



SUNDHEDSSTYRELSEN

FORLØBSPROGRAM FOR BØRN OG UNGE MED  
SPISEFORSTYRRELSE - HØRINGSUDKAST 24.09.2017

2017

# Indhold

## Indhold 2

<b>1</b>	<b>Introduktion</b>	<b>4</b>
1.1	Formål	4
1.2	Baggrund	4
1.3	Forløbsprogram som redskab	4
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	Afgrænsning af målgruppen	7
2.2	Karakteristik, symptomer og kendetegn	7
2.3	Målgruppens demografi	9
<b>3</b>	<b>Samarbejde og koordination</b>	<b>10</b>
3.1	Planlægning af forløb	10
3.2	Faktorer i vurderingen af barnet/den unge	10
3.3	Fælles målsætninger understøtter sammenhæng i forløb	11
3.4	Koordinering af forløb med parallelle og samtidige indsatser	11
3.5	Integreret samarbejde	12
3.6	Overgange	13
<b>4</b>	<b>Alment forebyggende indsatser</b>	<b>15</b>
4.1	Hvorfor alment forebyggende indsatser	15
4.2	Generelt om risikofaktorer	15
4.3	Handlemuligheder i forhold til mistrivsel	16
<b>5</b>	<b>Faglige indsatser og organisering</b>	<b>17</b>
5.1	Graduerede indsatser	17
5.2	Et helhedsorienteret perspektiv på forløbet	18
5.3	Tidlig indsats – trin 1	19
	Faglige indsatser	20
5.4	Uddybende vurdering og indsats (trin 2)	21
	Faglige indsatser	22
5.5	Udredning, diagnostik og behandling (trin 3)	23

Faglige indsatser	23
5.6 Opfølgning og rehabilitering - trin 4	24
Faglige indsatser	24
<b>6 Implementering og opfølgning</b>	<b>25</b>
6.1 Forudsætninger for vellykket implementering	26
6.1.1 Tværsektorielt/tværgående samarbejde	26
6.1.2 Plan for implementering	26
6.1.3 Kompetenceudvikling	26
6.1.4 Monitorering	27
6.2 Opfølgning	27
6.3 Revision af forløbsprogrammet	27
<b>7 Referencer</b>	<b>28</b>
<b>Bilagsoversigt</b>	<b>29</b>
Bilag 1	29
Bilag 2	34
Bilag 3	38
Bilag 4	38
Bilag 5	40
Bilag 6	40
Bilag 7	41

# 1 Introduktion

## 1.1 Formål

Formålet med forløbsprogrammet for børn og unge med spiseforstyrrelse er at understøtte regioner, kommuner og almen praksis' samarbejde om en sammenhængende og koordineret indsats til børn og unge med spiseforstyrrelse, 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 spiseforstyrrelse 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):

*(grafer tilføjer 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 spiseforstyrrelser. Forløbsprogrammet for børn og unge med spiseforstyrrelse 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, Socialstyrelsens centrale udmelding for borgere med svære spiseforstyrrelser (2015), Socialstyrelsens nationale retningslinjer for rehabilitering til borgere med svære spiseforstyrrelser (2015), samt Sundhedsstyrelsens anbefalinger for organisation og behandling (2005), Sundhedsstyrelsens nationale kliniske retningslinjer for behandling af anorexia nervosa (2016) og nationale kliniske retningslinjer for behandling af moderat til svær bulimi (2015).

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

## 1.6 Lovgrundlag

Indsatser til børn og unge med spiseforstyrrelse 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: [http://klk.kl.dk/ImageVaultFiles/id\\_77208/cf\\_202/Myndighed\\_med\\_momentum.PDF](http://klk.kl.dk/ImageVaultFiles/id_77208/cf_202/Myndighed_med_momentum.PDF)

## 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 forløbeprogrammer og eventuelt suppleret med diagnosespecifikke bemærkninger, hvor det er fagligt relevant.)*

## 2 Forløbsprogrammets målgruppe

### 2.1 Afgrænsning af målgruppen

Forløbsprogrammet retter sig mod børn og unge fra cirka 8. år til og med det fyldte 17. år, som mistænkes for at have en spiseforstyrrelse eller som er blevet diagnosticeret med en spiseforstyrrelse i henhold til ICD-10 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 1992). Spiseforstyrrelser indbefatter:

- Anoreksi/anorexia nervosa (AN) (F50.0)
- Atypisk anoreksi/anorexia nervosa atypica (atypisk AN) (F50.1)
- Bulimi/bulimia nervosa (BN) (F50.2)
- Atypisk bulimi/bulimia nervosa atypica (atypisk BN) (F50.3)
- Andre uspecificerede spiseforstyrrelser (F50.8-9)

Under uspecificerede spiseforstyrrelser indgår også binge eating disorder (BED), der er inkluderet som en selvstændig diagnose i det amerikanske diagnosesystem DSM-5 (The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 2013). BED forventes at blive inkluderet i den kommende reviderede udgave af ICD (ICD-11). Her vil de diagnostiske kriterier og diagnosekoderne for spiseforstyrrelser ligeledes blive ændret (forventet til AN 6C10; BN 6C11; BED 6C12). De diagnostiske kriterier for AN og BN, samt DSM-kriterier for BED, er anført i bilag 3 (ICD-10/DSM-5).

Forløbsprogrammets nedre aldersgrænse på cirka 8 år skyldes, at spiseforstyrrelser som AN, BN og BED, som dette forløbsprogram retter sig mod, kun ekstremt sjældent debuterer tidligere. Behandlingskrævende spiseproblemer i spæd- og småbarnsalderen omfatter således typisk en helt anden gruppe børn end dem der i barne- og ungdomsårene udvikler AN, BN og BED.

Forløbsprogrammet omfatter børn og unge med en spiseforstyrrelse af forskellig sygdomsvarighed og sværhedsgrad. Således omfatter forløbsprogrammet ikke kun børn og unge med en hospitalsdiagnosticeret spiseforstyrrelse, men også børn og unge med tydelige tegn på begyndende spiseforstyrrelse.

