



SUNDHEDSSTYRELSEN

## FORLØBSPROGRAM FOR BØRN OG UNGE MED ANGST OG/ELLER DEPRESSION - HØRINGSUDKAST

2017

# Indhold

<b>1</b>	<b>Introduktion</b>	<b>4</b>
1.1	Formål	4
1.2	Baggrund	4
1.3	Forløbsprogram som redskab	5
1.4	Vidensgrundlag for forløbsprogrammet	5
1.5	Sammenhæng med øvrige initiativer på området	5
1.6	Lovgrundlag	6
1.7	Opbygning af forløbsprogrammet	6
<b>2</b>	<b>Forløbsprogrammets målgruppe</b>	<b>7</b>
2.1	Forekomsten af angst og depression i barne- og ungealderen	7
2.3	Karakteristika ved angst	8
2.4	Risikofaktorer for angst	8
2.5	Ko-morbiditet mellem angst og andre psykiske helbredsproblemer	9
2.6	Karakteristika ved depression	9
2.7	Risikofaktorer for depression	10
2.8	Ko-morbiditet mellem depression og andre psykiske helbredsproblemer	10
2.9	Aldersafgrænsning	11
<b>3</b>	<b>Samarbejde og koordination</b>	<b>12</b>
3.1	Planlægning af forløb	12
3.1.1	Faktorer i vurderingen af barnet/den unge	12
3.1.2	Fælles målsætninger understøtter sammenhæng i forløb	13
3.2	Koordinering af forløb med parallelle og samtidige indsatser	13
3.3	Integreret samarbejde	13
3.4	Overgange	15
<b>4</b>	<b>Alment forebyggende indsats</b>	<b>18</b>
4.1	Hvorfor alment forebyggende indsatser?	18
4.1.1	Generelt om risikofaktorer	18
4.1.2	Handlemuligheder i forhold til mistrivsel	18
<b>5</b>	<b>Faglige indsatser og organisering</b>	<b>20</b>
5.1	Graduerede indsatser	20
5.2	Tidlig indsats (trin 1)	21
5.2.1	Faglige indsatser	22
5.3	Uddybende vurdering og indsats (trin 2)	26
5.3.1	Faglige indsatser	27
5.4	Udredning, diagnostik og behandling (trin 3)	29

5.4.1	Faglige indsatser	30
5.5	Opfølgning og rehabilitering (trin 4)	32
5.5.1	Faglige indsatser	32
<b>6</b>	<b>Implementering og opfølgning</b>	<b>34</b>
6.1	Forudsætninger for vellykket implementering	34
6.1.1	Tværsæktorielt/tværgående samarbejde	34
6.1.2	Plan for implementering	35
6.1.3	Kompetenceudvikling	35
6.1.4	Monitorering	35
6.2	Opfølgning	35
6.3	Revision af forløbsprogrammet	36
<b>7</b>	<b>Referencer</b>	<b>37</b>
Bilag 1	Målgruppens symptombillede	40
Bilag 2	Eksempel på vurdering og udredning	44
Bilag 3	Eksempel på graduering af funktionsevnen	46
Bilag 4	Resultater fra skolebørnsundersøgelserne	51
Bilag 5	Medlemslister for arbejds- og referencegruppen	52
Bilag 6	Kommissorium for Arbejdsgruppe vedr. forløbsprogram for børn og unge med angst/depression	54
Bilag 7:	Model for graduerede indsatser for børn og unge med psykiske lidelser	57

# 1 Introduktion

## 1.1 Formål

Formålet med forløbsprogrammet for børn og unge med angst og/eller depression er at understøtte regioner, kommuner og almen praksis' samarbejde om en sammenhængende og koordineret indsats til børn og unge med angst og/eller depression, hvor barnet/den unge og deres forældre og/eller pårørende aktivt inddrages. Den sammenhængende indsats baserer sig på tværfagligt og tværsektorielt samarbejde, der ydes med høj faglig kvalitet og effektivitet. Dermed er forløbsprogrammets hensigt sikre et godt samarbejde omkring børn og unge med spiseforstyrrelse at forebygge udvikling af en behandlingskrævende psykisk lidelse, såvel som negative konsekvenser af angst og/eller depression hos børn og unge og hjælpe barnet/den unge tilbage til et godt hverdagsliv. Samtidig er forventningen, at en bedre sammenhæng kan medvirke til en bedre ressourceudnyttelse på tværs af sektorer.

Det er forventningen, at regioner og kommuner og almen praksis sammen anvender, konkretiserer og tilpasser forløbsprogrammerne i den lokale tilrettelæggelse af indsatser. Forløbsprogrammerne er således målrettet planlæggere og ledende medarbejdere i regioner, kommuner og almen praksis samt sundhedsfagligt, socialfagligt og pædagogisk personale involveret i den konkrete indsats.

## 1.2 Baggrund

Der sker løbende en udvikling, hvor den kommunale praksis omlægges for udsatte børn og unge – herunder børn og unge med psykiske lidelser – til en tidligere forebyggende og mere effektiv indgriben. En del af det handler om at fastholde børn og unge, der modtager en specialiseret indsats fra enten region eller kommune i et almenmiljø. Psykiske lidelser har ofte konsekvenser for den enkeltes evne til blandt andet at strukturere hverdagen, indgå i sociale relationer, og/eller gennemføre et uddannelsesforløb. Der er således fokus på at gå fra en indsats for børn og unge, der er karakteriseret ved en sekventiel indsats, hvor fx indsatser forankret i almenområdet afløses af specialiserede behandlingsindsatser i regionalt regi, der efterfølges af en specialiseret indsats i kommunalt regi – til en sammenhængende indsats, hvor der samtidigt iværksættes indsatser i almenområdet, i den regionale behandlingspsykiatri og i specialiserede kommunale tilbud. Børn og unge med psykiske lidelser kan derfor have behov for en bred, tværfaglig og tværsektoriel indsats, der understøtter barnets/den unges udvikling, og som omfatter indsatser på både sundheds-, social- og uddannelsesområdet. Derfor er der, som en del af satspuljeaftalen for 2017-2020, afsat midler til udarbejdelse af forløbsprogrammer for børn og unge med henholdsvis ADHD, angst/depression og spiseforstyrrelser.

Forløbsprogrammerne tager udgangspunkt i den aktuelle viden og lovgivning på området. Forløbsprogrammernes indhold er blevet kvalificeret af arbejdsgrupper og en referencegruppe, som Sundhedsstyrelsen har haft nedsat. Arbejdsgruppernes og referencegruppens kommissorium og medlemmer fremgår af bilag 1 og 2.

### 1.3 Forløbsprogram som redskab

Et forløbsprogram er et organisatorisk redskab, der beskriver samarbejdet mellem forskellige parter og deraf kan være med til at understøtte ensartet høj kvalitet og sammenhæng i indsatsen for en specifik målgruppe. Et forløbsprogram beskriver således, hvordan region, praksissektor og kommuner (og på tværs af kommunale forvaltningsområder) vil samarbejde og koordinere indsatsen for målgruppen.

Et forløbsprogram er derfor et redskab, som kan hjælpe ledere og medarbejderne til at få etableret et godt samarbejde og understøtte fælles mål og retning i indsatsen, samt koordination af indsatser og behandling, som en målgruppe modtager i forskellige sektorer. Barnet/den unge og forældrene skal opleve, at der er sammenhæng og koordination i forløbet, ligeså vel som barnet/den unge og dennes familie systematisk bør inddrages og indgår som en del af indsatsen undervejs.

Et forløbsprogram kan desuden 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. Modellen er specifikt tilpasset arbejdet med at skabe kvalitet og sammenhæng i indsatsen for mennesker med psykiske lidelser, idet modellen omfatter behandling og indsatser på hhv. sundheds-, social-, beskæftigelses- og uddannelsesområdet.

De mulige gevinster ved at arbejde med sammenhængende forløb kan illustreres som nedenstående figur (Socialstyrelsen og Sundhedsstyrelsen 2015):

*(Tilføjes figur 1, side 5 i den generiske model)*

### 1.4 Vidensgrundlag for forløbsprogrammet

Forløbsprogrammet for børn og unge med spiseforstyrrelse er baseret på den aktuelt bedste viden i forhold til at skabe kvalitet og koordination i udredning, indsatser, behandling og opfølgning. Forløbsprogrammet bygger således på eksisterende nationale og internationale kliniske retningslinjer, handleplaner, statusrapporter, mv. Derudover bygger forløbsprogrammet på input fra arbejdsgruppen, ekspertviden og bedste praksisviden, der har kvalificeret og præciseret forløbsprogrammets opbygning og indhold.

### 1.5 Sammenhæng med øvrige initiativer på området

Forløbsprogrammet er den overordnede ramme for koordination og samarbejde omkring angst og/eller depression. Forløbsprogrammet for børn og unge med angst og/eller depression skal ses i sammenhæng med øvrige, relaterede initiativer og publikationer på området, som blandt andet uddyber indsatser, udredning og behandling. Dette gælder bl.a. den generiske model for forløbsprogrammer for mennesker med psykiske lidelser samt Sundhedsstyrelsens anbefalinger for organisation og behandling (2005), Sundhedsstyrelsens nationale kliniske retningslinjer for behandling af angst hos børn og unge (2016).

Forløbsprogrammet vil derfor løbende henvise til disse publikationer for uddybning af konkrete elementer i indsatsen til børn og unge med angst og/eller depression.

## 1.6 Lovgrundlag

Indsatser til børn og unge med angst og/eller depression omfatter flere lovgivninger, herunder sundhedsloven, lov om social service, psykiatriloven, lov om folkeskolen, samt dagtilbudsloven. For en uddybende beskrivelse af de enkelte lovgrundlag se bilag 3 i den generiske model for forløbsprogrammer for mennesker med psykiske lidelser (Socialstyrelsen & Sundhedsstyrelsen, 2015). Bilaget er et overblik over de forskellige fagområders lovgivning og styringsrationale, samt mulighederne for indsats, der findes, når et koordineret forløb for mennesker med psykiske lidelser skal tilrettelægges. Derudover har KL udarbejdet pjecen ”Myndighed med momentum”, der indeholder konkrete redskaber som inspiration til at styrke kvaliteten i kommunernes myndighedspraksis. Pjecen tager udgangspunkt i forløb for udsatte børn og unge, og kan give inspiration til forløb for børn og unge med psykiske lidelser (KL 2015). Pjecen fremgår af KL’s hjemmeside: [www.kl.dk\\_Myndighed\\_med\\_momentum](http://www.kl.dk_Myndighed_med_momentum).

## 1.7 Opbygning af forløbsprogrammet

(Indholdet i kapitlerne 1 (introduktion), 2 (tidlig indsats), 5 (samarbejde og koordination) og 6 (implementering) og 7 (opfølgning) er ens beskrevet i alle tre forløbsprogrammer og eventuelt suppleret med diagnosespecifikke bemærkninger, hvor det er fagligt relevant.)

## 2 Forløbsprogrammets målgruppe

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 (1). Jo længere problemerne varer, jo større er risikoen for psykisk sygdom i voksenalderen (2;3). Dette gælder også for de lettere niveauer af angst (4) og depressive symptomer (5), som falder under tærskel for diagnose. De fleste børn og unge med angst og depressive symptomer modtager ingen professionel hjælp (3;6). 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.

### 2.1 Forekomsten af angst og depression i barne- og ungealderen

Forekomsten og forløbet af angst og depressive tilstande i barne- og ungealderen er beskrevet i store epidemiologiske undersøgelser af den generelle befolkning (2;4;7-9). Der henvises til bilag 1 for målgruppens symptombillede.

Angst er blandt de tidligst indsættende psykiske helbredsproblemer og ses lidt hyppigere hos piger end drenge (4). Depression er meget sjælden før puberteten, hvorefter incidensen af depression stiger markant op igennem ungealderen, især for pigerne (10).

En metaanalyse (11) af prævalensen af psykisk sygdom hos børn og unge (baseret på 41 undersøgelser foretaget i 27 lande siden 1982) fandt angst hos 6,5% og depression hos 2,6%, målt i en periode på 6-12 måneder (periode prævalens). Disse prævalenstal er næsten identiske med nye fund baseret på en repræsentativ undersøgelse af danske børn i alderen 11-12 år (The Copenhagen Child Cohort 2000, CCC2000), hvor prævalensen af angst var 6,8% og prævalensen af depression var 2,6% i præpuberteten.

En dansk undersøgelse af alle med en diagnose i Det Psykiatriske Centralregister af angst, depression og/eller emotionel forstyrrelse i barndommen, fandt kumulerede incidensrater på 0,5% for drenge og 0,3% for piger (12) målt frem til 12-årsalderen, hvorefter incidensen steg, således at 2,3% af alle drenge og 3,8% af alle piger i Danmark samlet set fik diagnosticeret angst, depression og/eller emotionel forstyrrelse inden 19-årsalderen (12). Disse tal dækker kun over de diagnoser, der gives i børne- og ungdomspsykiatrien. Vi ved fra befolkningsundersøgelserne, at ca. 20% faktisk opfylder kriterierne for en angstdiagnose (4) og/eller en depressionsdiagnose (10).

Der er ikke sikre holdepunkter for, at forekomsten af angst og depression er steget væsentligt blandt danske børn. 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 (bilag 4). Her ses en faldende livstilfredshed blandt unge, særligt blandt unge piger, og ca. en femtedel af de 11-15-årige skolebørn har problemer med psykisk mistrivsel.

Der findes gentagne undersøgelser af børne- og ungepopulationen fra England (16-19). De har påvist flere interessante tidstrends: Den samlede psykiske sygelighed er faldet i perioden 1999–2008 for børn i førskolealderen (19), mens forekomsten af emotionelle problemer blandt unge er fordoblet (16). Stigningen i de unges emotionelle problemer gælder for angst og depressive symptomer af alle sværhedsgrader. En del af stigningen i unges emotionelle problemer ser ud til at være forbundet med en øget forekomst af psykiske helbredsproblemer hos forældrene (17) samt ophobningen af sociale risikofaktorer blandt lavindkomstfamilier (18).

## 2.3 Karakteristika ved angst

Angst er en del af den normale udvikling, og det kan derfor være vanskeligt at adskille normal og forbigående angst fra patologisk angst. 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 angstsygdomme kan optræde samtidigt eller efter følge efter hinanden i løbet af barne- og ungealderen. De specifikke fobier debuterer ofte tidligt i barnealderen. Separationsangst udvikler sig fra 7-årsalderen, dvs. i forlængelse af den normale angst, som mindre børn oplever helt naturligt i forbindelse med adskillelse – eller 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 sjælden hos børn og unge og debuterer ofte først i ung/voksenalder.

