måneder at opstille en handleplan.

### Underretningspligt

**§ 153.** Personer, der udøver offentlig tjeneste eller offentligt hverv, skal underrette kommunalbestyrelsen, hvis de under udøvelsen af tjenesten eller hvervet får kendskab til eller grund til at antage,

1. at et barn eller en ung under 18 år kan have behov for særlig støtte,

2. at et barn umiddelbart efter fødslen kan få behov for særlig støtte på grund af de vordende forældres forhold,
3. at et barn eller en ung under 18 år kan have behov for særlig støtte på grund af barnets eller den unges ulovlige skolefravær eller undladelse af at opfylde undervisningspligten, eller
4. at et barn eller en ung under 18 år har været udsat for overgreb.

## UDDANNELSESRETTEDE INDSATSER

På børne- og undervisningsområdet er udgangspunktet, at alle børn og unge skal tilbydes den nødvendige støtte for at kunne trives, udvikles og lære samt gennemføre en uddannelse. Børn og unge med psykiske lidelser og problemstillinger er en del af målgruppen for den støtte, der skal gives. Der findes på området for ungdomsuddannelser og videregående uddannelser en række konkrete støtteordninger og regler, der giver mulighed for tilpasning og kompensation i forhold til funktionsnedsættelser og dermed kan støtte mennesker med psykiske lidelser i at gennemføre en uddannelse.

De lovgivningsmæssige rammer for støtten omfatter folkeskoleloven, lov om institutioner for erhvervsrettet uddannelse, lov om institutioner for almen- og gymnasiale uddannelser og almen voksenuddannelse m.v., love om de enkelte videregående uddannelser, lov om specialpædagogisk støtte ved videregående uddannelser og lov om statens uddannelsesstøtte.

### Folkeskoleloven

*Bekendtgørelse af lov om folkeskolen (LBK nr. 989 af 23/08/201)*

**§ 3.** Folkeskolen omfatter en 10-årig grundskole bestående af en børnehaveklasse og 1.-9. klasse samt en 1-årig 10. klasse, jf. kapitel 2 a. Undervisningen i grundskolen består af undervisning i folkeskolens fag, jf. §§ 5, 9 og 11, og obligatoriske emner, jf. § 7, samt understøttende undervisning, jf. § 16 a. **Stk. 2.** Børn, hvis udvikling kræver en særlig hensyntagen eller støtte, gives



specialundervisning og anden specialpædagogisk bistand i specialklasser og specialskoler. Der gives desuden specialundervisning og anden specialpædagogisk bistand til børn, hvis undervisning i den almindelige klasse kun kan gennemføres med støtte i mindst 9 undervisningstimer ugentligt, jf. § 16, stk. 4.

**§ 4.** Efter regler, der fastsættes af ministeren for børn, undervisning og ligestilling, tilbyder folkeskolen specialpædagogisk bistand til børn, der endnu ikke har påbegyndt skolegangen. Ministeren for børn, undervisning og ligestilling fastsætter endvidere nærmere regler om adgangen for kommuner, regioner og skoler mv. til at indhente viden og specialrådgivning samt bistand til kommunens udredning fra den nationale videns- og specialrådgivningsorganisation.

**§ 20.** Det påhviler kommunalbestyrelsen at sørge for undervisning i grundskolen og 10. klasse af børn og unge under 18 år, der bor eller opholder sig i kommunen, og hvis forældre ønsker dem optaget i folkeskolen, jf. § 54. **Stk. 2.** Det påhviler kommunalbestyrelsen at sørge for specialundervisning og anden specialpædagogisk bistand, jf. § 3, stk. 2, til de i stk. 1 nævnte børn og unge. Endvidere påhviler det kommunalbestyrelsen at sørge for specialpædagogisk bistand til børn, der endnu ikke har påbegyndt skolegangen.

**§ 12. Stk. 2.** Henvisning til specialundervisning, som ikke er af foreløbig karakter, sker efter pædagogisk-psykologisk rådgivning og efter samråd med eleven og forældrene. Elevens synspunkter skal tillægges passende vægt under hensyntagen til elevens alder og modenhed. **Stk. 3.** Ønsker forældre, at deres barn optages i en skole beliggende i en anden kommune end bopælskommunen, jf. § 36, stk. 3, foretages henvisningen til specialundervisning, jf. stk. 2, efter pædagogisk-psykologisk rådgivning i bopælskommunen. Skolekommunen kan ikke foretage henvisning til et mere vidtgående specialundervisningstilbud end det tilbud, som bopælskommunen har henvist barnet til. Afgørelsen af, om

tilbuddet er mere vidtgående, træffes af bopælskommunen.