### 2.2 Karakteristik, symptomer og kendetegn

Spiseforstyrrelser forekommer i alle sociale lag og etniske grupper (Landsforeningen mod spiseforstyrrelser og selvskade). De specifikke årsager til hvorfor nogle personer rammes af en spiseforstyrrelse kendes ikke til bunds. Spiseforstyrrelser anses for at være multifaktorielt betingede sygdomme, hvor en række disponerende, udløsende og vedligeholdende faktorer menes at kunne medvirke til udviklingen. Således spiller både kulturelle, sociale, psykologiske, biologiske og genetiske faktorer formentlig en rolle i udviklingen af en spiseforstyrrelse. Eksempler på kendte risikofaktorer til udviklingen af en spiseforstyrrelse kan være at en (eller begge) forældre har/har haft en spiseforstyrrelse, overvægt i barndommen eller i familien med deraf følgende

diætaadfærd, vanskeligheder i socialt samspil, kulturelt relateret tyndhedsideal, fysiske sygdomme med behov for kostkontrol (f.eks. diabetes) eller tab og traumer i barndommen. Endvidere har en større undersøgelse fra 2017 vist at arv (genetisk disposition) spiller en rolle ved AN, men undersøgelsen understøtter samtidig en kompleks og multipel årsagssammenhæng (Duncan et al., 2017). Det er vigtigt at understrege at den generelle årsagsmæssige rækkefølge i forhold til risikofaktorer er uafklaret.

Symptomerne og andre kendetegn ved spiseforstyrrelser kan være opmærksomhedspunkter for centrale aktører i barnets/den unges hverdag i forhold til tidlig opsporing. Sammenfattende vil de første synlige tegn på en spiseforstyrrelse hos et barn/en ung ofte være et ændret forhold til mad og spisning, et overdrevent fysisk aktivitetsniveau og 'sundhedsadfærd'. Desuden vil barnets/den unges forhold til familie, venner, skole, fritidsaktiviteter m.v. typisk blive påvirket med begyndende isolation og undgåelsesadfærd (herunder omkring måltider). Ofte vil hele familien efterhånden blive påvirket og involveret i barnets/den unges forstyrrede adfærd og typisk er familien under massivt pres fra spiseforstyrrelsen når denne erkendes. Det er vigtigt at være opmærksom på både psykologiske såvel som fysiske og adfærdsmæssige symptomer, da det er *det samlede symptombillede*, som bør give anledning til skærpet faglig opmærksomhed på tidlig opsporing af en spiseforstyrrelse.

Symptombilledet for spiseforstyrrelser kan ændre sig over tid, også betegnet som *cross over*, mellem de forskellige spiseforstyrrelsesdiagnoser. Dette ses eksempelvis mellem typisk og atypisk AN eller BN men kan ligeledes forekomme i form af udvikling fra AN til BN (direkte eller efter en periode med tilbagefald) eller i sjældnere tilfælde fra BN til AN.

I det følgende vil en række centrale symptomer, som kan forekomme hos børn og unge med begyndende eller reel spiseforstyrrelse, blive beskrevet. En mere vejledende oversigt over de psykologiske, fysiske, og adfærdsmæssige symptomer og opmærksomhedspunkter er anført i bilag 4. Der kan i øvrigt henvises til de nationale kliniske retningslinjer for AN (Sundhedsstyrelsen 2016) og BN (Sundhedsstyrelsen 2015).

### Anoreksi

AN er kendetegnet ved lavvægt opnået ved vægttab eller mangelfuld vægtøgning hos børn og unge. Endvidere er lidelsen kendetegnet ved nogle centrale psykologiske symptomer, som omfatter forvrænget kropsopfattelse hvor kroppen opleves som stor på trods af den lave kropsvægt, fedtfobisk adfærd hvor barnet/den unge undgår fedende (reelt eller indbildt) fødeemner samt overdrevent optagethed af mad og vægt. I forbindelse med AN ses restriktive spisevaner, slankekur og/eller faste, overdreven fysisk aktivitet eller motorisk uro, hyppig vejning og endvidere kan opkastning eller anden form for udrensende adfærd forekomme. Blandt de mest synlige tegn på AN ses afmagring ofte i kombination med kolde og evt. rød-blå fingre/tær.

### Bulimi

BN er kendetegnet ved overspisningsanfald ledsaget af kontroltab hvor en større mængde mad indtages sammen med en oplevelse af at have mistet kontrollen over spisningen. Overspisningsanfald er efterfulgt af kompenserende adfærd som eksempelvis opkastninger og/eller brug af afføringsmidler/vanddrivende medicin. Endvidere er lidelse kendetegnet ved psykologiske symptomer, såsom utilfredshed med krop, sygelig overoptagethed af for stor kropsform, fedmeangst



og slankhedsstræben. Ved BN kan endvidere ses perioder med faste og/eller overdreven fysisk aktivitet mellem overspisningerne. Optagethed af mad og vægt samt stor skamfølelse over den manglende kontrol over spisning optræder ofte ved BN. Det kan være svært at opdage BN da denne patientgruppe typisk skjuler overspisningsanfaldene og ofte er normalvægtige.

### Binge eating disorder

BED er kendetegnet ved overspisningsanfald med kontroltab men uden efterfølgende kompenserende adfærd. Der ses øget optagethed af mad, diæt og vægt samt indkøb til og planlægning af overspisninger. Kaotiske spisemønstre med strenge normer og regler for, hvad der må spises ses endvidere ofte ved BED dog uden at disse normer overholdes. Blandt de psykologiske symptomer på BED er lavt selvværd, skamfølelse over den mangelfulde kontrol over spisning samt utilfredshed med egen krop.