## 2.4 Risikofaktorer for angst

Familiestudier tyder på, at både angst og depression hos forældrene øge risikoen for angst hos børnene (20;21). Der er fundet specifikke sammenhænge mellem panikangst hos forældre og separationsangst hos børnene. Tvillingstudier og andre genetiske undersøgelser af befolkningen tyder på, at genetiske faktorer forklarer omkring 40% af variationen i forekomsten af angst hos børn og unge (22;23). Desuden kan forældrenes egne emotionelle problemer påvirke barnet gennem en opdragelsesstil præget af øget opmærksomhed på fare og øget tendens til bekymring. Forældres psykiske sygdom kan endvidere være forbundet med negative livsbegivenheder, brud



og tab under opvæksten, dvs. at forældres psykiske problemer kan påvirke barnet gennem uspecifikke risikofaktorer.

Hæmmet temperament hos barnet er konsistent forbundet med øget risiko for udvikling af angst, herunder særligt separationsangst og social angst (24;25). Øget stress sensitivitet (autonom reaktivitet) (26;27) samt respiratorisk dysfunktion (f. eks. i forbindelse med astma og rygning) (28;29) øger også risikoen for udvikling af angst. Undersøgelser af børn med angst har endvidere påvist specifikke afvigelser i deres opmærksomhedsfunktioner, hvor de for eksempel er mere opmærksomme på ord eller billeder med et truende indhold, dvs. at de reagerer selektivt på farestimuli.

## 2.5 Ko-morbiditet mellem angst og andre psykiske helbredsproblemer

Der er høj ko-morbiditet mellem depression og angst, således at mange unge med depression også har eller har haft angst (2;4); men eftersom depression er sjælden før puberteten, har flertallet af mindre børn med angst ikke en ko-morbid depression. Prognosen er generelt god for angst i barnealderen, men med længere varighed af angsten øges risikoen for vedvarende eller tilbagevendende psykisk sygdom (3;13). De specifikke angstlidelser (specifik fobi, separationsangst, social angst, generaliseret angst og panikangst) ses ofte at komme og gå, og flere forskellige angstlidelser kan ses samtidigt eller på skift. Selvom den første angstlidelse måske går over af sig selv, så har de fleste børn med angst en markant øget risiko for at udvikle andre psykiske lidelser senere i unge- og voksenalderen, først og fremmest angst, depression og misbrug (14). Mange voksne med angst eller depression har haft en historie med angst i barnealderen.

Børn med angst har ikke en generelt øget risiko for ko-morbide psykiske udviklingsforstyrrelser; men de børn, der henvises til psykiatrisk behandling for angst, vil ofte præsentere sig med andre psykiske helbredsproblemer, f. eks. ADHD, depressive symptomer, tvangstræk, skolefaglige vanskeligheder etc., som det er vigtigt at opdage og behandle.

## 2.6 Karakteristika ved depression

De fleste tidlige tegn på depression er uspecifikke og kan forekomme i forbindelse med mange psykiatriske 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, at man ikke overreagerer i forbindelse med et barns almindelige humørsvingninger eller naturlige reaktioner på modgang, men i stedet støtter 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 subkliniske depressions symptomer er knyttet til en forhøjet risiko for at udvikle depressionssygdom (30).

De symptomer, som indgår i de diagnostiske kriterier, og som man skal være opmærksom på kan ses i bilag 1 (31). Her kan man også se, at depression inddeles i let, moderat og svær baseret på antallet af symptomer. I praksis har sværhedsgraden og varigheden af det enkelte symptom dog også betydning for den samlede sværhedsgrad af depressionen.

Forskningen har også vist at god begavelse, støttende relationer, og gode evne til at regulere sine følelser kan virke beskyttende for unge, der er i risiko for udvikle depression.

## 2.7 Risikofaktorer for depression

Depression ses meget sjældent hos børn før puberteten (32). Fra puberteten ses en markant stigning i incidensen op igennem ungealderen, særligt for pigerne (33, 34), hvilket tyder på sammenhænge mellem sårbarhed for depression og de fysiologiske, hormonelle og psykologiske ændringer, der finder sted i den alder.

Familiestudier tyder på, at genetiske faktorer forklarer omkring 40% af variationen i forekomsten af depression hos børn og unge. 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.

Depression er vist at være forbundet med specifikke afvigelser i opmærksomhedsfunktionerne, således at opmærksomheden rettes selektivt mod negative følelsesmæssige stimuli, som bearbejdes med negativt tankeindhold. Sådanne afvigelser i reguleringen af kognitive og affektive funktioner kan være genetisk betingede og medvirke til at udvikle og vedligeholde både angst og depression. Depression adskiller sig fra angst, bl.a. ved at der foruden den negative affekt også ses et lavt niveau af positive følelser.

Negative livsbegivenheder så som tab, sorg, omsorgsvigt, mishandling, negative læringsmiljøer og mobning er risikofaktorer for udvikling af depression (35).

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 (38).

## 2.8 Ko-morbiditet mellem depression og andre psykiske helbredsproblemer

Depression er almindeligvis en episodisk tilstand med depressive symptomer, der debuterer over nogle uger og ubehandlet varer i ca. 6-9 måneder, men som kan vare op til ca. 2 år hos en femtedel af unge med depression. Men depression kan også vise sig ved en snigende udvikling af konstante eller hyppigt tilbagevendende, lettere depressive symptomer, der er svære at adskille fra normal og forbigående tristhed og fra tristhed forbundet med at have andre psykiske helbredsproblemer

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 adfærdsforstyrrelse. DSM-5 har introduceret en ny diagnose, ”disruptive mood dysregulation disorder” der netop beskriver en blanding af depressive symptomer, irritabilitet og

hyppige vredesudbrud og vanskeligt temperament. Både denne og andre depressive tilstande i barndommen har en høj ko-morbiditet med adfærdsforstyrrelser<sup>1</sup>, og nyere undersøgelser tyder på at disse børn måske bedst forstås som børn med adfærdsproblemer og kronisk irritabilitet (15).

Mellem 40%-90% af unge der kommer til behandling med depressive tilstande har andre psykiske helbredsproblemer og sygdomme samtidigt med depressionen. De hyppigste ko-morbide psykiatriske sygdomme er angst, ADHD, adfærdsforstyrrelser (36), søvnforstyrrelser (37) og misbrug.

## 2.9 Aldersafgrænsning

Forløbsprogrammet retter sig mod børn og unge, som har symptomer på eller som er blevet diagnosticeret med en angst- og/eller depressiv lidelse. 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.

Den øvre aldersgrænse i forløbsprogrammet er 18 år, men med fokus på sammenhæng i overgange og indsatser, der kan række ud over det 18. år, herunder de juridiske muligheder for at tilbyde efterværn og STU (Særligt Tilrettelagt Undervisning). Her er det bl.a. nødvendigt at der tages højde for målgruppens udvikling, der ofte er forsinket i forhold til jævnaldrende. I forlængelse heraf er det væsentligt, at den unge oplever kontinuitet i de igangværende indsatser, så overgangene mellem institutioner og forvaltninger opleves så gnidningsfrie og ukomplicerede som muligt. Der henvises til kapitel 5 for uddybende beskrivelse.

Derudover vil forløbsprogrammet beskrive tidlig indsats overfor tegn på mistrivsel eller adfærdsproblemer af en vis varighed hos børn/unge i alle aldre, som ikke er tydelige symptomer på angst/depression. Der vil her være fokus på hvilke aktører, der skal reagere på tegn på mistrivsel, hvilke indsatser der kan sættes ind med samt hvordan der koordineres/samarbejdes med andre relevante fagpersoner i den forbindelse. Dette er valgt med en forventning om, at tidlig og rettidig indsats kan være med til at forebygge, at problemerne udvikler sig. Der mangler dog viden om specificitet af mistrivsel ift. senere psykisk sygdom, og om hvilke redskaber og metoder, der kan anvendes mhp. at forebygge, at mistrivsel udvikler sig til psykisk sygdom. Derfor vil beskrivelserne af den tidlige indsats, før der er tale om egentlige angst-/depressionslignende symptomer, have karakter af almen forebyggelse og tidlig indsats til barnet og familien med fokus på overgangen/koordineringen mellem relevante fagpersoner samt mellem institutioner/forvaltninger o.l.

---

<sup>1</sup> 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.

## 3 Samarbejde og koordination

Det anbefales:

- at der foreligger lokale aftaler om, hvordan barnets/den unges forløb koordineres i et integreret samarbejde mellem sektorerne
- at der foreligger lokale samarbejdsaftaler om rådgivning fra børne- og ungdomspsykiatrien til kommunen
- at der foreligger lokale aftaler om samarbejde om fælles målsætninger for barnet/den unge, og hvordan der koordineres ift. delmål
- at overgangen fra ung til voksen planlægges og koordineres ud fra en individuel vurdering
- at de fagprofessionelle kommunikerer med hinanden efter indhentet samtykke

### 3.1 Planlægning af forløb

Indsatsen for børn og unge med angst og/eller depression og lignende vanskeligheder 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 kommune, almen praksis, speciallægepraksis og psykiatrien samtidig. Som følge heraf skal der finde en indsats sted for at håndtere overgangene mellem indsatser og aktører, så barnet/den unge oplever sammenhæng og kontinuitet i forløbet.

#### 3.1.1 Faktorer i vurderingen af barnet/den unge

En faglig helhedsvurdering af barnet og barnets situation er vigtig for at kunne vurdere barnets behov og målrette barnets forløb. Faktorer, der er væsentlige at inddrages i helhedsvurderingen, er fx fysisk og mental sundhed, læring og deltagelse i skolen, sociale relationer (fx skole, fritid, nærmiljø), familieforhold (fx ressourcer, bolig, netværk), forældrenes rolle ift. omsorg og støtte/vejledning. Der kan anvendes forskellige redskaber til at foretage den faglige helhedsvurdering af barnet, fx ICS eller ICF-CY<sup>2</sup>. Begge redskaber forholder sig til barnet på både individniveau og i relation til familien/omgivelserne og bidrager dermed til at få et overblik over barnets hele situation. Begge redskaber er anvendelige som et fælles fagligt og sprogligt udgangspunkt, når der samarbejdes om barnet på tværs af faggrupper og sektorer.

---

<sup>2</sup> <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)

### 3.1.2 Fælles målsætninger understøtter sammenhæng i forløb

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). Medinddragelse har stor betydning for at sikre medejerskab og motivation for indsatsen.

Målsætningerne bør være styrende for den samlede indsats på tværs af social-, sundheds-, uddannelses- og beskæftigelsesområdet. Samarbejdet mellem kommuner, almen praksis, børne- og ungdomspsykiatrien og privat speciallægepraksis om den fælles indsats forudsætter, at de involverede fagprofessionelle har en fælles forståelsesramme omkring målsætningerne. Fagprofessionelle i det tværfaglige samarbejde bør derfor have en koordineret tidsplan, klar opgavefordeling og effektiv kommunikation omkring målsætningerne (Sundhedsstyrelsen, 2011; Ekspertgruppen, 2015). Dette involverer en ensartet fortolkning/forståelse af målsætninger og begreber på tværs af fagområder, så fagprofessionelle har en fælles (tværfaglig) forståelse af forløbet. Det øger muligheden for sammenhæng i forløbet, når parterne har viden om indsatser og organisering i den modsatte sektor eller forvaltning. Udover kendskab 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 x for en oversigt). Børn og unge med angst og/eller depression kan have flere sideløbende handleplaner, som bør koordineres med henblik på et sammenhængene forløb mellem sektorer.

## 3.2 Koordinering af forløb med parallelle og samtidige indsatser

Der vil ofte være behov for, at der ydes indsatser i forskellige sektorer parallelt og samtidigt med hinanden. Samarbejdsmodeller bør derfor integrere indsatser, der ydes parallelt i region, almen praksis og kommune, afhængig af hvilket indsatstrin, barnets/den unges behov tilsiger. I forløb med parallelle indsatser, som op- eller nedskaleres undervejs alt efter barnet/den unges behov, kan ansvarsfordelingen mellem region, almen praksis og kommune variere, og derfor er der løbende behov for, at fagprofessionelle samarbejder og koordinerer mellem sektorerne såvel som inden for hver sektor.

## 3.3 Integreret samarbejde

Det enkelte barn/den unge har ofte behov for forskellige kombinationer af tilbud på forskellige tidspunkter i forløbet. Den rette kombination af indsatser bør derfor 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. Indsatserne bør derfor tilrettelægges i en tværfaglig samarbejdsproces, hvor relevante fagprofessionelle aktivt samarbejder og inddrager hinanden så tidligt som muligt samt undervejs i forløbet.

#### Koordination af indsats mellem almen praksis og kommune:

I Region Midtjylland er der aftalt klare praksisser for kontakt og koordinering mellem almen praksis og kommuner.

Se <https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/information-til-praksis/midtjylland/almen-praksis/patientforloeb/forloebbeskrivelser/p-psyisk/boerne-og-ungdomspsykiatriske/> (sættes i fodnote)

Når en kommune har modtaget en underretning/forslag om indstilling til indsatser på baggrund af fx en børneundersøgelse, konsultation i almen praksis eller fra sygehusafdeling, kan kommunen konsultere børne- og ungdomspsykiatrien (fysisk eller digitalt), hvis der opstår tvivls-spørgsmål vedrørende tegn på psykisk lidelse. Konsultationen kan være med til at kvalificere fx en børneundersøgelse eller en vurdering af, om et barn skal henvises til børne- og ungdomspsykiatrien.

#### Basisteamet i Rudersdal Kommune:

Rudersdal kommune og børne- og ungdomspsykiatrien har etableret et forum, hvor børne- og ungdomspsykiatrien giver råd og vejledningen til kommunen ift. om de skal henvise et barn/en ung til udredning eller arbejde videre lokalt.

Link i fodnote:

[http://kommuneplan2013.rudersdal.dk/~media/Filer/Borgerservice/Skole\\_og\\_unge/Inklusion/adhd\\_projekt/Fakta\\_adhd\\_projekt\\_rudersdal.ashx](http://kommuneplan2013.rudersdal.dk/~media/Filer/Borgerservice/Skole_og_unge/Inklusion/adhd_projekt/Fakta_adhd_projekt_rudersdal.ashx)

Igangsættes et forløb i børne- og ungdomspsykiatrien, udarbejdes der en plan for forløbet, der med fordel kan tage udgangspunkt i Socialstyrelsens anbefalinger til en koordineret indsatsplan (2015). En koordineret indsatsplan er borgerens plan for det samlede rehabiliteringsforløb på tværs af sektorer og fagområder. En koordineret indsatsplan bør tage udgangspunkt i og integrere målene i de allerede eksisterende planer, der udarbejdes i henhold til forskellige lovgivninger som fx handleplan, genoptræningsplan, jobplan og/eller en regional behandlingsplan. Initiativpligt og eventuel udformning af tovholderfunktion i henhold til planen aftales lokalt, og kan beskrives i de lokale udmøntninger af forløbsprogrammet.