### **Pædagogisk-psykologisk vurdering af børn under skolealderen**

*Bek. nr. 999 af 15/09/2014 om folkeskoles specialpædagogiske bistand til børn, der endnu ikke har påbegyndt skolegangen*

**§ 3.** Barnets forældre henvender sig til kommunalbestyrelsen med anmodning om specialpædagogisk bistand til barnet. Andre med kendskab til barnet kan også rette henvendelse til kommunen om specialpædagogisk bistand. **Stk. 2.** Efter samråd med forældrene sørger kommunalbestyrelsen for, at der foretages en pædagogisk-psykologisk vurdering af barnet. Den pædagogisk-psykologiske vurdering skal efter samråd med forældrene suppleres med udtalelser fra andre sagkyndige i fornødent omfang, herunder sagkyndige fra andre kommuner. I de mest specialiserede og komplicerede tilfælde kan der indhentes bistand fra den nationale videns- og specialrådgivningsorganisation (VISO), jf. § 11. I den pædagogisk-psykologiske vurdering indgår samtale med barnet og barnets forældre, som kan være til stede under undersøgelsen, og personale ved den dag- eller døgninstitution, hvor barnet er optaget, eller andre, der kan bidrage til belysning af barnets behov. **Stk. 3.** Har barnet behov for specialpædagogisk bistand, skal vurderingen indeholde et forslag til den nærmere ordning af den specialpædagogiske bistand. I modsat fald kan vurderingen ledsages af en vejledning til forældre eller andre om, hvilke foranstaltninger der må anses for hensigtsmæssige til forbedring af barnets situation. **Stk. 4.** Den pædagogisk-psykologiske vurdering efter stk. 3 afgives efter samråd med barnet og forældrene. Kan der ikke opnås enighed med forældrene, skal den pædagogisk-psykologiske vurdering redegøre herfor. **Stk. 5.** Den pædagogisk-psykologiske vurdering fremsendes skriftligt til kommunalbestyrelsen. Samtidig fremsendes en kopi af vurderingen til forældrene.



## **Pædagogisk-psykologisk vurdering af børn i skolealderen**

*BEK nr. 693 af 20/06/2014 om folkeskolens specialundervisning og anden specialpædagogisk bistand*

**§ 2.** Hvis det antages, at en elev har behov for specialpædagogisk bistand, jf. folkeskolelovens § 3, stk. 2, skal eleven indstilles til en pædagogisk-psykologisk vurdering. Indstilling afgives af skolens leder til pædagogisk-psykologisk rådgivning, eventuelt på initiativ af den kommunale sundhedstjeneste, hvis denne har kendskab til psykiske, fysiske, sproglige eller sensoriske funktionsvanskeligheder hos eleven, som giver grund til at antage, at eleven har behov for specialpædagogisk bistand. **Stk. 2.** Forældrene og eleven kan anmode om en pædagogisk-psykologisk vurdering i de tilfælde, hvor de finder, at der bør iværksættes specialpædagogisk bistand. **Stk. 3.** Indstilling om en pædagogisk-psykologisk vurdering, jf. stk. 1, afgives efter samråd med forældrene og eleven. Modsætter forældrene sig, at der foretages en pædagogisk-psykologisk vurdering, kan der kun afgives indstilling herom, hvis skolens leder anser det for absolut påkrævet, at der foretages en vurdering af elevens behov for specialpædagogisk bistand.

## **Uddannelse og erhverv**

*Bekendtgørelse af lov om vejledning om uddannelse og erhverv samt pligt til uddannelse, beskæftigelse mv. (LBK nr. 1097 af 28/09/2017)*

**§ 1.** Vejledningen efter denne lov skal bidrage til, at valg af uddannelse og erhverv bliver til størst mulig gavn for den enkelte og for samfundet, herunder at alle unge gennemfører en erhvervskompetencegivende uddannelse. **Stk. 2.** Vejledningen skal i særlig grad målrettes unge, som uden en særlig vejledningsindsats har eller vil få vanskeligheder ved at vælge, påbegynde eller gennemføre en uddannelse eller vælge et erhverv.