De atypiske spiseforstyrrelser ligner de typiske spiseforstyrrelser men opfylder ikke fuldt ud de diagnostiske kriterier for AN eller BN. Sværhedsgrad og kompleksitet ved de atypiske spiseforstyrrelser kan dog alligevel være stor.

## 2.3 Målgruppens demografi

### Forekomst af spiseforstyrrelse hos børn og unge

Det er vanskeligt at sige noget helt sikkert om, hvor mange børn og unge der lider af en spiseforstyrrelse i Danmark, men ifølge data fra landspatientregistret var der i 2016 registreret 2551 tilfælde af børn og unge (0-18 år), med diagnosen spiseforstyrrelse inden for de forudgående 5 år; i 2016 var der registreret 609 incidente tilfælde af antal børn og unge, med diagnosen spiseforstyrrelse. (*Bilag med opdaterede data følger, herunder data fordelt på regionsniveau*). Til sammenligning var der i 2005, 600 tilfælde af børn og unge med spiseforstyrrelse, mens der i 2011 var knap 1000 tilfælde (LPR i Regeringens Udvalg om Psykiatri 2013). Der er formodentlig flere forhold, som bidrager til denne stigning. Herunder ændring i indikationskriterier for henvisning til specialiseret behandling (flere børn og unge henvises tidligere), udvidelse af kapaciteten i den regionale børne- og ungdomspsykiatri og øget opmærksomhed på opsporing og diagnostik (Regeringens Udvalg om Psykiatri 2013).

En dansk registerundersøgelse fra 2014 fandt at livstidsforekomsten (0-50 år) af diagnosticerede spiseforstyrrelser var 3% (heraf 0,89% for AN) blandt kvinder og 0,2% blandt mænd (Pedersen et al 2014). Det er endvidere værd at bemærke at de fleste spiseforstyrrelser debuterer inden det fyldte 18. år og børn og unge (og specielt unge piger) udgør således en særlig risikogruppe. Endvidere tyder befolkningsundersøgelser på at forekomsten af spiseforstyrrelser er langt højere end hvad man kan se ud fra hospitalsdiagnosticerede tilfælde (registre), og der er formentlig store mørketal mht. spiseforstyrrelser hos såvel piger/kvinder som drenge/mænd. Forekomsten kan derfor reelt være en del større (Keski-Rahkonen & Mustelin 2016).

### Forekomst af andre psykiske lidelser

Der er som nævnt en høj forekomst af andre psykiske sygdomme hos personer med spiseforstyrrelser enten før udviklingen af en spiseforstyrrelse eller samtidig med spiseforstyrrelsen. Hos

børn og unge med en spiseforstyrrelse ses især en høj forekomst af depressive symptomer, angst, OCD og eventuelt selvskadende adfærd. Endvidere ses der en overhyppighed af tilstande indenfor autisme spektret (Rhind et al., 2014, Westwood, Heather and Kate Tchanturia 2017) og der synes at være en øget forekomst af ADHD-symptomer blandt børn og unge med BN (Nazar et al., 2016). I den ældre del af ungegruppe ses endvidere til tider begyndende tendens til udvikling af en personlighedsforstyrrelse.

### 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 spiseforstyrrelse 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.

#### 3.2 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 helhedsvurde-

ring af barnet, fx ICS eller ICF-CY<sup>1</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.

### 3.3 Fælles målsætninger understøtter sammenhæng i forløb

Det er væsentligt, at indsatsen til børn og unge med spiseforstyrrelse 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 5). Børn og unge med spiseforstyrrelse kan have flere sideløbende handleplaner, som bør koordineres med henblik på et sammenhængene forløb mellem sektorer.

### 3.4 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.

---

<sup>1</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)

### 3.5 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-psykisk/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 bør 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 på en tovholderfunktion på de fire indsatstrin 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.

### 3.6 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 vide-

regående 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>2</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 bør 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 spiseforstyrrelse, der fylder 18 år, bør 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 kon-

<sup>2</sup> Teilmann G, Boisen K. Unge patienter kræver særlig opmærksomhed. Ugeskrift for Læger 2013; 175:1942-45



krete 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 været 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 indsatser

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 har gode 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.

### 4.2 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.

### 4.3 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 supervisionsfora, 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 psykisk lidelse fx spiseforstyrrelse

### 5.1 Graduerede indsatser

Indsatserne er beskrevet som graduerede indsatser 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.

Modellen for graduerede indsatser i bilag 6 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 Sundhedsstyrelsens anbefalinger for organisation og behandling af spiseforstyrrelser findes en oversigt over vejledende kriterier for valg af indsats (Sundhedsstyrelsen 2005, tabel 2.1 og tabel 2.2.). Oversigten viser hvilke elementer, man som fagprofessionel bør være opmærksom på i vurderingen af barnet/den unge. Oversigten forholder sig til anoreksi og bulimi, men ikke BED, selvom denne diagnosegruppe givetvis også har forskellige

sværhedsgrader (Sundhedsstyrelsen 2005). Som hovedregel bør indsatsens intensitetsniveau øges relativt hurtigt, såfremt der sker forværring, til trods for en indsats af lavere intensitet. Intensitetsniveauet bør desuden øges, hvis barnet/den unge ikke oplever bedring af den diagnosticerbar spiseforstyrrelse på et lavere intensitetsstrin indenfor en rimelig tidsramme af eksempelvis nogle måneders varighed.

I kommunalt regi arbejdes med tre indsatsniveauer alt efter hvilke problemstillinger, niveauerne 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.

## 5.2 Et helhedsorienteret perspektiv på forløbet

Som beskrevet i kapitel 3 om målgruppen, opstår eller udvikler en spiseforstyrrelse 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 spiseforstyrrelse 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.