#### Eksempelvis en tovholderfunktion bl.a. med ansvar for:

- at sikre den aftalte opfølgning, herunder koordinere indsatsen med forældrene
- at sikre, at kommunikationen mellem involverede parter er velfungerende samt sikre overdragelse af tovholderfunktionen, når indsatsen intensiveres
- at indhente viden fra relevante parter i forhold til hvornår indsatser afsluttes, så denne kan kommunikeres til evt. nye aktører om barnet/den unge
- at der sikres en tovholderfunktion i både kommunen og børne- og ungdomspsykiatrien vedr. konkret samarbejde så tidligt som muligt i forløbet
- at sikre overdragelse ved afslutning i børne- og ungdomspsykiatrien



Hvis kommunen vurderer, at der er grundlag for at tilbyde kommunale indsatser eller justering af allerede igangsatte indsatser, begynder kommunen sagsbehandlingen parallelt med, at den børne- og ungdomspsykiatriske udredning og behandling finder sted. Kommunen bør holde børne- og ungdomspsykiatrien orienteret om, hvornår en social og/eller pædagogisk indsats forventes at kunne iværksættes. Der kan opstå behov for justeringer af indsatser undervejs i forløbet. Vurderer børne- og ungdomspsykiatrien, at barnet/den unge enten har eller kan få behov for andre kommunale indsatser, bør børne- og ungdomspsykiatrien så tidligt som muligt kontakte kommunen med henblik på dialog. Kommunen træffer på baggrund af dialogen og en individuel vurdering af barnet/den unges behov beslutning om, om der er behov for at justere en allerede foranstaltet indsats og/eller at iværksætte nye indsatser.

Efter udredning i børne- og ungdomspsykiatrien er samarbejde mellem kommune, almen praksis og børne- og ungdomspsykiatri fortsat vigtig, hvis barnet/den unge modtager behandling i børne- og ungdomspsykiatrien. Børne- og ungdomspsykiatrien er ansvarlig for fortsat ambulant 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 desuden afsnit 2.1.2 om fælles målsætninger). Dialogen kan foregå enten fysisk eller digitalt.

#### Tværfaglige udgående teams (TUT):

Flere regioner afprøver i øjeblikket samarbejdsmodeller, hvor psykiatrien efter udskrivelse/afslutning af et barn/ung vidensdeler med kommunale instanser og familien, ift. hvordan den psykiatriske generelle og specifikke viden opnået under udredning og behandling kan omsættes til lokale forhold.

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

### 3.4 Overgange

Overgange mellem institutioner og forvaltninger er helt centrale i barnets/den unges forløb. Hvis der ikke koordineres i overgangene, kan det skabe usammenhængende forløb for børnene og deres familier, unødigt ventetid, videnstab mellem de fagprofessionelle, risiko for uklar ansvarsfordeling, mv. Overgange i forløbet kan eksempelvis være fra ungdomsuddannelse til videregående uddannelse, fra børne- og ungdomspsykiatri til egen læge og/eller kommunal indsats, mellem en kommunal forvaltning til en anden o.l. og fra børne- og ungdomspsykiatri til voksenpsykiatri. Skift fra en instans til en anden udgør altid en administrativ og sammenhængsmæssig udfordring, hvorfor overgangene bør planlægges og koordineres ud fra en individuel vurdering.

### *Overgang fra ung til voksen*

Som udgangspunkt sker overgangen fra børne- og ungdomspsykiatri til voksenpsykiatri, omkring 18-års alderen, med en mindre regional variation. Det fremgår af Sundhedsstyrelsens specialevejledning for børne- og ungdomspsykiatri, at patienter indtil de fylder 18 bør varetages i børne- og ungdomspsykiatrien, men at aldersgrænsen i øvrigt er fleksibel og kan tilrettelægges lokalt og eventuelt efter det enkelte barns særlige forhold. 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.<sup>3</sup>

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 individuel vurdering af, hvornår det enkelte barn er klar til det.

Det er ikke altid, at den unge skal overgå til voksenpsykiatrien. Ofte vil den unge overgå til videre opfølgende behandling/indsats i almen praksis. Dette samarbejde beskrives i konkrete aftaler mellem børne- og ungdomspsykiatrien og den enkelte praktiserende læge.

Ift. den kommunale indsats er servicelovens børneparagraffer væsentligt forskellige fra voksenparagrafferne, som 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. Det betyder blandt andet, at den hjælp, som kommunen har bevilliget familien begrundet i et barnets/den unges funktionsnedsættelse, ophører. Hjælpen er nu målrettet den unge, og forældrene bliver ikke automatisk involveret i sagen, ligesom alle henvendelser fra kommunen sker direkte til den unge. Eksempler på foranstaltninger, der kan lette denne overgang, skitseres i boksen nedenfor.

#### Særlige kommunale udvalg

Nogle kommuner har en ungeenhed eller en ungeguide, som arbejder med unge i overgangsårerne, eksempelvis fra 15 til 30 år. Hvis den unge skifter sagsbehandler sørger sagsbehandleren fra børneområdet for at indkalde til et overdragelsesmøde, mens ungeguiden er en person, der følger den unge i alle systemer.

For de unge, der er i kontakt med det specialiserede socialområde kan kommunerne ligeledes etablere et '17-års'-udvalg. Formålet med et sådant udvalg er at sikre overdragelse af konkrete sager mellem forskellige forvaltningsområder i forbindelse med at en ung fylder 18 år og som sammen med familien kan drøfte og planlægge overgangen fra barn til voksen.

#### Efterværn

Til unge mellem 18 og 23 år, der indtil det 18. år har haft en fast kontaktperson eller har væ-

<sup>3</sup> Teilmann G, Boisen K. Unge patienter kræver særlig opmærksomhed. Ugeskrift for Læger 2013; 175:1942-45



ret anbragt uden for hjemmet umiddelbart inden det fyldte 18. år, kan der ydes tilbud om efterværn. Formålet med efterværn er at bidrage til, at den unge får en bedre overgang til en selvstændig voksentilværelse.

Særligt tilrettelagt ungdomsuddannelse/STU:

STU er en treårig ungdomsuddannelse tilrettelagt for unge, der af fysiske eller psykiske grunde ikke kan gennemføre en anden ungdomsuddannelse. Uddannelsen henvender sig til unge under 25 år og indeholder undervisning på skole, praktisk træning og praktikophold i virksomheder eller institutioner.

## 4 Alment forebyggende indsats

Det anbefales:

- at fagprofessionelle har relevant viden om tegn på mistrivsel, adfærdsvanskeligheder samt tegn på psykisk lidelse, og at forældre har adgang til viden om tegn på mistrivsel
- at kommuner og regioner aftaler klare og faste procedurer for henvendelse ved bekymring for et barn/en ung, så fagpersoner og forældre kender til og har muligheder for at reagere på tegn på mistrivsel

### 4.1 Hvorfor alment forebyggende indsatser?

Forebyggelse af mistrivsel hos børn og unge er vigtig. Jo tidligere indsatsen finder sted, desto bedre muligheder er der for, at mistrivsel ikke udvikler sig til sværere vanskeligheder eller en psykisk lidelse. Indsatserne svarer til det, som i kommunerne også betegnes tidligt forebyggende eller alment forebyggende indsatser. De alment forebyggende indsatser fokuserer på trivsel, adfærd og socialt samspil, som kan understøtte, at problemer ikke udvikler sig og mere omfattende indsatser bliver nødvendige. Der vil være børn og unge, som kan have behov for en mere indgribende foranstaltning/indsats, på trods af, at der gribes tidligt ind.

#### 4.1.1 Generelt om risikofaktorer

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 risikofaktorer bliver den tidlige indsats endnu mere påkrævet.

#### 4.1.2 Handlemuligheder i forhold til mistrivsel

Forældre spiller en stor rolle i alment forebyggende indsatser. Ikke blot som forældre med bekymringer for deres barn, men også som deltagere i barnets udvikling og trivsel. Forældrene har derfor en central rolle i forhold til at være inddraget og medansvarlig for deres barns trivsel og udvikling i dagligdagen. Derfor er det vigtigt at involvere og informere forældrene tidligt i forløbet, eksempelvis med afsæt i konceptet for systematisk inddragelse af pårørende udarbejdet af Socialstyrelsen og Sundhedsstyrelsen (2014).

De forskellige fagprofessionelle i bl.a. sundhedsplejen, dagplejen, dagtilbud, skole, den alment praktiserende læge, samt forældre, skal kunne reagere hurtigt i forhold til en faglig begrundet bekymring for/signaler på mistrivsel hos et barn, så der kan foretages en vurdering af, om der skal iværksættes en alment forebyggende indsats, eller der er behov for en mere indgribende indsats i kommunen eller i almen praksis. Det er derfor vigtigt at fagpersoner kender procedurer for hvordan man skal handle på bekymringer for/signaler på mistrivsel hos børn og unge i henholdsvis kommune og i det regionale behandlingssystem. Derfor anbefales det, at kommuner og regioner, fx i regi af sundhedsaftalerne, beskriver og henviser til, fx via link til kommunale

hjemmesider med guide til underretning eller klare og faste procedurer for henvendelse til den praktiserende læge eller psykiatrisk afdeling.

Derfor anbefales det, at kommuner og regioner, fx i regi af sundhedsaftalerne, beskriver klare og faste procedurer for henvendelser om mistrivsel (fx hvor man skal henvende sig såvel som principper for sagsbehandling af denne type henvendelser), så fagpersoner og forældre har optimale muligheder for at reagere på tegn på mistrivsel.

Forskellige faktorer kan øge risikoen for, at barnet/den unge mistrives eller oplever forskellige vanskeligheder. Det er væsentligt, at fagprofessionelle omkring børn og unge kender til og anvender de eksisterende rådgivnings- og supervisionsforaer, som kan benyttes ved mistanke om mistrivsel. I forlængelse heraf er det 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. Fx har Sundhedsstyrelsen udarbejdet en række pjecer for sund psykisk udvikling hos børn (Sundhedsstyrelsen, 2000).

Eksempler til inspiration til den alment forebyggende indsats:

I Roskilde har man udviklet en model, der beskriver en kvalificeret indsats med redskaber til systematisk refleksion omkring barnets/den unges adfærd, udvikling og trivsel. Modellen er elektronisk og er et arbejdsredskab, der kan anvendes i institutioner, skoler mm., samt i det tværfaglige samarbejde. Se <https://roskilde.familiedialog.dk/>.

Socialstyrelsen har udviklet en opsporingsmodel, der fungerer som vejledning til fagprofessionelle i sundhedspleje, dagpleje, vuggestuer, børnehaver mv., med henblik på at skabe systematik og overblik i barnets forløb, når der er mistanke om mistrivsel. Se ”Udviklingen og revideringen af Opsporingsmodellen, Socialstyrelsen & KORA, 2016”:

<https://socialstyrelsen.dk/udgivelser/udviklingen-og-revideringen-af-opsporingsmodellen>.

[henvisninger i inspirationsbokse sættes i fodnoter – gøres af grafiker]

## 5 Faglige indsatser og organisering

Det anbefales:

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

### 5.1 Graduerede indsatser

Indsatserne er beskrevet som graduerede indsatserne opdelt på fire indsatstrin.

Tilgangen med en gradueret indsats er baseret på antagelsen om, at nogle børn og unge med psykiske vanskeligheder og/eller lidelser har behov for lavintensive tilbud, mens andre har behov for mere omfattende højintensivitetstilbud, ligesom nogle børn har behov for begge dele på forskellige tidspunkter. På den måde anvendes først den metode, der med mindst indgriben kan opnå det ønskede formål, f.eks. tilfredsstillende trivsel eller øget funktionsniveau. Der kan være undtagelsestilfælde, hvor barnet/den unges vanskeligheder først opdages sent, og hvor indsatsen derfor ikke igangsættes rettidigt. Her kan indsatsen starte på et højere intensitetsniveau for derefter at bevæge sig ned i intensitet – altså den modsatte bevægelse end den vanlige.

Baggrunden for at organisere indsatser ud fra en gradueret tilgang er, at mange børn/unge med psykiske lidelser vil opleve gradvis aftagen af symptomer eller opnå tilstrækkelig funktionsevniveau efter at have fået lavintensitets indsatser.

Endvidere er formålet med at formulere en gradueret tilgang også at beskrive rolle og ansvarsfordelingen mellem sektorer, f.eks. hvilke opgaver der kan varetages af kommunerne og almen praksis og hvilke børn/unge, der bør viderehenvises til en specialiseret indsats i psykiatrisk og pædiatrisk regi.

Figur 1 i bilag 7 illustrerer den graduerede tilgang. På hvert trin er indsatserne tilpasset barnets/den unges symptombillede og funktionsevne med anførelse af hvilke aktører, der er involveret.

I kommunalt regi arbejdes med tre indsatsniveauer alt efter hvilke problemstillinger, de retter sig imod. Afhængigt af indsatsen kan den rette sig mod alle børn og unge (alment forebyggende indsats), en afgrænset gruppe af børn og unge (foregribende indsats) eller på individniveau (indgribende indsats). De tre niveauer af indsatser er dynamiske, forstået på den måde, at der ofte vil være overlap mellem dem, og at de ikke gensidigt udelukker hinanden.

Som beskrevet i kapitel 3 opstår eller udvikler en angst og/eller depression sig ofte grundet mange faktorer. Derfor er det også afgørende, at indsatsen foregår ud fra et helhedsorienteret perspektiv på de mange samtidige faktorer og at de forskellige fagpersoner, der ofte vil være involveret i forløbet tager fælles ansvar for denne fælles opgave fx i forhold til at følge op på om

indsatser virker, at sikre smidig sagsbehandling eller hurtig inddragelse af relevante parter inden for kommune og øvrige aktører.

Indsatsen for børn og unge med angst og/eller depression kan således bestå af mange forskellige indsatser inden for både sundheds-, social- og undervisnings-/uddannelsesområdet. Indsatsen kan varetages af forskellige fagpersoner internt i kommunerne og/eller mellem kommune, almen praksis, speciallægepraksis og psykiatrien samtidig.