## BILAG 4: OVERSIGT OVER PLANER TIL BESKRIVELSE AF MÅL OG INDSATSER I DET ENKELTE BARN/UNGES FORLØB

I den regionale psykiatri arbejdes med behandlingsplaner, kommunernes socialforvaltning arbejder med sociale handleplaner for de børn, hvor der iværksættes en § 50-undersøgelse, jobcentre har jobplaner, mv. Der er endvidere etableret forskellige kontaktpersonordninger, som følge af lovgivning, fx støttekontaktpersonordning (socialområdet), mentorordningen (beskæftigelsesområdet) og kontaktperson på sygehuset (sundhedsområdet). På dagtilbud- og skoleområdet vil der oftest blive udarbejdet handleplaner, hvor der dels er fokus på børne- og klassefællesskabet, samt personlige, sociale og faglige mål for barnet/den unge.

Nedenstående oversigt viser de forskellige planer inden for de enkelte fagområder:

INDSATSTYPE	INDSATSBEKRIVELSE
<b>SUNDHED</b>	Alle patienter i den regionale behandlingspsykiatri skal have en individuel behandlingsplan, der justeres løbende og efter behov (Socialstyrelsen og Sundhedsstyrelsen, 2015).
<b>SOCIAL</b>	<p>Serviceovens § 140 forpligter kommunen til at udarbejde handleplaner med mål for den socialfaglige indsats.</p> <p>For <i>børn og unge</i> gælder det, at der skal være udarbejdet en handleplan, som redegør for formålet med indsatsen, hvilken indsats der er nødvendig for at opnå formålet, den forventede varighed af indsatsen og andre særlige forhold. For unge, der er fyldt 16 år, skal handleplanen opstille konkrete mål for den unges overgang til voksenlivet. Handleplanen skal være udarbejdet inden kommunen afgør, hvilke hjælpeforanstaltninger der skal iværksættes.</p> <p>Når en <i>voksen</i> er udredt, kan sagsbehandleren udarbejde en social handleplan. Kommunerne er forpligtede til at tilbyde og udarbejde sociale handleplaner for borgere med fysiske og psykiske handicap i sager, hvor det skønnes at være relevant. Handleplanen sikrer, at både borger, pårørende og professionelle har samme mål med indsatsen, ligesom handleplanen prioriterer de forskellige dele af støtten. Ifølge loven skal handleplanen så vidt muligt udarbejdes i samarbejde med borgeren. Udover at fungere som et styringsredskab er den sociale handleplan dermed også et redskab til at øge brugerinddragelsen, gøre indsatsen mere tydelig for borgeren og styrke borgerens selvbestemmelse.</p>
<b>BESKÆFTIGELSE</b>	For borgere, som modtager en beskæftigelsesrettet indsats, skal der udarbejdes en jobplan, hvori indsatser og borgerens beskæftigelsesrettede mål med indsatserne opstilles. For borgere, som modtager et ressourceforløb og jobafklaringsforløb samt for borgere, der som sygedagpengemodtagere er visiteret til kategori 3 og får en tværfaglig indsats, udarbejdes rehabiliteringsplanens indsatsdel. Indsatsdelen indeholder borgerens beskæftigelses- og uddannelsesmål og en plan for den tværfaglige indsats, der skal iværksættes i forløbet. For borgere der, som sygedagpengemodtagere er visiteret til kategori 2 og modtager en beskæftigelsesrettet indsats, indgår kommunen en aftale med den sygemeldte om beskæftigelsesmål og beskæftigelsesindsats.
<b>UDDANNELSE</b>	<p>I folkeskolen udarbejdes der elevplaner for alle elever. Elevplanerne indeholder individuelle mål og status for elevernes læring samt en beskrivelse af de indsatser, der eventuelt iværksættes for at støtte eleven bedst muligt.</p> <p>På det videregående uddannelsesområde udarbejdes der som udgangspunkt ikke individuelle planer med opstillede mål for borgerens forløb.</p>

Kilde: Generisk model for forløbsprogrammer for mennesker med psykiske lidelser, Socialstyrelsen og Sundhedsstyrelsen, 2015. Bilag 3.



## BILAG 5: MÅLGRUPPENS SYMPTOMBILLEDE

Symptombilledet for børn og unge med henholdsvis angst og depression er beskrevet i dette bilag.

### ANGST

#### Fobier

Børn og unge med fobier er overdrevent bange for særlige ting eller situationer. De kan fx være bange for bestemte dyr, for højder, eller for pladser med mange mennesker. Disse situationer udløser frygt. Der kan både være tale om en abnorm grad af udviklingsrelevant angst, eller angst som ikke er led i den normale psykosociale udvikling.