Socialstyrelsen har defineret en række afgørende faktorer for specialiseret rehabilitering, og som med fordel kan inddrages i det tværfaglige og tværsektorielle samarbejdet mellem fagprofessionelle (Socialstyrelsen 2015). Faktorerne omfatter blandt andet:

- At indsatser og tilbud bygger på aktuelt bedste viden
- At indsatser og tilbud er organiseret som et tværfagligt, koordineret og sammenhængende forløb
- At involverede fagprofessionelle har særlige og specialiserede kompetencer

Iværksættelse af indsatser forudsætter, at der forinden er foretaget en faglig relevant og helhedsorienteret vurdering/undersøgelse og/eller diagnosticering af barnet/den unge. Vurderingen kan ske på baggrund af lav kropsvægt, målt hos egen læge eller sundhedsplejerske, og ved hjælp af standardiserede spørgeskemaer til screening af spiseforstyrrelse f.eks. EAT-26, EDE-Q, eller EDI-3.

### Eksempel til inspiration for indsatstrin:

#### Region Midtjyllands samarbejdsmodel for indsatstrin

- Forebyg før spiseforstyrrelsen opstår via information og opmærksomhed

- Opspor tidligt så spiseforstyrrelsen ikke udvikler sig via hurtig indsats ifht. den enkelte borger, der udviser risikoadfærd
- Behandl med helhedsorienteret afsæt via effektiv kommunikation og fælles plan mellem borgere, kommune og region
- Hold fast, når spiseforstyrrelsen er trængt i baggrunden via vedholdende fokus og rehabiliterende indsats for den enkelte

For yderligere information om modellen, se: (*reference følger*)

### 5.3 Tidlig indsats – trin 1

Det anbefales på indsatsstrin 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 rammer, som børn og unge med spiseforstyrrelser har behov for. Det kan fx ske gennem undervisning og supervision, der kan forestås af fagprofessionelle med relevante kompetencer, og ansvaret aftales lokalt
- at børne- og ungdomspsykiatrien tilbyder børne- og ungdomspsykiatrisk vurdering og rådgivning til rådighed til fagprofessionelle i kommunen og almen praksis

Indsatsstrin 1 adskiller sig fra den alment forebyggende indsats ved, at der sættes ind, når et barn/en ung med potentiel spiseforstyrrelse er identificeret for eksempel med afsæt i de risikofaktorer, som er nævnt i kapitlet om målgruppen. Det er vigtigt at være opmærksom på både psykologiske såvel som fysiske og adfærdsmæssige symptomer, da det er det samlede symptom-billede, som bør give anledning til skærpet faglig opmærksomhed på tidlig opsporing af en spiseforstyrrelse.

Formålet med indsatsen er at færre børn og unge udvikler en moderat/svær spiseforstyrrelse, fordi der sættes hurtigt ind i hvert tilfælde hvor der opleves risikoadfærd fx forældre, kommunen eller almen praksis. Formålet består også i at indsatsstrinet øges til trin 2 eller 3 rettidigt, så/de rette indsatser igangsættes og at de personer, der er omkring barnet/den unge i højere grad aktiveres i indsatsen fx hvis der identificeres komorbiditet. Den del er vigtig at undersøge, idet det kan have stor betydning/konsekvens for hvordan behandlingen bør tilrettelægges og i sidste ende om formålet med forløbet opnås.

Ofte er det en forælder eller for eksempel en lærer/pædagog i skole, fritidshjem, SFO eller klub, der første gang bemærker, at et barn har vanskeligheder - enten hjemme, og/eller i institutionen og/eller i skolen. Når bekymringen for barnets udvikling og trivsel er opstået, bør barnet vurderes af kommunen hos eksempelvis PPR eller anden funktion med kompetence til at afdække mulige symptomer og funktionsevneniveauet hos barnet. PPR eller lignede funktion bør efter vurderingen af barnet støtte forældre, lærere og pædagoger i den videre håndtering af barnets vanskeligheder. Ofte kan et tæt samarbejde mellem forældrene og personalet i barnets, skole, fritidshjem, SFO eller klub hjælpe med at løse problemer i barnets/den unges hverdag. I andre situationer kan det være nødvendigt at involvere andre parter.

Indsatsen på trin 1 tilbydes typisk i kommunen og vil primært bestå af brede og kortvarige eller lavintensive interventioner tæt på barnets dagligdag hjemme, og/eller i institutionen og/eller i skolen.

Det er vigtigt, at indsatser på trin 1 gøres så kortvarige som muligt, dvs. hvor de fagprofessionelle hele tiden og med korte tidskader evaluerer indsatsens effekt. Hvis ikke der opnås effekt, bør der viderehenvises til psykiatrien fx via almen praksis. På samme måde bør der hurtigt viderehenvises til psykiatrien, hvis der identificeres komorbiditet.

Det er derfor hensigtsmæssigt på dette niveau, at kommunale fagprofessionelle og almen praksis har adgang til børne- og ungdomspsykiatrisk vurdering og rådgivning, fx via kontaktpersoner i børne- og ungdomspsykiatrien, privatpraktiserende børne- og ungdomspsykiatere eller pædiatere (se desuden kapitel 2 om samarbejde).

### Faglige indsatser

I kommunalt regi arbejdes der eksempelvis med (Socialstyrelsen 2015):

- Borgerinddragelse og motiverende tilgang
- Familieintervention
- Måltidsstøtte og spisetræning
- Netværksintervention
- Træning af dagligdagskompetencer for udeboende børn
- Træning af psykologiske kompetencer
- Træning af sociale kompetencer
- Fritidsaktiviteter
- Skole-, uddannelses- eller arbejdsrettet indsats
- Vejlede af forældre om muligheder for lønkomensation
- Opmærksomhed på undersøgelse af komorbiditet (almen praksis)

Almen praksis kan eksempelvis foretage vægtkontrol og somatisk vurdering.

Igangsættes et forløb, udarbejdes en plan herfor, der med fordel kan tages 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, uddannelsesplan og/eller en regional behandlingsplan.