I det følgende beskrives fire indsatstrin for børn og unge med tegn/symptomer på angst og/eller depression. På hvert trin beskrives ansvarsfordelingen ift. indsatser og forslag til udpegning af tovholdere til koordinering af indsatser på og i mellem de tre indsatstrin, herunder tovholderens rolle.

## 5.2 Tidlig indsats (trin 1)

Det anbefales ift. tidlig indsats (trin 1):

- at der forestås en faglig helhedsvurdering af barnet/den unges vanskeligheder og funktionsniveau, som foretages af kommunen og/eller almen praksis, hvilket aftales lokalt
- at kommunen på baggrund af den faglige helhedsvurdering tager stilling til, om barnet/den unge og familien har behov for en socialfaglig indsats. Ved behov igangsætter og varetager kommunen den socialfaglige indsats
- at fagprofessionelle omkring børn og unge har de rette kompetencer til at anvende redskaber til at skabe de rammer, som børn og unge med angst/depression eller lignende vanskeligheder har behov for. Det kan fx ske gennem undervisning og supervision, der kan forestås af fagprofessionelle med relevante kompetencer, og ansvaret aftales lokalt

Indsatsen på trin 1 består overordnet af en helhedsvurdering af problemerne hos og omkring barnet/den unge mhp. tidlig opsporing af tegn/symptomer på angst/depression og en tidlig indsats i primærsektoren.

Indsatstrin 1 adskiller sig fra tidlig opsporing af mistrivsel ved, at der sættes ind, når den tidlige opsporing af mistrivsel har fundet sted, og et barn/en ung med/i mere specifikke vanskeligheder, der skal afhjælpes, er identificeret. På indsatstrin 1 vil de kommunale indsatser primært have karakter af foregribende indsatser, hvor formålet er at forudse særlige udfordringer med henblik på at mindske vanskelighederne hos en risikogruppe, hvor vanskelighederne kan være relateret til angst/depression.

## **Aktører**

Typiske aktører vil være forældre og fagpersoner i barnets hverdag og øvrig primærsektor herunder lærere, pædagoger, sundhedsplejersker, relevante fagpersoner i en PPR funktion herunder psykologer, kommunelæger, alment praktiserende læger, socialrådgivere, ergo- og fysioterapeuter mv. Barnet/den unge er ofte selv den bedste til at beskrive symptomer på angst og depressioner og er derfor en central aktør. Barnet/den unge skal derfor inddrages når og på den måde, det er relevant.

### **5.2.1 Faglige indsatser**

#### ***Helhedsvurdering af barnet/den unge***

Når bekymringen for barnets udvikling og trivsel er opstået, skal der foretages en **helhedsvurdering** af problemerne hos og omkring barnet. Lærere, pædagoger og forældre er de første til at se barnets adfærd og bør samarbejde om at indstille barnet til videre vurdering hos kommunal fagprofessionel med kompetence og viden til at afdække mulige symptomer og funktion hos børn/unge. Den kommunale fagprofessionelle kan eksempelvis være en skole- eller PPR-psykolog, med inddragelse af øvrige relevante fagprofessionelle, herunder sundhedsplejerske, fysio- eller ergoterapeut, talepædagog, socialpædagog.

Vurderingens formål er at identificere i hvilken udstrækning barnets/den unges funktionsniveau er påvirket med henblik på at kunne tilbyde barnet/den unge og familien den rette indsats alt efter graden af funktionsniveauet.

Fysio- og ergoterapeuter varetager i den forbindelse:

- Vurdering af funktion, deltagelsesmuligheder, fysiske/sansemæssige begrænsninger og muligheder for behandling/håndtering
- Vurdering af barnets sanseprofil<sup>4</sup> indflydelse på funktionsniveau og adfærd
- Vurdering og skelnen af problematisk sanseintegration<sup>5</sup> som årsag til angst- og depressionssymptomer

Der kan eksempelvis anvendes SDQ samt et af de mere specifikke spørgeskemaer (fx RCADS, SPAS eller MFQ) til helhedsvurderingen.

Helhedsvurdering af symptomer og funktion varetages af psykolog (PPR, kommunal eller privatpraktiserende) eller anden fagprofessionel med lignende kompetence og viden, med inddragelse af andre relevante fagprofessionelle på dette indsatsstrin.

*Se endvidere bilag 2: Eksempler på vurdering og udredning og bilag 3: Eksempel på graduering af funktionsevne.*

---

<sup>4</sup> En sanseprofil kan udarbejdes af en ergo-/fysioterapeut vha. spørgeskema til forældre og/eller pædagoger/lærere tæt på barnet i hverdagen

<sup>5</sup> Sanseintegration er en neurologisk proces, der samordner sanseimpulser fra krop og omgivelser. En sanseprofil kan definere om barnets adfærd skyldes sanseintegrationsvanskeligheder, og kan derfor bruges i udredningen af barnets funktion.

Efter helhedsvurderingen af barnet/den unge og dets livssituation bør den kommunale fagperson (PPR-funktion, skole, sundhedspleje eller socialrådgiver - alt efter vurderingen) støtte forældre, lærere og pædagoger i den videre håndtering af de vanskeligheder, som barnet står i. Ofte kan et tæt samarbejde mellem forældrene og personalet i barnets dagtilbud, skole, SFO eller klub hjælpe med at løse problemer i barnets/den unges hverdag, før problemerne vokser sig store. I andre situationer kan det være nødvendigt at involvere andre parter. Ud fra vurderingen aftaler de involverede fagprofessionelle således indsats og tidsperspektiv. Der kan eksempelvis indkaldes til et møde i PPR funktionen, hvor de relevante fagprofessionelle og forældrene aftaler, hvem der gør hvad i forhold til barnets hele livssituation.

### ***Indsatser***

I det følgende beskrives primært indsatser i forhold til symptomer/tegn på angst og/eller depression. Indsatsens formål er at stoppe vedligeholdelse af angst- og depressionssymptomerne og erstatte vedligeholdende adfærd med adfærd, der sikrer en positiv udvikling.

Indsatsformerne tilbydes typisk i kommunal sammenhæng og vil primært bestå af **kortvarige eller lav-intensive indsatser**, tæt på barnets dagligdag:

- De kan rette sig mod barnet eller familien fx i form af rådgivning eller selvhjælpsprogrammer eller bøger, samt henvisning til korrekt viden eller kortvarig hjælp
- De kan også rette sig mod fagprofessionelle fx i form af undervisning af lærere, pædagoger, sundhedsplejersker, fysio- og ergoterapeuter m.fl., der sikrer en adfærdsændring i hverdagen hos de professionelle, som medfører, at de i højere grad kan støtte barnet/den unge i at overvinde angst- og depressionssymptomer, så det ikke vedligeholdes i dem, samt sikre positive og trygge læringsmiljøer.

Indsatserne baserer sig på viden om udviklingspsykologi og kendskab til angst- og depressionstilstandes kliniske billeder i barn- og ungdom, samt de mekanismer, som er identificeret som vedligeholdende (i empiri og teori).

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. Ergo- og fysioterapeuter varetager fx tilpasning af hjemme- og læringsmiljø, herunder anbefaling af hjælpemidler (fx kugledyne/vest), lærings- og arbejdsmetoder og redskaber.

### ***Indsatser ved angst/øget ængstelighed***

På baggrund af den faglige helhedsvurdering vurderes det, om der er tale om en primær angstproblematik, der fører til psykosociale vanskeligheder, psykosociale problemer eller komorbide tilstande fx generelle eller specifikke kognitive vanskeligheder, der fører til, at barnet reagerer med en forståelig øget ængstelighed. eller sanseintegrationsvanskeligheder, der medfører en adfærd, som kan forveksles med eller underbygge angstsymptomer. Hvis der er tale om anden psykisk forstyrrelse eller psykosociale belastninger, må nærmere undersøgelse og relevant støtte



i forhold til disse forhold iværksættes. Det er helt afgørende, at man ikke tilgår angstsymptomer, som er udtryk for reelle belastninger, på samme måde, som man tilgår urealistisk og overdreven angst. Fx kan eksponering af et barn med skolevægning forværre barnets tilstand, hvis barnet udsættes for alvorlig mobning og negative læringsmiljøer, eller har så store faglige vanskeligheder, at skoledagen reelt er en uoverkommelig opgave.

På nuværende tidspunkt findes der stort set kun evidens for en kognitiv adfærdsterapeutisk tilgang til behandling af angstlidelser. Angsten ses som en overreaktion på noget barnet/den unge er kommet til at (fejl)opfatte som farligt, dvs. at angsten baserer sig på en forvrænget opfattelse af graden af fare. Der beskrives nedenstående principper ud fra en kognitiv adfærdsterapeutisk tilgang til behandling. Indsatsen skal målrettes mod at stoppe de vedligeholdende mekanismer, herunder at de involverede parter modtager undervisning eller supervision i disse.

Nogle af de primære mekanismer, der vedligeholder angst hos et barn/en ung:

- Tvetydighed i signaler fra omverden
- Trusselsfokusering fra barnet/den unge selv, forældre og/eller fagprofessionelle
- Manglende positiv forstærkning af ønsket adfærd
- Undgåelsesadfærd fra barn/den unge, forældre og/eller fagprofessionelle
- Fravær af italesættelse af handleanvisninger på adfærd, der kan overvinde angst overfor barnet/den unge.

**Kognitive adfærdsterapeutiske tilgange** til indsatser på trin 1 til børn med angstsymptomer kan omfatte:

#### ***Indsatser rettet mod barnet***

- Ophør i trusselsfokusering og undgåelsesadfærd
- Fokus på udviklingspotentiale og normaladfærd
- Forstærkning af ønsket adfærd gennem brug af belønninger.
- Identifikation af trin i gradvis eksponering
- Italesættelse af hvordan barnet/den unge kan overvinde angsten ved behov
- Undgå modsatrettede indsatsmål ved komorbide tilstande

#### ***Indsatser rettet mod fagprofessionelle og forældre***

- Sikre tilstrækkelig viden om angst og dennes vedligeholdende mekanismer
- Sikre viden om påvirkning af ængstelig adfærd/undgåelsesadfærd i omgivelserne
- Utvetydig identifikation og tydelig italesættelse af målet med indsatsen
- Utvetydig og tydelig italesættelse af hvad barnet/den unge skal kunne og gøre til selv

#### ***Indsatser ved depressive symptomer***

På baggrund af helhedsvurderingen, tager den fagprofessionelle stilling til, om der er tale om en primær depressionsproblematik, der fører til psykosociale og faglige vanskeligheder. Eller om der er tale om psykosociale problemer eller samtidige vanskeligheder, fx misbrug eller kognitive vanskeligheder, der fører til, at barnet reagerer med forståelige øgede depressive symptomer. Hvis der er tale om sidstnævnte, må nærmere undersøgelse og relevant støtte i forhold til disse forhold iværksættes.



I forhold til depressive symptomer hos børn/unge er belastninger og sygdom så tæt sammenvævede, at det er helt essentielt at sikre støtte eller håndtering af disse forhold. Depression hos en eller begge forældre er fx en så væsentlig belastning og har så stor betydning for behandlingseffekten, at det er nødvendigt at få identificeret og få relevant behandling til forældre iværksat sideløbende med behandling af barnet. Stress-aflastning er således et væsentligt element i behandlingen.

Den største evidens for non-medikamentel behandling af depression findes indenfor kognitive 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.

**Kognitive tilgange** til indsatser på trin 1 til børn med depressive symptomer kan omfatte:

- Psykoedukation om depressionssymptomer til barnet og til alle, der skal støtte barnet
- Vedligeholde og styrke venskaber og andre positive sociale relationer
- Aktivere adfærd med fokus på aktiviteter, der giver lystfølelse og mestningsoplevelser
- Reducere belastninger. Styrke barnets (og familiens) problemløsningsevne
- Modvirke meget kritisk eller autoritær opdragelsesstil, som virker vedligeholdende
- Modvirke alt-eller-intet tænkning (fx reduceret skoleskema frem for fuld sygemelding)
- Mindske perfektionisme
- Tale om selvmordstanker, hvis de er til stede, og sikre en tilstrækkelig strategiplan.

Kognitiv adfærdsterapeutisk indsats varetages af psykolog (PPR-psykolog med efteruddannelse, kommunal eller privatpraktiserende), privatpraktiserende psykiatere eller anden fagprofessionel med lignende kompetence og viden, med inddragelse af andre relevante fagprofessionelle.

Indsatser ved ergo-/fysioterapeut ift. symptomer på angst og/eller depression, herunder konsultativ bistand:

- Hjælp til øget kropsbevidsthed: afspænding, respiration, tegn på fx overstimulering, inspiration til fysisk aktivitet/velvære, søvn
- Indsats mhp. at de voksne omkring barnet i hverdagen opnår en fælles forståelsesramme for barnets udfordringer og håndteringen af dem blandt voksne omkring barnets voksne i hverdagen).

### ***Forudsætninger for indsatsen***

Forudsætningen for, at ovenstående indsatser kan imødekommes, er at de fagprofessionelle får den rette kompetenceudvikling, understøttet af relevante redskaber, manualer og oplæring i disse.

De involverede fagprofessionelle må desuden forpligte sig på at udføre den aftalte indsats og tidligt i forløbet opsøge vejledning/supervision af personer, der har viden om udviklingspsykologi og kendskab til angst- og depressionstilstandes kliniske billeder i barn- og ungdom, samt de faktorer, som er identificeret (empirisk og teoretisk) som vedligeholdende (kilde). Det kan være gennem konsultative fora med PPR-personale eller andre relevante aktører fra den øvrige primær-sektor samt med forældre og barnet/den unge.

Der kan eksempelvis udpeges (eller selvudnævnes) en tovholder, som kan sikre den aftalte opfølgning, herunder koordinere indsatsen med forældrene. En tovholder kan have ansvar for at sikre, at kommunikationen mellem involverede parter på samme indsatsstrin er velfungerende. En tovholder kan desuden have særlig fokus på kommunikation og overdragelse af tovholderfunktionen, når indsatsen intensiveres og derved rykker op på et andet trin og nye instanser involveres. En tovholder kan desuden have ansvar for at indhente viden fra relevante parter i forhold til hvornår indsatser afsluttes, så denne kan kommunikeres til evt. nye aktører om barnet.