#### Separations- eller adskillelsesangst

Børn med separations- eller adskillelsesangst har svært ved at være adskilt fra deres forældre. De kan fx bekymre sig om, at noget slemt vil ske med deres forældre eller dem selv. De vægrer sig ofte mod at blive afleveret i institution eller gå i skole, at sove adskilt fra deres tilknytningsperson, at sove hos en kammerat eller at deltage i lejrudflygter. Symptomerne kan vise sig som gråd, voldsomme vredesudbrud, social tilbagevækning eller som klager over fysiske symptomer fx kvalme, mavepine eller hovedpine.

#### Social angst

Børn og unge med social angst er ofte tilbagetrukne, når de er sammen med andre mennesker. De er bange for at blive til grin eller opføre sig pinligt. De bekymrer sig meget om, hvad andre synes om dem og undgår derfor sociale situationer.

#### Generaliseret angst

Børn og unge med generaliseret angst er overdrevent bekymrede på flere forskellige områder. Symptomerne er hyppige og varierede. Karakteristisk ses både bekymringstendens fx om fremtiden, sygdom, egen tilstrækkelighed eller ulykker og fysiske symptomer fx hjertebanken, åndenød, rysten, anspændthed og svimmelhed.

Disse børn ønsker ofte gentagne forsikringer og kan klage over hoved- eller mavepine, kvalme og diarre.

#### Panikangst

Panikangst består af gentagne voldsomme angstanfald, der tilsyneladende kommer ud af den blå luft. Det kan også være, at barnet går rundt i konstant bekymring for at få sådanne angstanfald. Anfaldene er forbigående og ikke relateret til bestemte situationer. Under et anfald opleves tydelige fysiske angstsymptomer fx hjertebanken, brystmerter og svimmelhed og en samtidig følelse af frygt, der kan lede til umiddelbar flugt fra situationen. Symptomerne kan lede til sekundær frygt for at være ved at dø, at tabe kontrol eller at blive skør.

### DEPRESSION

Børn og unge med depression oplever at være triste og nedtrykte det meste af tiden. De isolerer sig ofte socialt og mister lysten til de ting, som de tidligere var glade for at gøre. Mange oplever, at de har mistet energien og føler sit trætte og udmattede det meste af tiden. Appetitten kan være nedsat, og nogle børn taber sig under en depression. Det kan dog også være omvendt, så appetitten og vægten øges. Søvn påvirkes, så det kan være svært at falde i søvn, eller barnet vågner op mange gange i løbet af natten. Nogle gange vendes døgnrytmen helt rundt, så barnet eller den unge er vågen om natten og sover i løbet af dagen. Et barn eller ungt menneske som har en depression vil ofte føle sig dum og uelsket, også selvom omgivelserne forsøger at overbevise dem om det modsatte.

Da koncentrationen og indlæringssevnen nedsættes, når man har en depression, vil barnet eller den unge kunne få svært ved at følge med i skolen, hvilket kan forstærke følelsen af ikke at være noget værd. Nogle gange kan barnet også føle sig skyldig over ting, som de ingen andel har i. Når depressionen er svær, ses selvmordstanker eller selvmordshandlinger. Det er vigtigt at vide, at symptomerne er svingende, så barnet eller den unge kan indimellem muntres op og



virke glad og tilpas. Den unge kan imidlertid ofte fortælle, at tristheden ligger lige under overfladen.

Depression er en episodisk sygdom, og symptomerne går i mange tilfælde over i løbet af 9-12 måneder, men hos en del børn ses der lettere symptomer i længere tid.

**Forløbsprogram for børn og unge med angst og/eller depression**

© Sundhedsstyrelsen, 2017

Publikationen kan frit refereres med tydelig kildeangivelse.

Sundhedsstyrelsen  
Islands Brygge 67  
2300 København S  
[www.sst.dk](http://www.sst.dk)

**Emneord:** Forløbsprogram, børn, unge, psykiske lidelser, angst, depression

**Sprog:** Dansk

**Version:** 1,0

**Versionsdato:** 15.12.2017

**Format:** pdf

Udgivet af Sundhedsstyrelsen, december 2017.

Elektronisk udgave: ISBN 978-87-7104-939-8

Trykt udgave: ISBN 978-87-7104-943-5

Layout: 4PLUS4







**SUNDHEDSSTYRELSEN**

Islands Brygge 67  
2300 København S  
sst@sst.dk  
Tlf. 72 22 74 00