### Eksempler til inspiration:

#### Tværkommunale task-forces i Region Midtjylland

I 2017 har Region Midtjylland og de to kommuner i fællesskab udarbejdet en samarbejdsmodel for børn og unge i alderen op til 18 år, som er ramt af en moderat til svær spiseforstyrrelse. Modellen bygger på best practice erfaringer fra samarbejdet mellem regionen og de tilhørende kommuner, og tager udgangspunkt i en fælles forståelse af specialiserede rehabiliteringstilbud og indsatser.

Som en del af samarbejdsmodellen skal der etableres tværkommunale task-forces med relevante kompetencer og viden om specialiserede tilbud og indsatser til børn og unge med moderat til svær spiseforstyrrelse.

Formålet med de tværkommunale task-forces er at sikre de nødvendige kompetencer til både rådgivning og vejledning til særligt de mindre kommuner i Region Midtjylland – samt tilstedeværelsen af de nødvendige kompetencer hos relevante medarbejdere i forhold til at kunne levere de relevante indsatser på kompetent vis.

Task-forcens rådgivning og vejledning skal bidrage til dels at udstikke overordnede guidelines, dels (i samarbejde med den enkelte kommune) at aftale konkrete udføreropgaver som f.eks. måltidsstøtte eller sparring i forbindelse med familie- og pårørendestøtte.

Hver task-force bemandes af kommunale videns- og kompetencepersoner fra en eller flere kommuner i det område, som task-forcen skal dække. hvilke kompetencer, som de fagprofessionelle bør besidde for at indgå i arbejdet, er formuleret yderligere i selv samarbejdsmodellen.

#### Tværfaglig gruppe i Sønderborg kommune

Sønderborg kommuner har etableret en tværfaglig gruppe, der yder terapeutiske forløb (*udbygges senere*).

## 5.4 Uddybende vurdering og indsats (trin 2)

Det anbefales på indsatsstrin 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 spiseforstyrrelse

- |  |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• at børne- og ungdomspsykiatrien tilbyder børne- og ungdomspsykiatrisk vurdering og rådgivning til rådighed til fagprofessionelle i kommunen og almen praksis</li></ul> |
|--|

Trin 2 vil oftest omfatte ambulant hospitalsbaseret indsats i parallelt samarbejde med kommunen om forløbet. Rehabilitering i kommunen startes derfor parallelt med behandlingen, når det giver fagligt mening.

Et afgørende mål i den *ambulante* behandling er, at forløbet foregår ud fra en helhedsorienteret forståelse og effektiv kommunikation mellem familien, netværk, kommune og region.

Det er derfor hensigtsmæssigt på dette niveau, at børne- og ungdomspsykiatrien tilbyder børne- og ungdomspsykiatrisk vurdering og rådgivning til rådighed til fagprofessionelle i kommunen og almen praksis fx via kontaktpersoner i børne- og ungdomspsykiatrien, privatpraktiserende børne- og ungdomspsykiatere eller pædiatere.

Samarbejdet om forløbet kan understøttes af en fælles, koordinerende indsatsplan (jf. trin 1, Socialstyrelsen 2015).

### Faglige indsatser

På indsatsstrin 2 sættes der ind med behandlingskrævende ambulante indsatser. Behandlingsindsatser startes parallelt og/eller koordineres med indsatser/tilbud i kommunen. Det anbefales derfor at region og kommune rådgiver/sparrer med hinanden omkring forløbet.

I regionalt regi arbejdes der eksempelvis med (Sundhedsstyrelsen 2005, Sundhedsstyrelsen 2015, Sundhedsstyrelsen 2016):

- Udredning og behandling, herunder vægtkontrol
- Familiebaseret behandling (Family Based Threatment, FBT)
- Anden psykoterapeutisk behandling, herunder
  - Kognitiv adfærdsterapi
  - Kropsterapi
- Måltidsstøtte og spisetræning
- Rådgivning til kommune og/eller almen praksis

I kommunalt regi arbejdes der eksempelvis med (Socialstyrelsen 2015):

- Borgerinddragelse og motiverende tilgang
- Familieintervention,
- Måltidsstøtte og spisetræning
- Netværksintervention
- Træning af dagligdagskompetencer for udeboende børn
- Træning af psykologiske kompetencer
- Træning af sociale kompetencer
- Fritidsaktiviteter
- Skole-, uddannelses- eller arbejdsrettet indsats
- Opmærksomhed på behandling af komorbiditet
- Vejledning til forældre om muligheder for lønkomensation
- Rådgivning fra børne- og ungdomspsykiatrien

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

Det anbefales på indsatstrin 3:

- at børne- og ungdomspsykiatrien 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 kommunen viderefører og revurderer den socialfaglige indsats med udgangspunkt i anbefalingerne fra børne- og ungdomspsykiatrien
- at børne- og ungdomspsykiatrien laver aftale med almen praksis ift. eventuel opfølgning på behandlingsindsats
- at der laves konkrete samarbejdsaftaler ift. særligt udsatte børn, fx børn anbragt på opholdssteder eller lignende

Trin 3 vil oftest omfatte behandling ved indlæggelse på hospital i parallelt samarbejde med kommunen om forløbet. Rehabilitering i kommunen startes derfor parallelt med behandlingen, når det giver fagligt mening.

Et afgørende mål i den *indlæggelseskrævende* behandling er at forløbet foregår ud fra en helhedsorienteret forståelse og effektiv kommunikation mellem familien, netværk, kommune og region.

Samarbejdet om forløbet kan understøttes af en fælles, koordinerende indsatsplan (jf. trin 1, Socialstyrelsen 2015).

### Faglige indsatser

På indsatstrin 3 sættes der ind med *indlæggelseskrævende* behandling. Behandlingsindsatser startes parallelt og/eller koordineres med indsatser/tilbud i kommunen. Det anbefales derfor at region og kommune rådgiver/sparrer med hinanden omkring forløbet.