### 5.3 Uddybende vurdering og indsats (trin 2)

Det anbefales ift. uddybende vurdering og indsats (trin 2):

- at der foretages en faglig helhedsvurdering, der, med udgangspunkt i tidligere vurderinger, giver de fagprofessionelle en bredere viden om barnets vanskeligheder, herunder opmærksomhedspunkter vedr. det kognitive niveau og symptombillede. Den faglige helhedsvurdering kan foretages af kommunen eventuelt i samarbejde med almen praksis eller anden relevant kompetence, hvilket aftales lokalt
- at kommunen viderefører og revurderer den socialfaglige indsats for barnet/den unge med angst og/eller depressionslignende vanskeligheder
- at fagprofessionelle i kommunen og almen praksis har adgang til børne- og ungdomspsykiatrisk vurdering og rådgivning

Indsatsstrin 2 beskriver indsatser, der udføres i primærsektoren, som andet skridt i en stepped-care model. Her fordres et udvidet kendskab til kliniske billeder i barn- og ungdom af angst og depression, mekanismer som er identificeret (i teori og empiri) som vedligeholdende samt de rette kompetencer til anvendelse af psykoterapeutiske metoder, hos de fagpersoner der er involveret i den terapeutiske behandling, eksempelvis i den terapeutiske behandling 'Cool Kids' samt kompetencer til at kunne forestå supervision. Den terapeutiske behandling bør ofte følges op med hjælp til familien, støtte og rådgivning i hjemmet ved specialpædagog o.l. Desuden bør de nærmeste fagprofessionelle i barnets netværk (pædagoger, sundhedsplejersker, ergo-og fysioterapeuter m.v.) støtte op om indsatsen mhp. at sikre, at den integreres i hverdagen.

### Behandlingsprogrammet Cool Kids:

Cool Kids Program er et videnskabeligt baseret og effektivt angstbehandlingsprogram. I et Cool Kids gruppeforløb introduceres børn og forældre til konkrete metoder og strategier, som kan gøre det lettere at overvinde og håndtere angst og bekymring i hverdagen. Cool Kids Program bygger på principper fra kognitiv adfærdsterapi og kan gennemføres enten individuelt eller i gruppe sammen med andre børn og deres forældre.

<http://psy.au.dk/forskning/forskningscentre-og-klinikker/angstklubben/>

### **Aktører**

Typiske aktører vil være fagprofessionelle, som ikke umiddelbart arbejder med barnet i hverdagen. Det kan være psykologer i PPR funktion, privatpraktiserende psykiatere og psykologer m.fl., ergo- og fysioterapeuter, sundhedsplejersker, forældre, lærere, AKT-lærere, socialrådgivere, støttekontaktpersoner, familiebehandlere og andre omkring barnet er også vigtige aktører i forhold til at facilitere og understøtte den terapeutiske indsats. Barnet/den unge selv skal inddrages i indsatsen.

#### **5.3.1 Faglige indsatser**

##### ***Uddybende vurdering***

Den faglige vurdering fra indsatsstrin 1 skal uddybes med **yderligere helhedsvurdering, herunder kognitiv undersøgelse og helhedsvurdering** af barnet/den unge og dets livssituation. Der kan være tale om kognitiv undersøgelse, spørgeskemaer samt systematiske interview inspireret af psykiatriske interview, der skal afklare hvilke kliniske billeder barnet/den unge præsenterer, samt om der er evt. komorbiditet eller psykosociale problematikker, der vedligeholder den specifikke patologi. 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.

Vurderingen bør foretages ud fra tidligere beskrevne principper med udgangspunkt i indhentning af information fra barnet/den unge selv, forældre, samt andre aktører ved behov. Undersøgelsen bør også tilvejebringe viden om vedligeholdende mekanismer, der kan italesættes i indsatsen. Disse vedligeholdende mekanismer kan være:

- *Kognitive begrænsninger, der bør identificeres, eller intrapsyriske forhold hos barnet* (Eksempelvis øget trusselsfokusering ved angst eller perfektionisme og lavt selvværd ved depression)
- *Interpsyriske forhold mellem barn og øvrige personer*  
I undersøgelsen af det psykosociale område, vurderes i hvilken udstrækning omgivelserne tilpasser sig barnets vanskeligheder for at sikre, at barnet kan klare hverdagens udfordringer. Når disse tilpasninger er med til at vedligeholde problemet italesættes det i interventionen.

- *Strukturelle forhold udenom barnet*  
Fx mobning eller negativt læringsmiljø i skoleklassen, højt konfliktniveau imellem forældrene fx ifm. skilsmisse eller psykiatrisk eller somatisk sygdom hos forældrene.

Undersøgelsen bør tilvejebringe viden om vedligeholdende mekanismer, der kan italesættes i interventionen. Undersøgelsen kan også beskrive hvilke indsatser der allerede har været effektueret overfor barnets/den unges problematik og hvilken effekt disse har haft.

Den kognitive undersøgelse varetages af psykolog (PPR, kommunal eller privatpraktiserende) eller anden fagprofessionel med lignende kompetence og viden, med inddragelse af andre relevante fagprofessionelle på dette indsatstrin.

*Se endvidere bilag 2: Eksempler på vurdering og udredning og bilag 3: Eksempel på graduering af funktionsevne.*

### **Indsatser**

Indsats på indsatstrin 2 indebærer typisk en målrettet omend kortvarig (under 16 sessioner) psykoterapeutisk indsats enten individuelt eller i gruppe.

Indsatsens formål er at lære barnet/den unge samt familien at overvinde den specifikke patologi, der på indsatstrin 2 har ”fået sit eget liv” og vanskeliggør barnets funktion uanset miljøets tilpasninger. Interventionsformerne tilbydes ofte i kommunal sammenhæng eller ved specialiserede private enheder f.eks. privatpraktiserende psykiatere eller psykologer. Der vil være tale om **indsatser af moderat intensitet, typisk en session ugentligt op mod 16 uger**. Disse kan være manualbaserede programmer rettet mod den specifikke patologi, eller caseformuleringsbaseret og tilpasset den enkelte familie eller gruppe af familier. Interventionen baserer sig på en anvendelse af evidensbaserede terapeutiske principper samt viden om hvilke mekanismer, der karakteriserer og vedligeholder angst og depression.

### **Indsatser ved angst- og depressive lidelser**

Er der tale om at barnet/den unge opfylder kriterier for en angstlidelse vil kognitive terapier 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. I forhold til overgangen fra barn til voksen bør der være opmærksomhed på, at mange børn og unge med angst har lidt af lidelsen længe og været afhængige af, at forældre overtog en række funktioner, som de ellers selv skulle have varetaget. Der kan derfor være behov for, at forældre inddrages, indtil den unge selv kan tage vare på indsatsen.

Nogle af de principper, som indsatser på trin 2 til børn med angst og depressive symptomer kan baseres på:

- Kognitiv omstrukturering ved kognitive adfærdsterapeutiske tilbud
- Detached Mindfulness ved metakognitive tilbud
- Eksperimenter til udfordring af antagelser

- Følelsesreguleringsteknikker
- Social færdighedstræning

Indsatsen varetages primært af psykologer eller fagpersoner med lignende kompetencer, i PPR/kommunalt regi, men også af privatpraktiserende børne- og ungdomspsykiatere.

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

- Indsats ift. reaktioner i kroppen som følge af emotionel aktivering, fx smerter, muskelspændinger, motorisk uro, søvnproblemer, ændret sansning m.v.
- Indsats ift. almindelig daglig levevis (ADL)-funktioner (i lærings- og hjemmemiljø, vurdering af behov for hjælpemidler som fx kugledyne- eller vest).

Der kan eksempelvis også udpeges en tovholder på dette trin mhp. at sikre et sammenhængende forløb. Tovholderen kan have ansvar for at sikre, at der er tilpas progression i indsatsforløbet ved at indkalde til drøftelse om ændringer/tilpasninger af indsatser, hvis den forventede udvikling ikke finder sted. En tovholder kan desuden have særligt fokus på kommunikation ved overgange mellem aktører og indsatsstrin, både når aktører påbegynder og afslutter en indsats, og barnet evt. returnerer til tidligere indsatsstrin. Tovholderen kan også have ansvar for at videreformidle vurdering af, hvornår barnet skal afsluttes og indsatser stoppes.

## 5.4 Udredning, diagnostik og behandling (trin 3)

Det anbefales ift. Udredning, diagnostik og behandling (trin 3):

- at børne- og ungdomspsykiatrien, speciallægepraksis og universitetsklinikker foretager udredning og diagnosticering af barnet/den unge
- at børne- og ungdomspsykiatrien formidler resultater og anbefalinger til at imødekomme barnets/den unges og familiens behov til kommunen og forældrene
- at det aftales lokalt, hvordan der etableres et kontinuerligt samarbejde mellem kommunen og børne- og ungdomspsykiatrien med henblik på tilrettelæggelse af indsatsen for barnet/den unge
- at børne- og ungdomspsykiatrien laver aftale med almen praksis ift. eventuel opfølgning og videreførelse af medikamentel behandling
- at der laves konkrete samarbejdsaftaler ift. særligt udsatte børn, fx børn anbragt på opholdssteder eller lignende

På indsatsstrin 3 tilbydes indsatser, der udføres i et vel-koordineret samarbejde mellem primær- og sekundær sektor, hvor dialogen fra tidligere fastholdes. Det forudsættes, at de beskrevne indsatser på indsatsstrin 1 og 2 er gennemført og/eller afprøvet uden tilstrækkelig effekt, men som skal medtænkes som indsatser, der fortsat er relevante i et udvidet og intensiveret omfang på indsatsstrin 3. På trin 3 tilbydes den specialiserede indsats, hvor den regionale børne- og ungdomspsykiatri involveres i udredning og behandling, enten i ambulante forløb eller under indlæggelse.

### ***Aktører***

Fagpersoner i børne- og ungdomspsykiatrien samt fagpersoner i kommunernes PPR-lignende funktioner, ungdoms- og uddannelsesvejledere og socialforvaltninger, fysio- og ergoterapeuter. Forældre, lærere, AKT-lærere er fortsat vigtige ift. at indgå i en koordineret indsats, og barnet/den unge inddrages altid på dette indsatsstrin.

#### **5.4.1 Faglige indsatser**

##### ***Faglig undersøgelse/vurdering***

En undersøgelse på dette niveau vil være en psykiatrisk udredning bestående af relevant psykopatologisk udredning for at afdække psykopatologi og eventuel komorbiditet. Derudover indhentning af relevante oplysninger fra allerede udførte undersøgelser 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.

*Se endvidere bilag 2 Eksempler på vurdering og udredning og bilag 3 Eksempel på graduering af funktionsevne.*

##### ***Indsatser***

Formålet med indsatser på indsatsstrin 3 er at modvirke risikoen for at barnets vanskeligheder udvikler sig til mere kroniske tilstande. Det vil sige dels at sikre tilstrækkelig og korrekt udredning og behandling af de præsenterede former for psykopatologi, herunder komorbiditet samt sikre koordination mellem de involverede aktører, således at der kan kompenseres og interverneres overfor vedligeholdende faktorer.

Indsatsen i psykiatrien tager afsæt i samme principper som på indsatsstrin 2 og dertil muligheden for medicinsk behandling. Den direkte behandlingsindsats i psykiatrien kan ikke stå alene, men skal omsættes i barnets hverdagssammenhænge med hjælp fra de voksne. Kommunen viderefører og revurderer den socialfaglige indsats på indsatsstrin 2, herunder skolerelaterede indsatser, med udgangspunkt i anbefalingerne fra børne- og ungdomspsykiatrien

På indsatsstrin 3 bør den igangværende indsats og kommunikationen mellem fagpersonerne i kommunalt regi fortsættes, herunder efter behov fortsat afholdelse af lokale opfølgningsmøder. På dette indsatsstrin vil de kommunale indsatser primært have karakter af indgribende indsatser,

hvor formålet er at afhjælpe vanskelighederne for enkelte personer, 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. Henvisning til børne- ungdomspsykiatrien (eller lign.) vil ofte være relevant, og der vil være stort behov for koordinering i den tværfaglige indsats, og indsatsen kræver specialiseret viden.

Indsatserne på dette niveau foregår altså både i regional og kommunal sammenhæng parallelt og samtidigt med hinanden. Der er tale om længerevarende indsatser af høj intensitet, hvor barnet/den unge tilses af en række fagprofessionelle, som ikke er en del af barnet/den unges hverdag, enten i ambulant regi eller som en del af en indlæggelse. Derfor er der også behov for koordinering med de fagprofessionelle, der er en del af barnet/den unges hverdag samt barnets/den unges familie og netværk.

Den behandlingsansvarlige har ansvar for at sikre, at der er tilpas progression i bedringen hos barnet/den unge af den samlede intervention herunder den psykoterapeutiske behandling og sammen med ansvarlig speciallæge/specialpsykolog at vurdere eventuelt 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.

Ved evt. udpegning af tovholdere: På indsatsstrin 3 anbefales det, at der både er en tovholder i primær sektor (fx PPR-psykolog, socialrådgiver, almen praksis og/eller tovholder på bosteder eller dagbehandlingsskoler) og en tovholder i sekundær sektor/psykiatrien, da der ofte vil være parallelle indsatsforløb.

De udpegede tovholdere kan have til opgave at samarbejde med hinanden i en form, som sikrer et velkoordineret forløb mht. kommunikation vedrørende konkrete og relevante indsatser i de to sektorer. Der kan være et konkret samarbejde mellem tovholderne så tidligt i forløbet som muligt med henblik på, at begge sektorer forpligter sig på at inddrage hinanden hurtigst muligt, så betingelserne for at planlægge, iværksætte og følge op på indsatser i egen sektor bliver bedst mulige.

En tovholder i psykiatrien, kan være tilknyttet som sagsansvarlig eksempelvis ved involvering af den socialrådgiverfunktion, som ofte er en del af den børne- og ungdomspsykiatriske indsats i såvel døgn- som ambulant regi. Den sagsansvarlige tovholder fx sygehusafsnittets socialrådgiver kan sikre koordinering af indsatsen med ovennævnte aktører herunder afholdelse af netværksmøder efter behov og at dele relevant information om den psykiske lidelse og behandlingen samt overdragelse ved afslutning i psykiatrisk regi.



## 5.5 Opfølgning og rehabilitering (trin 4)

Det anbefales ift. Opfølgning og rehabilitering (trin 4):

- at kommunen i samarbejde med relevante fagprofessionelle omkring barnet/den unge, fx almen praksis, løbende vurderer barnets/den unges behov for opfølgende og rehabiliterende indsatser mhp. at vende tilbage til hverdagslivet
- at der indgås aftale mellem almen praksis og børne- og ungdomspsykiatrien om eventuel videreførelse af og opfølgning på farmakologisk behandling

Opfølgning og rehabilitering er målrettet børn og unge, der har behov for at vende tilbage til hverdagslivet efter endt indsats/behandling på indsatstrin 1, 2 og 3, hvor belastninger-/lidelserne hos barnet/den unge er tiltagende. På indsatstrin 4 er der ikke tale om yderligere belastningsgrad, men de opfølgende/rehabiliterende indsatser er en del af forløbet på hhv. indsatstrin 1, 2 og 3. De beskrives således samlet i dette afsnit. Formålet med opfølgning/rehabilitering er at fastholde funktionsniveauet og gøre barnet/den unge og familien i stand til at mestre hverdagen.