I regionalt regi arbejdes der eksempelvis med (Sundhedsstyrelsen 2005, Sundhedsstyrelsen 2015, Sundhedsstyrelsen 2016):

- Udredning og behandling, herunder vægtkontrol
- Familiebaseret behandling (Family Based Threatment, FBT)
- Måltidsstøtte og spisetræning
- Anden psykoterapeutisk behandling, herunder
  - Kognitiv adfærdsterapi
  - Kropsterapi
  - Miljøterapi
- Rådgivning og sparring med kommune og/eller almen praksis.



I kommunalt regi arbejdes der eksempelvis med (Socialstyrelsen 2015):

- Borgerinddragelse og motiverende tilgang
- Familieintervention
- Netværksintervention
- Måltidsstøtte og spisetræning
- Gradvis opbygning af ikke vægtreducerende træning
- Træning af dagligdagskompetencer for udeboende børn
- Træning af psykologiske kompetencer
- Træning af sociale kompetencer
- Fritidsaktiviteter
- Skole-, uddannelses- eller arbejdsrettet indsats
- Opmærksomhed på behandling af komorbiditet
- Vejledning til forældre om muligheder for lønkomensation
- Rådgivning fra børne- og ungdomspsykiatrien

## 5.6 Opfølgning og rehabilitering - trin 4

Det anbefales på trin 4:

- at kommunen i samarbejde med relevante fagprofessionelle omkring barnet/den unge, fx almen praksis, løbende vurderer barnets/den unges behov for opfølgende 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 behandling

Trin 4 vil ofte have karakter af et udslningsforløb fra hospital evt. til døgntilbud i kommunen. Et afgørende mål for dette indsatsstrin er at lave et velkoordineret rehabiliteringsforløb, hvor behandling og rehabilitering iværksættes ud fra en individuel vurdering af forløbet, og etableres parallelt eller gradvist.

Samarbejdet om forløbet kan med fordel understøttes af en fælles, koordinerende indsatsplan, som indeholder en række koordinerede og tværfaglige indsatser og tilbud, der matcher borgers behov for støtte (Socialstyrelsen 2015).

Den højt specialiserede rehabiliteringsindsats bør tilrettelægges i forhold til den enkelte borgers behov og funktionsevnenedsættelser og alder (Socialstyrelsen 2015). For børn under 18 år, arbejdes der med indsatser som tilrettelægges med udgangspunkt i hele familien.

### Faglige indsatser

Et højt specialiseret rehabiliteringsforløb kan være sammensat af forskelligartede indsatser, som kan være af midlertidig til længerevarende karakter og omfatte:

- Borgerinddragelse og motiverende tilgang
- Rehabiliterende indsatser og tilbud på social-, sundheds-, undervisnings- og/eller beskæftigelsesområdet



- Opstilling af tidsbestemte progressionsmål
- Opmærksomhed på behandling af komorbiditet
- Fokus på gradvis udslusning af indsatser og tilbud og fokus på at støtte barnet/den unge i at leve et selvstændigt liv

Et højt specialiseret rehabiliteringsforløb på det sociale område kan bestå af konkrete indsatser såsom familieintervention, netværksintervention, måltidsstøtte og spisetræning, hjælp til ikke vægtreducerende motion og genoptræning, træning af dagligdagskompetencer for voksne og udeboende unge, træning af psykologiske kompetencer, træning af sociale kompetencer, fritidsaktiviteter, en skole-, uddannelses- eller arbejdsrettet indsats. For nærmere beskrivelser af konkrete indsatser henvises til Socialstyrelsens publikationer Central udmelding for borgere med svære spiseforstyrrelser (2015) og Nationale retningslinjer for rehabilitering til borgere med svære spiseforstyrrelser (2015).

I regionalt regi arbejdes der eksempelvis med fortsat behandling af spiseforstyrrelsen og evt. komorbiditet med fokus på stabilisering og på færdigheder til at begrænse symptomers indvirkning på livskvalitet og sundhed, monitorering af symptomudvikling og øgning af behandlingsintensitet ved evt. tilbagefald.

## 6 Implementering og opfølgning

Det anbefales i implementering og opfølgning:

- 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
- at 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 spiseforstyrrelse, 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 spiseforstyrrelse. 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 kommu-

ner 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 spiseforstyrrelse. 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 hjerne-skadetilbud, 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

- Westwood, Heather, and Kate Tchanturia. 2017. 'Autism Spectrum Disorder in Anorexia Nervosa: An Updated Literature Review'. *Current Psychiatry Reports* 19 (7).
- Anna Keski-Rahkonen and Linda Mustelin, 2016: Epidemiology of eating disorders in Europe: prevalence, incidence, comorbidity, course, consequences, and risk factors. *Current Opinion in Psychiatry*. 29(6):340–345, NOV 2016
- Udviklingen og revideringen af Opsporingsmodellen, Socialstyrelsen & KORA (2016)
- National klinisk retningslinje for behandling af anorexia nervosa, Sundhedsstyrelsen (2016)
- National klinisk retningslinje for behandling af moderat til svær bulimi, Sundhedsstyrelsen (2015)
- Central udmelding for borgere med svære spiseforstyrrelser, Socialstyrelsen (2015)
- Nationale retningslinjer for rehabilitering til borgere med svære spiseforstyrrelser, Socialstyrelsen (2015)
- Generisk model for forløbsprogrammer for mennesker med psykiske lidelser, Socialstyrelsen og Sundhedsstyrelsen (2015)
- Carsten Bøcker Pedersen; Ole Mors; Aksel Bertelsen; Berit Lindum Waltoft; Esben Agerbo; John J. McGrath; Preben Bo Mortensen; William W. Eaton, 2014: A Comprehensive Nationwide Study of the Incidence Rate and Lifetime Risk for Treated Mental Disorders. *JAMA Psychiatry*. 2014;71(5):573-581.
- En moderne, åben og inkluderende indsats for mennesker med psykiske lidelser, Rapport fra Regeringens Udvalg om Psykiatri (2013)
- Spiseforstyrrelser. Anbefalinger for organisation og behandling, Sundhedsstyrelsen (2005)
- Fakta om spiseforstyrrelser – om anoreksi, bulimi og andre spiseforstyrrelser. Sundhedsstyrelsen (2000)
- Tidlige tegn på spiseforstyrrelser – en tidlig indsats nytter. Sundhedsstyrelsen (2000)
- Sund psykisk udvikling hos børn. Sundhedsstyrelsen (2000)
- Association, A. P. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5®)* (pp. 1 online resource (992 p.)).
- Duncan, E. L., Thornton, L. M., Hinney, A., Daly, M. J., Sullivan, P. F., Zeggini, E., . . . Bulik, C. M. (2016). Genome-Wide Association Study Reveals First Locus for Anorexia Nervosa and Metabolic Correlations. *bioRxiv*.
- Garner, D. M., Garfinkel, P. E., & Bemis, K. M. (1982). A multidimensional psychotherapy for anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 1(2), 3-46.
- International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. (1992). *tenth revision*. Geneva: WHO.