Der kan sættes ind med forskellige former for indsats afhængigt af den specifikke lidelse og afstemt efter det enkelte barns eller den enkelte unges behov. Afhængigt af evt. indsats i børne- og ungdomspsykiatrien er det relevant at sikre samtidige opfølgende og rehabiliterende indsatser i kommune, børne- og ungdomspsykiatrien og evt. privat regi, der supplerer og understøtter hinanden. Det er derfor væsentligt at sikre organisering på tværs med tydelig ansvarsfordeling.

### *Aktører*

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

### **5.5.1 Faglige indsatser**

Når man afslutter en farmakologisk eller non-farmakologisk indsats vil der ofte være behov for sociale eller pædagogiske indsatser for at støtte barnet/den unge bedst muligt. Disse indsatser er forankret i de enkelte kommuner, men der er fortsat behov for at sikre en parallel og koordineret behandlingsindsats, hvis barnets behandlingsbehov tilsiger det (Sundhedsstyrelsen, 2014). En indsats kan tilbydes flere gange i forløbet, hvis indsatsen havde begrænset effekt i første omgang, eller hvis barnet/den unge er et andet sted i sit forløb, og indsatsen derfor igen vurderes relevant. Det er vigtigt, at der følges op på den enkelte indsats i samarbejde med forældrene.

Der bør være en tidlig og tæt dialog mellem børne- og ungdomspsykiatrien (eller lign.) og kommunen om barnets/den unges forløb og senest i forbindelse med endt udredning. Formålet



med dialogen er at koordinere barnets/den unges behov for indsats i forløbet (fx håndtering af faktorer, som kan indvirke på tilbagefald) og samtidig sikre, at der ikke sker et slip i indsatser ved overgangen mellem børne- og ungdomspsykiatri (eller lign.) og kommune. Der kan fx udarbejdes en genoptræningsplan, hvis barnet/den unge har et lægefagligt begrundet behov for genoptræning eller rehabilitering.

Opfølgende og rehabiliterende indsatser ved ergo-/fysioterapeut på indsatstrin 1 og 2:

- Tilpasning af hjemme- og læringsmiljø, anbefaling ift. hjælpemidler (fx kugledyne/vest), lærings- og arbejdsmetoder og redskaber

Opfølgende og rehabiliterende indsatser ved ergo-/fysioterapeut på indsatstrin 3:

- Vurdering og analyse af støtte/hjælpebehov i hjemmet
- Socialfærdighedsgrupper
- Kropsgrupper
- Almindelig daglig levevis (ADL)-forløb efter længere tids indlæggelse/institutionalisering
- Rådgivning i forbindelse med sensoriske problematikker i hjemmet
- Rådgivning i hjemmet ifbm. strukturering og implementering af nye vaner og rutiner
- Udfærdigelse af genoptræningsplaner
- Implementering af specialiserede genoptræningsplaner.

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 om, at almen praksis viderefører og følger op på den farmakologiske behandling.

#### Aftale om opfølgende medicinsk behandling hos egen læge

Eksempel på aftale ift. ADHD - som inspiration til lignende aftale ifm. angst/depression:

I Region Midtjylland er der indgået aftale mellem børne- og ungdomspsykiatrien og almen praksis om varetage af farmakologisk opfølgning efter udskrivelse fra psykiatrien. Se <https://www.sundhed.dk/#!/sundhedsfaglig/information-til-praksis/midtjylland/almen-praksis/nyheder/meddelelser-psykiatrien/nyheder-fra-psykiatrien/adhd-opfoelgende-behandling-egen-laege/> (link sættes i fodnote af grafiker)

## 6 Implementering og opfølgning

Det anbefales:

- at der foreligger lokale aftaler om, hvordan barnets/den unges forløb koordineres i et integreret samarbejde mellem sektorerne
- at der foreligger lokale samarbejdsaftaler om rådgivning fra børne- og ungdomspsykiatrien til kommunen
- at der foreligger lokale aftaler om samarbejde om fælles målsætninger for barnet/den unge, og hvordan der koordineres ift. delmål
- at overgangen fra barn til voksen planlægges og koordineres ud fra en individuel vurdering
- at forløbsprogrammet efter implementering følges og følges op med henblik på løbende justeringer af praksis
- der sker en systematisk vurdering af forløbsprogrammet, fx hvert 2. -3. år

### 6.1 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. Nedenfor beskrives nogle af de væsentligste forudsætninger for en vellykket implementering og udvikling på området.

#### 6.1.1 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.

### 6.1.2 Plan for implementering

Den lokale implementering forudsætter, at hver region og kommune 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 indgår i dette arbejde, herunder at selskaberne identificerer områder med behov for retningslinjer og prioriterer rækkefølgen af udarbejdelsen af disse.

### 6.1.3 Kompetenceudvikling

Forløbsprogrammet stiller krav til de faglige kompetencer samt til en tværfaglig forståelse og tilgang i opgaveløsningen. For at opnå høj faglig kvalitet i indsatserne bør regioner og kommuner sikre tilstrækkelig og opdateret viden blandt alle involverede faggrupper. I forlængelse heraf bør regioner og kommuner aftale, hvordan de nødvendige kompetencer tilvejebringes og udnyttes på tværs af sektorer. Dette kan eksempelvis ske gennem fælles uddannelse, som vil øge kendskabet til andre faggruppers kompetencer og arbejdsopgaver samt understøtte kulturer, der samarbejder på tværs.

### 6.1.4 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.

## 6.2 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 den nationale evaluering bør inddrages i det lokale arbejde.

Derudover bør der lokalt foretages en systematisk vurdering af forløbsprogrammet fx hvert 2.-3. år. Denne opgave kan hensigtsmæssigt forankres i eksisterende fora i sundhedsaftaleregion, der har deltagelse af relevante aktører fra region, kommune, almen praksis, specialiserede hjerneskadetilbud, 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. Det kan øge udbyttet af de foretagne opfølgninger og samtidig fremme ensartede forløb.

### 6.3 Revision af forløbsprogrammet

Sundhedsstyrelsen tager initiativ til en koordineret revision af forløbsprogrammet, når det skønnes påkrævet.

## 7 Referencer

- (1) Meltzer H, Ford T, Goodman R, Vostanis P. The burden of caring for children with emotional or conduct disorders. *Int J Family Med* 2011;2011:801203.
- (2) Copeland WE, Adair CE, Smetanin P, Stiff D, Briante C, Colman I et al. Diagnostic transitions from childhood to adolescence to early adulthood. *J Child Psychol Psychiatry* 2013 July;54(7):791-9.
- (3) Patton GC, Coffey C, Romaniuk H, Mackinnon A, Carlin JB, Degenhardt L et al. The prognosis of common mental disorders in adolescents: a 14-year prospective cohort study. *Lancet* 2014 April 19;383(9926):1404-11.
- (4) Copeland WE, Angold A, Shanahan L, Costello EJ. Longitudinal patterns of anxiety from childhood to adulthood: the Great Smoky Mountains Study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2014 January;53(1):21-33.
- (5) Wesselhoeft R, Sorensen MJ, Heiervang ER, Bilenberg N. Subthreshold depression in children and adolescents - a systematic review. *J Affect Disord* 2013 October;151(1):7-22.
- (6) Moreno C. Prevention in child and adolescent psychiatry: are we there yet? *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2017 March;26(3):267-9.
- (7) Copeland WE, Shanahan L, Costello EJ, Angold A. Childhood and adolescent psychiatric disorders as predictors of young adult disorders. *Arch Gen Psychiatry* 2009 July;66(7):764-72.
- (8) Costello EJ, Egger HL, Angold A. The developmental epidemiology of anxiety disorders: phenomenology, prevalence, and comorbidity. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 2005 October;14(4):631-48, vii.
- (9) Costello EJ, Egger H, Angold A. 10-year research update review: the epidemiology of child and adolescent psychiatric disorders: I. Methods and public health burden. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2005 October;44(10):972-86.
- (10) Avenevoli S, Swendsen J, He JP, Burstein M, Merikangas KR. Major depression in the national comorbidity survey-adolescent supplement: prevalence, correlates, and treatment. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2015 January;54(1):37-44.
- (11) Polanczyk GV, Salum GA, Sugaya LS, Caye A, Rohde LA. Annual research review: A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. *J Child Psychol Psychiatry* 2015 March;56(3):345-65.
- (12) Wesselhoeft R, Pedersen CB, Mortensen PB, Mors O, Bilenberg N. Gender-age interaction in incidence rates of childhood emotional disorders. *Psychol Med* 2015 March;45(4):829-39.
- (13) Kessler RC, Avenevoli S, Costello EJ, Georgiades K, Green JG, Gruber MJ et al. Prevalence, persistence, and sociodemographic correlates of DSM-IV disorders in the

National Comorbidity Survey Replication Adolescent Supplement. Arch Gen Psychiatry 2012 April;69(4):372-80.

- (14) Beesdo K, Knappe S, Pine DS. Anxiety and anxiety disorders in children and adolescents: developmental issues and implications for DSM-V. Psychiatr Clin North Am 2009 September;32(3):483-524.
- (15) Mayes SD, Waxmonsky JD, Calhoun SL, Bixler EO. Disruptive Mood Dysregulation Disorder Symptoms and Association with Oppositional Defiant and Other Disorders in a General Population Child Sample. J Child Adolesc Psychopharmacol 2016 March;26(2):101-6.
- (16) Collishaw S, Maughan B, Natarajan L, Pickles A. Trends in adolescent emotional problems in England: a comparison of two national cohorts twenty years apart. J Child Psychol Psychiatry 2010 August;51(8):885-94.
- (17) Schepman K, Collishaw S, Gardner F, Maughan B, Scott J, Pickles A. Do changes in parent mental health explain trends in youth emotional problems? Soc Sci Med 2011 July;73(2):293-300.
- (18) Langton EG, Collishaw S, Goodman R, Pickles A, Maughan B. An emerging income differential for adolescent emotional problems. J Child Psychol Psychiatry 2011 October;52(10):1081-8.
- (19) Sellers R, Maughan B, Pickles A, Thapar A, Collishaw S. Trends in parent- and teacher-rated emotional, conduct and ADHD problems and their impact in prepubertal children in Great Britain: 1999-2008. J Child Psychol Psychiatry 2015 January;56(1):49-57.
- (20) Biederman J, Faraone SV, Hirshfeld-Becker DR, Friedman D, Robin JA, Rosenbaum JF. Patterns of psychopathology and dysfunction in high-risk children of parents with panic disorder and major depression. Am J Psychiatry 2001 January;158(1):49-57.
- (21) Biederman J, Petty CR, Hirshfeld-Becker DR, Henin A, Faraone SV, Fraire M et al. Developmental trajectories of anxiety disorders in offspring at high risk for panic disorder and major depression. Psychiatry Res 2007 December 3;153(3):245-52.
- (22) Hettema JM, Neale MC, Kendler KS. A review and meta-analysis of the genetic epidemiology of anxiety disorders. Am J Psychiatry 2001 October;158(10):1568-78.
- (23) Shimada-Sugimoto M, Otowa T, Hettema JM. Genetics of anxiety disorders: Genetic epidemiological and molecular studies in humans. Psychiatry Clin Neurosci 2015 July;69(7):388-401.
- (24) Caspi A. The child is father of the man: personality continuities from childhood to adulthood. J Pers Soc Psychol 2000 January;78(1):158-72.
- (25) Schwartz CE, Snidman N, Kagan J. Adolescent social anxiety as an outcome of inhibited temperament in childhood. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1999 August;38(8):1008-15.
- (26) Merikangas KR, Avenevoli S, Dierker L, Grillon C. Vulnerability factors among children at risk for anxiety disorders. Biol Psychiatry 1999 December 1;46(11):1523-35.

- (27) Dufton LM, Dunn MJ, Slosky LS, Compas BE. Self-reported and laboratory-based responses to stress in children with recurrent pain and anxiety. *J Pediatr Psychol* 2011 January;36(1):95-105.
- (28) Goodwin RD. Asthma and anxiety disorders. *Adv Psychosom Med* 2003;24:51-71.
- (29) Slattery MJ, Essex MJ. Specificity in the association of anxiety, depression, and atopic disorders in a community sample of adolescents. *J Psychiatr Res* 2011 June;45(6):788-95.
- (30) Wesselhoeft R, Sørensen MJ, Heiervang ER, Bilenberg N.: Subthreshold depression in children and adolescents – a systematic review. *J. affect. Disord.* 2013 Oct: 151(1):7-22.
- (31) [www.who.int/classifications/icd/en/GRNBOOK.pdf](http://www.who.int/classifications/icd/en/GRNBOOK.pdf)
- (32) Ford T, Goodman R, Meltzer H: The British Child and Adolescent Mental health Survey 1999: the prevalence of DSM-IV disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2003 Oct; 42(19):1203-11
- (33) Shelli Avenevoli, Joel Swendsen, Jian-Ping He, MS, Marcy Burstein and Kathleen Merikangas: Major Depression in the National Comorbidity Survey- Adolescent Supplement: Prevalence, Correlates, and Treatment; *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2015 January; 54(1): 37–44.
- (34) Olsson GI et al: Adolescent depression: prevalence in Swedish high-school students, *Acta Psychiatr Scand* 1999 May: 99(5):324-31
- (35) Horesh N, Turner S, Laor N, Toren P.: A comparison of life events in adolescents with major depression, borderline personality disorder and matched controls: a pilot study, *Psychopathology*, 2008; 41(5):300-6
- (36) The treatment for Adolescents With Depression Study (TADS): demographic and clinical characteristics, *Child Adolesc Psychiatry, J Am Acad*: 2005 Jan: 44(1):28-40
- (37) Ford T et al: Child Adolesc Psychiatry, The British Child and Adolescent Mental Health Survey 1999: the prevalence of DSM-IV disorders, *J Am Acad*, 2003 Oct; 42(19):1203-11
- (38) Ford T et al: The British Child and Adolescent Mental Health Survey 1999: the prevalence of DSM-IV disorders, *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 2003 Oct; 42(19):1203-11



## Bilag 1 Målgruppens symptombillede

### Forskellige typer af angst

<b>Fobier</b>	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 i øvrigt udviklingsrelevant angst, eller angst, som ikke er led i den normale psykosociale udvikling.
<b>Separations- eller adskillelses-angst</b>	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 lejrudflugter. Symptomerne kan vise sig som gråd, voldsomme vredesudbrud, social tilbagetrækning eller som klager over fysiske symptomer fx kvalme, mavepine eller hovedpine.
<b>Social angst</b>	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.
<b>Generaliseret angst</b>	Børn og unge med generaliseret angst er overdrevent bekymrede på flere forskellige områder. Symptomerne er hyppige og varierede. Karakteristisk ses både bekymringstens 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.
<b>Panikangst</b>	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 angst symptomer 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.
--	--

### Forskellige typer af depression

<b>Generelle kriterier</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Symptomvarighed &gt; 2 uger</li> <li>• Ingen maniske eller hypomaniske episoder</li> <li>• Ingen organisk ætiologi</li> </ul>
<b>Sværhedsgrad</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Let depression: mindst 2 kernesymptomer og mindst 4 symptomer i alt.</li> <li>• Moderat depression: mindst 2 kernesymptomer og mindst 6 symptomer i alt.</li> <li>• Svær depression: alle 3 kernesymptomer og mindst 5 ledsagesymptomer.</li> </ul>
<b>Kernesymptomer</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nedtrykthed</li> <li>• Nedsat lyst/interesse</li> <li>• Nedsat energi eller øget træthedsbarhed</li> </ul>
<b>Ledsagesymptomer</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nedsat selvtillid/selvfølelse</li> <li>• Selvbefrydelse/skyldfølelse</li> <li>• Tanker om død/selv mord</li> <li>• Tænke-/koncentrationsbesvær</li> <li>• Agitation/hæmning</li> <li>• Søvnforstyrrelser</li> <li>• Appetit- og vægtøgning</li> </ul>

### Opmærksomhedspunkter/risikofaktorer for angst

Angste børn kan eksempelvis:

- Være ekstremt velopdraget i skolen og sammen med andre (men ikke nødvendigvis hjemme)
- Stille mange unødvendige spørgsmål og kræve konstant beroligelse
- Komme ude af balance hvis de laver fejl, eller hvis der sker forandringer i rutinen

- Være enspændere, og kun have lyst til at være sammen med få mennesker, de er trygge ved (som kan være ældre eller yngre end dem selv)
- Sjældent svare på spørgsmål og sjældent sige noget af sig selv
- Blive syge, når de skal præstere noget i skolen
- Ikke ønske at deltage i sociale aktiviteter, som f.eks. andre børns fødselsdage
- Klynge sig til forælderen i situationer uden for hjemmet
- Være bekymret for, at "slemme" ting skal ske
- Være bekymret for at gå i skole efter ferier eller måske efter en weekend
- Undgå eller undvige vanskelige eller uvante situationer, fx. ved at finde på undskyldninger eller blive syg
- Miste fatningen, hvis en nær ven ikke er i skole
- Ofte stille spørgsmål af typen: "hvad nu hvis?"
- Være perfektionistiske, fx ved at bruge overdrevent lang tid på lektier
- Have svært ved at sove, tage lang tid om at falde i søvn eller vågne i løbet af natten og have brug for trøst fra forældrene (evt. insisterer på at sove i forældrenes soveværelse)
- Jævnligt have hovedpine eller mavepine
- Være diskuterende, især i forsøget på at undgå en frygtet situation
- Være pessimistiske og have let ved at komme i tanke om ting, der kan gå galt i enhver situation
- Sociale faktorer kan være: social eksklusion, adskillelse og tab, misbrug og vold m.v.
- Strukturelle faktorer kan eksempelvis være: social og kulturel diskrimination, fattigdom, manglende skolegang og/eller støttefunktioner m.v.

### Det kropslige symptom billede og funktionsnedsættelse

Til symptom billedet af målgruppen hører også fysiske/kropslige tegn. Ofte vil fysiske symptomer være lettere for børnene at sætte ord på. De er konkrete og definerbare for selv de mindste børn. De klager i højere grad over fysiske symptomer som ondt i maven eller hovedet.

- Ændret respiration
- Stiv muskulatur – anspændthed – fx i skuldre, kæbe, maveregion
- Kropsholdning – fleksions/ekstensionspræget – slap/anspændt
- Diffuse smerter
- Træthed, energiløshed
- Motorisk og/eller indre uro (fx sitren, flakkende øjne, monotone gentagne små bevægelser)
- Nedsat kropsbevidsthed
- Ondt i mave, kvalme,
- Hjertebanken, svimmelhed, rødmen, rysten, sveden, tørre slimhinder
- Søvnproblemer (fx i indsovnningen eller mange opvågninger)
- Hovedpine
- Åndenød
- Ændret sansning – "hypersensitivitet"
- Ændret appetit/vægt
- Ændret personlig hygiejne
- Grådlabilitet
- Mimikfattig

Funktionsnedsættelse kan fx vise sig som:

- Nedsat motorisk aktivitet – mindre deltagelse i leg og sociale relationer
- Undgåelsesadfærd pga. ubehag ved specifikke sansestimuli – fx berøring som er vigtig for tilknytning, fx høj lyd i store forsamlinger.
- Isolation fx pga. manglende energi, træthed, smerter, kropsligt ubehag
- Forringet eller ikke alderssvarende psykosocialt samspil over længere tid

HØRINGSUDKAST

## Bilag 2 Eksempel på vurdering og udredning

Før en intervention iværksættes bør barnets/den unges problematik undersøges med henblik på at identificere hvilken type vanskeligheder der er tale om, hvorvidt der er tale om ko-morbide eller psykosociale problematikker foruden den specifikke patologi, samt hvordan den specifikke patologi manifesterer sig og vedligeholdes.

Afhængigt af hvor alvorlige barnets/den unges vanskeligheder er (vurderes ud fra tre domæner: 1) specifik patologi, 2) andre komorbide psykiatriske lidelser og 3) det psykosociale område) vil undersøgelse eller udredning finde sted alene i kommunalt regi eller i både kommunalt og psykiatrisk regi.

Undersøgelsen/udredningen vil ligge til grund for vurdering af hvilken type indsats der er behov for. Er der tale om subkliniske eller lette problematikker uden svære øvrige problemer kan Niveau 1 indsatser tilbydes. Er der tale om moderate specifikke patologier uden svære øvrige problemer, eller lette specifikke patologier med svære psykosociale problematikker, kan specialiserede behandlingstilbud i ikke-psykiatrisk regi (indsatstrin 1) være oplagt. Er der tale om svære specifikke patologier og/eller moderate eller svære komorbide problematikker vil en psykiatrisk indsats (indsatstrin 3) typisk være nødvendig. Det er væsentligt at sikre sig, at der ikke er alvorlige, ubehandlede psykosociale problematikker (område 3), som er udløsende og/eller vedligeholdende for angst- eller depressive symptomer. I så fald må disse adresseres forud for henvisning til et psykiatrisk tilbud. Ved betydende komorbiditet (område 2) må man vurdere karakteren af denne. Specifikke eller generelle kognitive vanskeligheder, sprogvanskeligheder og lettere opmærksomhedsforstyrrelser udredes og behandles i kommunalt regi, mens der ved moderate og svære psykiatriske tilstande kan være indikation for henvisning til en psykiatrisk indsats.

Undersøgelser og udredninger bør varetages af fagligt personale som har uddannelse i at vurdere angst og depression hos børn og unge. Resultater fra undersøgelserne bør følge barnet til og fra instanser og mellem niveauer. Det er tovholders ansvar at sikre, at beskrivelser af barnet kommunikeres videre i forbindelse med overgange.

Nedenstående gives eksempler på elementer i undersøgelser og udredninger i hhv. kommunalt og psykiatrisk regi. Undersøgelserne starter ved niveau 1 og bygger derefter ovenpå.

Kommunalt regi	Psykiatri
<b>Indsatstrin 1</b>	
Screening med SDQ	
Symptombeskrivelse på baggrund af relevant spørgeskema målrettet den specifikke patologi f.eks. RCADS eller MFQ	
Beskrivelse af hvornår og hvor symptomer kommer til udtryk	
Beskrivelse af funktionsforstyrrelser indenfor familie, skole, venskaber, at gøre det barnet gerne vil.	
Beskrivelse af vedligeholdende mekanismer	
Beskrivelse af eventuelle udløsende faktorer	

Evt. indhentning af information fra skole/institution	
<b>Niveau 2</b>	
Kognitiv undersøgelse	
Afdækning af specifik patologi og mulig komorbiditet ved brug af kort systematisk interview inspireret af psykiatriske interview	
Afdækning af eventuel komorbiditet som f.eks. specifikke eller generelle kognitive vanskeligheder, sprogforstyrrelser eller lettere opmærksomhedsforstyrrelser	
Afdækning af barnets udviklingshistorie og symptomudviklingen i relation til denne	
Beskrivelse af eksisterende og tidligere indsatser samt disses effekt.	
Evt. observation af barnet i problemfyldt situation	
Evt. skolefaglig vurdering	
Evt. vurdering af barnets somatiske tilstand ved egen læge	
	<b>Niveau 3</b>
	Grundig sygehistorie (standard psykiatrisk anamnese) med inddragelse af relevante parter.
	Medicinsk sygehistorie
	Psykiatrisk interview med barn og/eller forældre med henblik på endelig diagnosticering og afklaring af ko-morbiditet (f.eks. K-SADS eller ADIS-IV eller klinisk psykiatrisk interview)
	Evt. observation af barnet i problemfyldt situation eller ved indlæggelse
	Evt. undersøgelse af somatiske symptomer
	Evt. uddybning med spørgeskemaer af ikke afdækkede områder.

## Bilag 3 Eksempel på graduering af funktionsevnen

Med henblik på at give børn og unge med symptomer på angst og/eller depression den rette indsats på det rette indsatsstrin, kan der foretages en graduering af sværhedsgraden af børnenes/de unges lidelse ud fra den faglige helhedsvurdering af funktionsniveauet. Gradueringen kan give de fagprofessionelle en pejling af, på hvilket indsatsstrin der bør tilbydes barnet/den unge en indsats og kan dermed være en hjælp til at målrette indsatsen ift. barnets/den unges behov. Det er dog vigtigt, at indsatsen over for det enkelte barn/unge altid tilpasses ud fra en individuel vurdering af det barnets/den unges behov.

Gradueringen kan ikke foretages alene ud fra kernesymptomernes sværhedsgrad, men bør også have fokus på børnenes funktionsevnenedsættelse og alder. Der kan eksempelvis foretages en vurdering af funktionsniveauet på en skala gradsinddelt fra I-IV indenfor de tre områder, beskrevet i rækkerne til højre i skema 1 nedenfor:

- Område 1: Symptomer/tegn på angst og/eller depression
- Område 2: Symptomer på anden psykopatologi og
- Område 3: Det psykosociale område: belastninger der kan øge risiko for udvikling af angst og/eller depressionssymptomer samt de problemer som angst eller depressionssymptomer har skabt (se risikofaktorer bilag 1).

Hvert område beskrives uafhængigt af de andre områder på en skala med 4 grader. Grad 1 indikerer relativt få eller ingen vanskeligheder og grad 4 indikerer svær funktionspåvirkning, hvor barnet klart opfylder kriterierne for en psykiatrisk diagnose, eller hvor der er massive familiære eller skolefaglige belastninger, og hvor der typisk vil være behov for intensiv psykiatrisk behandling eller massiv psykosocial eller skolefaglig indsats.

Der må være opmærksomhed på, at mange børn/unge kan have et funktionsniveau, der svinger i graden fra område til område. Børn/unge kan fx have massive angstsymptomer (grad 4), fravær af anden psykopatologi (grad 1) og en moderat påvirket psykosocial funktion (grad 3).

Skema 1

	GRAD 1	GRAD 2	GRAD 3	GRAD 4
<b>OMRÅDE 1</b> <b>Specifik psyko- patologi</b>  Symptomer og tegn på angst og/eller depression	Få symptomer og kort varighed	Flere samtidige symptomer på samme tid i mere end 14 dage og med påvirkning af funktionen.	Mange symptomer med betydelig funktionspåvirkning og/eller suicidal adfærd.  Obs: selvmordstanker og selvskadende adfærd i sammenhæng med depression.	Flere symptomer med betydelig funktionspåvirkning og indsatser er forsøgt uden effekt.  Obs: selvmordstanker og selvskadende adfærd i sammenhæng med depression.
<b>OMRÅDE 2</b> <b>Anden psykisk forstyrrelse</b>  Eksempler: ADHD, autisme spektrum tilstand, spiseforstyrrelse, misbrug, generel mental retardering, psykose	Ingen	Velkompenseret for anden psykisk forstyrrelse	Ikke velkompenseret og betydelig funktionspåvirkning og/eller suicidal adfærd	Forsøgt behandlet uden tilstrækkelig effekt.
<b>OMRÅDE 3</b> <b>Psyriske og/eller sociale belastninger i hjemmet</b>  <b>Skolefaglige og sociale problemer i skolen</b>  Konflikter, tab, traumer, psykisk syge forældre.  Indlæring, lavt kognitivt niveau, mobning, isolati-	Ingen	Milde eller nylige belastninger, der kan være reaktion på barnets symptomer  Milde eller nylige skoleproblemer, der kan være sekundære til angst/depression	Vedvarende belastninger i hjemmet med negative konsekvenser for barnet.  <i>Eksempel: Forældre med tilbagevendende psykisk sygdom</i>  Vedvarende problemer med indlæring, faglig eller social funktion i skolen med negative konsekvenser for	Svære belastninger i hjemmet. Familien er forsøgt aflastet/støttet uden effekt.  <i>Eksempel: Familien ude af stand til at drage tilstrækkelig omsorg for barnet trods intervention.</i>  Vedvarende skoleproblemer er forsøgt afhjulpel uden effekt, og problemerne bidrager til



on, bekymrende fravær fra skolen			barnet.  <i>Eksempel: Tvivl om hvorvidt barnets skoleplacering er hensigtsmæssig</i>	at vedligeholde angst/depression  <i>Eksempel: omfattende eller fuldstændig skolevægring. U hensigtsmæssig skoleplacering.</i>
<b>Eksempel på hjælpeværktøj:</b>  SDQ ( <i>Strengths and Difficulties Questionnaire</i> ), som er et kort standardiseret spørgeskema, der giver mulighed for systematisk at vurdere børn og unges psykiske trivsel og funktion	SDQ kan benyttes til at kvalificere beskrivelsen af barnets vanskeligheder og ressourcer ud fra følgende fem dimensioner: 1. emotionelle vanskeligheder, 2. adfærdsmæssige vanskeligheder, 3. hyperaktivitet og opmærksomhedsvanskeligheder, 4. vanskeligheder i forhold til jævnaldrende, 5. relationelle styrker. Beskrivelserne kan sammenlignes med danske køns- og aldersstandardiserede normer (under udarbejdelse).  For yderligere information om SDQ og danske køns- og aldersstandardiserede normer henvises der til SDQ-DAWBA sekretariatets hjemmeside <a href="http://sdq-dawba.dk/sdq/">http://sdq-dawba.dk/sdq/</a> samt nedenstående korfattede beskrivelse af SDQ.			