- Nazar, B. P., Bernardes, C., Peachey, G., Sergeant, J., Mattos, P., & Treasure, J. (2016). The risk of eating disorders comorbid with attention-deficit/hyperactivity disorder: A systematic review and meta-analysis. *Int J Eat Disord*, 49(12), 1045-1057.
- Rhind, C., Bonfioli, E., Hibbs, R., Goddard, E., Macdonald, P., Gowers, S., . . . Treasure, J. (2014). An examination of autism spectrum traits in adolescents with anorexia nervosa and their parents. *Mol Autism*, 5(1), 56.
- Westwood, Heather, and Kate Tchanturia. 2017. iaHeather, and Kate Trder in Anorexia Nervosa: An Updated Literature ReviewrepCurrent Psychiatry Reports 19 (7).

## Bilagsoversigt

- Bilag 1 Kommissorium og medlemsoversigt for referencegruppen vedrørende forløbsprogram for børn og unge med psykiske lidelser
- Bilag 2 Kommissorium og medlemsoversigt for arbejdsgruppen vedrørende forløbsprogram for børn og unge med spiseforstyrrelser
- Bilag 3 Diagnostiske kriterier for AN og BN og DSM-kriterier for BED (*følger*)
- Bilag 4 Vejledende oversigt over symptomer på spiseforstyrrelser
- Bilag 5 Oversigt over data vedr. spiseforstyrrelser (*følger*)
- Bilag 6 Oversigt over typer af planer
- Bilag 7 Figur for graduerede indsatser til børn og unge med psykiske lidelser

### Bilag 1

## Kommissorium for Referencegruppe vedr. udarbejdelse af forløbsprogrammer for børn og unge med psykiske lidelser

### Baggrund

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

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

- Angst/depression
- ADHD
- Spiseforstyrrelser

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

### Formål og rammer

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

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

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

Den faglige indsats, der er relevant for børn og unge med psykiske lidelser, beskrives med inddragelse af eksisterende viden på området. Beskrivelse af arbejdsdelingen baseres bl.a. på den generelle opgavedeling mellem 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 for hvert af de tre forløbsprogrammer med relevante parter, som skal bidrage med fagligt input.

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

Sundheds- og Ældreministeriet	1 repræsentant
Børne- og Socialministeriet	1 repræsentant

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

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

Sundhedsstyrelsen varetager formandskab og sekretariatsfunktion.

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

HØRINGSUDKAST



## Referencegruppens opgaver

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

Referencegruppens opgaver omfatter følgende:

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

## Tidsplan

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

Sundhedsstyrelsen forventer at offentliggøre forløbsprogrammerne i december 2017.

## Referencegruppen, medlemsoversigt

- 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

Fra Sundhedsstyrelsen:

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

## Bilag 2

### **Kommissorium for arbejdsgruppe til udarbejdelse af forløbsprogram for børn og unge med spiseforstyrrelser**

#### **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 spiseforstyrrelser 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 spiseforstyrrelser 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 spiseforstyrrelser, beskrives med inddragelse af eksisterende viden på området. Beskrivelse af arbejdsdelingen baseres bl.a. på den generelle opgavedeling mellem sygehuse, almen praksis og kommune, som bl.a. fremgår af sundhedsloven samt den konkrete opgavefordeling, der fremgår af de lokale sundhedsaftaler.

### **Organisering**

Sundhedsstyrelsen nedsætter en arbejdsgruppe bestående af følgende repræsentanter:

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 repræsentant
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 Selskab for Spiseforstyrrelser	1 repræsentant
Dansk Psykolog Forenings selskab for Psykopatologi for børn og unge (SPBU)	1 repræsentant
Pædiatriske psykologers selskab	1 repræsentant
Dansk Psykoterapeutisk selskab for psykologer	1 repræsentant
Dansk Selskab for Klinik Ernæring	1 repræsentant
Dansk Selskab for Almen Medicin	1 repræsentant
Dansk Psykiatrisk Selskab	1 repræsentant
Dansk Psykolog Forenings sektion for kommunalt ansatte	1 repræsentant
Dansk Socialrådgiverforening	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.

### **Arbejdsgruppen for børn og unge med spiseforstyrrelser, medlemsoversigt**

- Sarah Bang Refberg, Sundheds- og Ældreministeriet
- Sine Jongdahl Kolind Møller, Socialstyrelsen
- Maj Balsløv, Styrelsen for Undervisning og Kvalitet
- Susse Kolster, KL eller Kommunernes Landsforening
- Marianne Korsgaard Helms, KL eller Kommunernes Landsforening
- Anette Holm, Holstebro Kommune
- Kristian Rokkedal, Region Midtjylland
- Louise Linde, Danske Patienter
- Helle Koch-Christensen, Dansk Sygepleje Selskab
- Trine Muckert, Dansk Selskab for Fysioterapi
- Nanna Nielsen, Ergoterapeutforeningen
- Ulla Moslet, Børne- og Ungdomspsykiatrisk Selskab i Danmark
- Else Marie Olsen, Børne- og Ungdomspsykiatrisk Selskab i Danmark

- Anette Maria Pilegaard, Dansk Psykolog Forening
- Mette Bentz, Pædiatriske Psykologers Selskab
- Anne Lydolff, Dansk Psykoterapeutisk Selskab for Psykologer
- Henning Strand, Dansk Psykolog Forenings sektion for kommunalt ansatte psykologer
- Gry Kjærdsdam Telléus, Dansk Selskab for Spiseforstyrrelser
- Charlotte Humble Andersen, Dansk Selskab for Klinisk Ernæring
- Pernille Vieth, Dansk Selskab for Almen Medicin
- Bettina Skovmand, Dansk Socialrådgiverforening
- Magnus Sjögren, Dansk Psykiatrisk Selskab
- Christina Louise Lindhardt, Fagligt Selskab for Sundhedsplejersker

Fra Sundhedsstyrelsen:

- Elisabeth Skibsted (formand)
- Cecilie Juul
- Julie Præst
- Tina Birch (sekretær)

### Bilag 3

#### **Oversigt over diagnostiske kriterier for AN og BN og DSM-kriterier for BED**

(Følger).

### Bilag 4

#### **Vejledende oversigt over symptomer på spiseforstyrrelse**

Nedenstående oversigt indeholder en beskrivelse af symptomer (fysiske, psykologiske og adfærdsmæssige), der kan forekomme hos børn og unge med en begyndende eller reel spiseforstyrrelse. Der kan hos det enkelte barn eller ung være andre opmærksomhedspunkter end de anførte:

Sygdomsbetegnelse	Psykiske symptomer	Fysiske symptomer	Adfærdsmæssige symptomer

<b>Anorexia Nervosa (AN)</b>	<p>Forvrænget kropsopfattelse samt fedtfobisk adfærd (angst for fødevarer med fedt selv i små mængder), overdrevet optagethed af mad og vægt, der kan få karakter af tvangsprægede handlinger og et stærkt behov for at kontrollere kalorieindtag, vægt og motion.</p> <p>Adfærdsmæssige symptomer: Adfærdsmæssigt ses ved AN bl.a.</p>	<p>Vægttab eller mangel-fuld vægtøgning i forhold til alder (ikke nødvendigvis afmagring), vigende højdevækst, lav kropstemperatur og kuldkæthed, tør og sprækket hud, dunet hårvækst i ansigt og/eller på torso, forstoppelse, kolde og evt. blå eller rødlige hænder/fingre og/eller fødder/tæer, lav puls og blodtryk. Endvidere er forsinket pubertetsudvikling og manglende menstruationsdebut, uregelmæssig menstruation eller ophør af menstruation vigtige symptomer.</p>	<p>Restriktive spisevaner/slankekur/faste med vægttab/vægtstagnation til følge, overdreven fysisk aktivitet eller motorisk uro, hyppig vejning, evt. opkastning, brug af afføringsmidler, vanddrivende medicin eller ophør med insulin ved diabetes. Endvidere spiser personer der lider af AN oftest helst alene.</p>
<b>Bulimia nervosa (BN)</b>	<p>Forvrænget kropsopfattelse, stærkt behov for at kontrollere kalorieindtag, vægt og motion, overdrevet optagethed af mad og vægt, der kan få karakter af tvangsprægede handlinger, skamfølelse over manglende kontrol over spisning samt social isolation.</p>	<p>Smerter i spiserør og mave (som følge af overspisning og opkastninger), lavt kalium samt ophobning af bikarbonat/base i blodet (som følge af opkastninger), syreskader på tænder (obs. ved tandlægebesøg) og Russell's sign (skræbesår på knoerne).</p>	<p>Indkøb af overdrevne mængder madvarer, objektive (dvs. reelle) overspisningsanfald med kontroltab (oftest skjult), hyppige vejninger, opkastninger, brug af afføringsmidler/vanddrivende medicin, ophør af insulin ved diabetes eller anden uhensigtsmæssig kompenserende vægtregulerende adfærd. Der kan endvidere ses overdreven fysisk aktivitet, periodevis restriktive spisevaner/slankekure/faste (mellem overspisninger). Endvidere spiser personer der lider af BN, ligesom det er tilfældet ved AN, oftest helst alene.</p>

<b>Binge eating disorder (BED)</b>	Lavt selvværd, depressiv sindstemning og skamfølelse over mangelfuld kontrol over spisning og/eller vægt, utilfredshed med egen krop.	BED involverer ikke altid fysiske symptomer. Når der optræder symptomer, kan disse typisk være overvægt eller fedme og forstyrrelse i stofskiftet bl.a. i form af insulinresistenssyndrom.	Øget optagethed af mad, diæt og vægt, optagethed af indkøb til og planlægning af overspisninger og slankekurere, skamfølelse i forbindelse med spisning af såvel almindelige måltider som ved overspisninger, kontroltab i forbindelse med spisning, ved overspisningsanfald; spiser hurtigere og mere end hvad man normalt plejer at spise, kaotisk spisemønster med strenge normer for, hvad der må spises, uden man kan overholde det. Endvidere spiser personer der lider af BED, ligesom det er tilfældet ved AN og BN, oftest helst alene.
------------------------------------	---	--	--

## Bilag 5

### Oversigt over data vedr. spiseforstyrrelser (følger)

## Bilag 6

### Oversigt over typer af planer

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

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

Indsatstype	Indsatsbeskrivelse
-------------	--------------------



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

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

## Bilag 7

### Model for graduerede indsatser til 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 relevante fagprofessionelle  Formidling af fund og formulering af anbefalinger til socialfaglig indsats til forældre og kom-	

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

HØRINGSUDKAST