Indsatserne målrettes de områder, der vurderes at udgøre kerneproblemerne for barnet/den unge. Det er vigtigt her at nævne, at årsagen til, at forældrene ikke kan varetage barnet trods en indsats, ikke nødvendigvis bundet i sociale problemstillinger, men også kan skyldes, at den anvendte indsats ikke har været god nok eller den rette. Der henvises i øvrigt til bilag 2 for eksempler på elementer i vurderinger/undersøgelser og udredninger i hhv. kommunalt og psykiatrisk regi, herunder hvilke redskaber, der kan anvendes på de forskellige indsatsstrin.

### Indsatsstrin 1

Indsatser på trin 1 vil typisk være målrettet børn/unge med følgende funktionsniveau:

- Grad 1-2 på område 1: symptomer/tegn på angst og/eller depression,
- Grad 1-2 på område 2: anden psykopatologi,
- Varierende grad 1-4 på område 3: psykosociale problemstillinger.

Her er det afgørende, om forældre og fagpersoner føler at kunne tackle de problemstillinger/belastninger, der måtte være indenfor deres rammer fx skolefaglige og/eller sociale problemer i skolen, indlæringsvanskeligheder, skilsmisse, psykisk sygdom på forældresiden m.v.

## **Indsatstrin 2**

Indsatser på trin 2 vil typisk være målrettet børn/unge med følgende funktionsniveau:

- Grad 2-4 på område 1: Specifik patologi,
- Grad 1-2 på område 2: Anden psykopatologi
- Grad 1-4 på område 3: Det psykosociale.

## **Indsatstrin 3**

Indsatser på trin 3 vil typisk målrettet børn/unge med et funktionsniveau:

- Grad 3-4 på område 1: specifik psykopatologi
- Grad 3-4 på område 2: børn/unge med ko-morbiditet
- Grad 1-4 på område 3: psykosociale belastninger, herunder skolefaglige/sociale problemer

## **Beskrivelse af SDQ (Strengths and Difficulties Questionnaire)**

SDQ er et kort standardiseret spørgeskema, der giver mulighed for systematisk at vurdere børn og unges psykiske trivsel og funktion. Det er gennemtestet på verdensplan og oversat til over 70 forskellige sprog og dialekter, herunder dansk.

SDQ er udviklet af professor Robert Goodman fra Institute of Psychiatry Psychology and Neuroscience, Department of Child and Adolescent Psychiatry, King's College London; og den Danske version vedligeholdes i et tæt samarbejde mellem det danske SDQ-DAWBA sekretariat (<http://sdq-dawba.dk/sdq/>) og Robert Goodman.

Herhjemme har SDQ været anvendt i flere store epidemiologiske undersøgelser, i klinisk praksis og til løsning af kommunale opgaver på børn- og unge-området i flere danske kommuner. Der foreligger på nuværende tidspunkt så mange besvarelser af SDQ for danske børn og unge, at det netop har været muligt at beregne danske normtal for førskolebørn, børn i alderen 6-10 år og unge i alderen 11-17 år. Normtallene vil blive publiceret på SDQ-DAWBA sekretariatets hjemmeside <http://sdq-dawba.dk/sdq/>.

## **SDQ belyser både styrker og vanskeligheder hos barnet**

SDQ indeholder 26 – 33 spørgsmål og kan udfyldes på få minutter af forældre, lærere/pædagoger og barnet/den unge selv (fra 11-årsalderen). De første 25 spørgsmål udgør grundstammen om barnets styrker og vanskeligheder, og de fleste svarpersoner kan derfor godt lide at besvare det. Spørgsmålene er formulerede som udsagn, hvor svarpersonen kan vælge at svare ”passer ikke”, ”passer delvis” eller ”passer godt”. Der fokuseres på fem temaer (subskalaer), der hver belyses af fem spørgsmål:

- Følelsesmæssige symptomer
- Adfærdsmæssige symptomer
- Hyperaktivitet/opmærksomhedsvanskeligheder
- Vanskeligheder i forhold til jævnaldrende
- Sociale styrkesider

## **Fokus på trivsel og funktion i hverdagen**

De forskellige temaer og subskalaer gør det muligt at få belyst vanskeligheder på mange niveauer. F.eks. kan alvorlige problemer opfanges også selvom de manifesterer sig ved nogle få symptomer, der til gengæld er forbundet med udtalt påvirkning af funktionen. Hvis svarpersonen vurderer (spørgsmål 26), at der samlet set er tale om vanskeligheder, spørges der også om påvirkningen (spørgsmål 27-33) i form af subjektiv belastning og nedsat funktion hjemme, i skolen og blandt kammerater.

## **Spørgeskemaet er målrettet forskellige aldersgrupper og informanter**

SDQ spørgsmålene er indholdsmæssigt identiske uanset aldersgruppe og svarperson, men ordlyden i skemaet er tilpasset til efter barnets alder og svarpersonen således at det opleves relevant for alle. Derfor findes der flere versioner målrettet småbørn, skolebørn og unge, og for hver version findes en udgave til hver af de forskellige svarpersoner (forældre, lærer(pædagog, den unge selv). Se Brugervejledning for SDQ. Endelig findes der særlige versioner til systematisk opfølgning af en indsats.

## **SDQ er vel-valideret videnskabeligt**

En lang række studier fra hele verden har dokumenteret SDQ's gode psykometriske egenskaber som en første, let gennemførlig vurdering af børns og unges psykiske trivsel og funktion. Sensitiviteten af SDQ for identifikation af mentale helbredsproblemer øges, når det besvares af flere informanter, men den unges eller barnets forældres svar kan godt stå alene, især når det gælder identifikation af emotionelle problemer, mens sensitiviteten for adfærdsvanskeligheder stiger med information fra både forældre og lærer. Et dansk studie (CCC2000, in submission) har vist at SDQ også kan identificere børn i førskolealderen (5-6 år) som har øget risiko for en senere udvikling af egentlig psykisk sygdom.

## Bilag 4 Resultater fra skolebørnsundersøgelserne

Hvert fjerde år gennemføres Skolebørnsundersøgelserne, som er det danske bidrag til det internationale forskningsprojekt *Health Behaviour in School-aged Children – a WHO cross national survey*. Siden 2002 har Skolebørnsundersøgelsen indeholdt spørgsmål vedrørende børnenes mentale sundhed og oplevet psykisk trivsel.

Undersøgelserne blev gennemført første gang i 1984 og senest i 2014 [17]. Ved den seneste undersøgelse har ca. 4500 elever fra 5. til 9. klasse besvaret. De fordeles i tre aldersgrupper: 11, 13 og 15-årige. Siden 2002 har Skolebørnsundersøgelsen indeholdt spørgsmål vedrørende børnenes mentale sundhed og oplevet psykisk trivsel.

Ca. en femtedel af de 11-15-årige skolebørn har alvorlige problemer med psykisk mistrivsel, som er de negative sider af begrebet mental sundhed [18].

Mental sundhed er defineret ved to kategorier: *en oplevelse af velbefindende* (fx livsglæde og selvværd) og *en funktion*, dvs. hvordan man fungerer i relation til sig selv og andre. *Velbefindende* er belyst gennem spørgsmål vedr. psykiske symptomer, livstilfredshed, kropsopfattelse, ensomhed og selvværd. Den *funktionelle dimension* er belyst ved spørgsmål vedr. self-efficacy og social kompetence.

De fleste elever som deltager i undersøgelsen udtrykker moderat til høj livstilfredshed. Drengene scorer højere end pigerne, og der er en tendens til at pigernes livstilfredshed falder med alderen. Generelt er niveauet for livstilfredshed faldet siden den første måling i 2012. Et stort mindretal har problemer med kropsopfattelsen; det generelle billede er, at pigerne føler sig for tykke og drengene føler sig for tynde. Ensomhed er relativt udbredt: 7 % føler sig ofte eller meget ofte ensomme. Andelen af børn som føler sig ensomme har været stigende de seneste 20 år. Vedr. spørgsmålene om selvværd svarer mindre end halvdelen af de 13-15-årige piger positivt på spørgsmålene.

De fleste børn svarer positivt på spørgsmålene omkring mental sundhed, men der er et relativt stort mindretal som udtrykker problemer med lav livstilfredshed, oplevelsen af at kroppen er forkert, ensomhed og manglende tro på egne kompetencer [19].

Der findes gentagne undersøgelser af børne- og ungepopulationen fra England (13-16). De har påvist flere interessante tidstrends: Den samlede psykiske sygelighed er faldet i perioden 1999–2008 for børn i førskolealderen (16); mens forekomsten af emotionelle problemer blandt unge er fordoblet (13). Stigningen i de unges emotionelle problemer gælder for angst og depressive symptomer af alle sværhedsgrader, hvilket taler imod, at stigningen kan forklares alene ved en ændret tærskel for selvrapportering af problemer. En del af stigningen i unges emotionelle problemer ser ud til at være forbundet med en øget forekomst af psykiske helbredsproblemer hos forældrene (14) samt ophobningen af sociale risikofaktorer blandt lavindkomstfamilier (15).

## Bilag 5 Medlemslister for arbejds- og referencegruppen

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

### Sundhedsstyrelsen

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

### Referencegruppen

- 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 selvskade og spiseforstyrrelser
- Susanne Bang Dahl, Børnerådet
- Susse Kolster, KL
- Torsten Bjørn Jacobsen, Dansk Psykiatrisk Selskab
- Ulla Skall, Undervisningsministeriet

Sundhedsstyrelsen:

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

## Bilag 6 Kommissorium for Arbejdsgruppe vedr. forløbsprogram for børn og unge med angst/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 sygehus, 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:

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 repræsentanter
Dansk Psykiatrisk Selskab	1 repræsentant
Dansk Psykolog Forenings selskab for Psykopatologi for børn og unge (SPBU)	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

Desuden nedsættes en overordnet referencegruppe 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.

## Bilag 7: Model for graduerede indsatser for børn og unge med psykiske lidelser

Indsatsniveauer	Fokus	Sundhedsfaglig indsats	Socialfaglig indsats
<b>Alment forebyggende indsats</b>  Alle børn	<b>Tidlige tegn på mistrivsel</b>  Trivsel, adfærd og socialt samspil	Der gives generel viden/information af regioner/kommuner om tidlige tegn på mistrivsel og psykisk lidelse til forældre og relevante fagprofessionelle mhp. at kunne reagere på bekymring om mistrivsel	<b>Forebyggende indsats</b>  Systematisk opsporing af børn i mistrivsel generelt  Almene tilbud gøres tilgængelige. Måltrettet arbejde med sociale kompetencer
<b>Tidlig indsats (trin 1)</b>  Børn der vurderes at være i risikogruppe og udviser tidlige tegn på psykisk lidelse	<b>Tidlige tegn på psykisk lidelse</b>  Tidlige tegn på symptomer på psykisk lidelse	Helhedsvurdering af symptomer og funktion af kommunal eller privatpraktiserende fagperson  Kognitiv adfærdsterapeutisk behandling af kommunal eller privatpraktiserende fagperson  Vurdering og behandling varetages af kommunal eller privatpraktiserende fagperson med relevant kompetence og viden, med inddragelse af andre relevante fagprofessionelle	<b>Foregribende indsats</b>  Indsatser der er målrettet barnet, familien og institution. Fokus på at identificere risikofaktorer og styrke beskyttende faktorer hos personen selv og nærmeste netværk/omgivelser
<b>Uddybende vurdering og indsats (trin 2)</b>  Børn der er i højrisiko, har mange symptomer og nedsat funktionsevniveau. Børn som ikke profiterer af indsatser på tidligere interventionsniveau eller børn, der ikke er opsporet på et tidligere tidspunkt, men hvor intervention på trin 2 matcher graden af deres problemudvikling	<b>Betydelige og længerevarende tegn på psykisk lidelse og mange symptomer</b>  Betydelige og længerevarende tegn på psykisk lidelse	Vurdering af eller privatpraktiserende fagperson, evt. med rådgivning fra børne- og ungdomspsykiatrien til kommunen  Indsatser i forhold til den sygdomsspecifikke psykopatologi: Kortvarig psykoterapeutisk indsats ved kommunal eller privatpraktiserende fagperson	<b>Indgribende indsatser</b>  Indsatser målrettet det enkelte barn/ung med alvorlige vanskeligheder
<b>Udredning, diagnostik og behandling (trin 3)</b>  Børn med sammensatte problemstillinger, fortsat nedsat funktionsniveau, svære symptomer og/eller børn i alvorlig mistrivsel	<b>Komplekse problemstillinger eller klare symptomer på svær psykisk lidelse</b>  Udredning og diagnostik	Udredning og diagnostisk vurdering i børne- og ungdomspsykiatrien med inddragelse af relevante fagprofessionelle  Ambulant /døgnbaseret behandling i børne- og ungdomspsykiatrien: Intensiverede indsatser i forhold til den sygdomsspecifikke psykopatologi og dertil evt. medicinsk behandling.  Behandlingen varetages med inddragelse af rele-	

		<p>vante fagprofessionelle</p> <p>Formidling af fund og formulering af anbefalinger til socialfaglig indsats til forældre og kommune og/eller almen praksis og</p>	
<p><b>Opfølgning og rehabilitering (trin 4)</b></p> <p>Børn der har behov for at vende tilbage til hverdagslivet efter endt behandling</p>	<p><b>Tilpasning til hverdagslivet</b></p> <p>Fastholdelse af trivsel og funktionsniveau</p>	<p>Opstilling af målsætninger og anbefalinger af den behandlingsansvarlige psykolog eller psykiater</p> <p>Relevant sundhedsfaglig opfølgning, herunder genoptræning ved ergo- eller fysioterapeut opfølgning af medicin i almen praksis o.l. Koordination ift. socialfaglig indsats</p>	<p>Den opfølgende socialfaglige indsats tilrettelægges efter det enkelte barns behov og kan både have <i>foregribende</i> og <i>indgribende</i> karakter</p>

HØRINGSUDKAST