



DANSK PSYKOTERAPEUTISK SELSKAB FOR PSYKOLOGER

SELSKAB I DANSK PSYKOLOG FORENING

Medlemstal: 1680 psykologer

Sundhedsstyrelsen
Enhed for Planlægning

plan@sst.dk

Høringssvar vedrørende udkast til *Forløbsprogrammer for børn og unge med psykiske lidelser*

7.10. 2017

Dansk Psykoterapeutisk Selskab for Psykologer DPSP har følgende kommentarer:

Forløbsprogrammerne fokuserer på de psykiske lidelser ADHD, depression, angst og spiseforstyrrelser jf. WHO's klassifikation ICD-10 kap. V *Psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser*. WHO klassificerer disse diagnoser, som de øvrige psykiske diagnoser, som *lidelser* og ikke *sygdomme*, idet lidelserne ikke opfylder kriterierne for sygdomsbegrebet. Somatiske sygdomme betegnes i ICD som *sygdomme*, hvor symptomer og diagnosebetegnelser henviser til specifikke, velafgrænsede sygdomsenheder. Denne skelnen er fastholdt i WHO's diagnosesystem igennem årtier, og vil blive fastholdt i ICD-11 ¹

Eftersom diagnoser i ICD-kapitlet *Psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser* stilles både indenfor og udenfor psykiatrien / børne- og ungdomspsykiatrien og af både psykologer og læger, finder vi ikke at begreber som "psykiatrisk diagnose", "psykiatrisk lidelse" eller "psykiatrisk sygdom" er retvisende. Begreberne anvendes heller ikke af WHO. Begrebet *psykiatri* peger dels på den psykiatriske sektor (psykiatrien og børne- og ungdomspsykiatrien) dels på den *lægelige* behandling af psykiske lidelser.

DPSP anbefaler, at begrebsanvendelse i forløbsprogrammerne følger WHO's klassifikation og begrebsanvendelse, og at anvendte begreber er dækkende for i hvilke regi og af hvilke faggrupper psykiske lidelser diagnosticeres.

Anvendte begreber i retningslinjen foreslås derfor ændret, således:

- De præcise steder i forløbsprogrammerne kan findes ved ordsøgning. Nedenfor er alene angivet sidetal.

¹ Psykiske lidelser kendetegnes ved klynger af symptombilleder, som sammenfattes under en diagnostisk betegnelse, hvor symptombilledet kan variere betragteligt fra den ene til den anden patient. Den diagnostiske betegnelse henviser, i modsætning til somatiske diagnoser, ikke til en specifik sygdom (med genetisk, ætiologisk, patogenetisk, prognostisk og behandlingsmæssig specificitet) bag symptomerne. De samme typer årsager/vedligeholdende faktorer af psykologisk, social eller biologisk karakter kan for forskellige individer føre til vidt forskellige diagnoser (multifinalitet) ligesom vidt forskellige typer årsager/vedligeholdende faktorer kan føre til en og samme diagnose (ækvifinalitet). De psykiske syndromer udtrykt ved diagnoserne kan med andre ord ikke forudsiges. Samtidig er der evidens for, at samme psykiske lidelse kan behandles effektivt med vidt forskellige medicinske, sociale eller psykoterapeutiske interventioner (metodernes ækvipotentialet) ligesom en og samme psykoterapeutiske, sociale eller medicinske intervention kan anvendes overfor forskellige symptomer og lidelser (metodernes multipotentialet). Disse forhold er i rigt omfang evident og kendetegnende for psykiske lidelser samt de metoder der anvendes til fremme af psykisk sundhed.



DANSK PSYKOTERAPEUTISK SELSKAB FOR PSYKOLOGER

SELSKAB I DANSK PSYKOLOG FORENING

Medlemstal: 1680 psykologer

Udkast til Forløbsprogram for børn og unge med ADHD:

- s. 7 "psykiatrisk diagnose" ændre til -> psykisk diagnose
- s. 8: "ADHD er en psykiatrisk diagnose" ændre til -> ADHD er en diagnose
- s. 23 "psykiatrisk diagnosticering" ændre til -> diagnosticering af psykiske lidelser
- s. 24 "komorbide psykiatriske" ændre til -> komorbide psykiske

Forløbsprogram for børn og unge med spiseforstyrrelse:

- s. 7 "betingede sygdomme" ændre til -> betingede lidelser
- s. 9 "psykiske sygdomme" ændre til -> psykiske lidelser

Forløbsprogram for børn og unge med angst og depression:

- s. 7 to steder: "psykisk sygdom" ændre til -> psykisk lidelse
- s. 8 "angstsygdomme" ændre til -> angstlidelser
- s. 8 "forældres psykiske sygdom" ændre til -> forældres psykiske lidelser
- s. 9 "psykiatriske lidelser" ændre til -> psykiske lidelser
- s. 9 "psykisk sygdom" ændre til -> psykisk lidelse
- s. 9 "depressionssygdom" ændre til -> depressiv lidelse
- s. 11 "psykiatriske sygdomme" ændre til -> psykiske lidelser
- s. 11 "sygdomme samtidigt" ændre til -> lidelser samtidigt
- s. 11 2 steder "psykisk sygdom" ændre til -> psykisk lidelse
- s. 28 "psykiatrisk eller somatisk sygdom" ændre til -> psykisk lidelse eller somatisk sygdom
- s. 44 "psykiatriske lidelser" ændre til -> psykiske lidelser
- s. 44 "psykiatriske tilstande" ændre til -> psykiske tilstande
- s. 46 "psykiatrisk diagnose" ændre til -> psykisk diagnose
- s. 47 "psykisk sygdom" ændre til -> psykisk lidelse
- s. 48 "psykisk sygdom" ændre til -> psykisk lidelse
- s. 50 "psykisk sygdom" ændre til -> psykisk lidelse

Vi kan oplyse, at DPSP har haft lignende kommentarer vedrørende terminologi i høringssvar vedrørende Sundhedsstyrelsens udkast til forskellige Nationale Kliniske Retningslinjer vedrørende udredning og behandling af psykiske lidelser. Sundhedsstyrelsen har justeret begrebsanvendelsen i de endelige NKR'er i overensstemmelse med WHO's begrebsanvendelse.

Med venlig hilsen

Dansk Psykoterapeutisk Selskab for Psykologer

P.b.v.

Klaus Pedersen, formand

Høringssvar fra Varde Kommune

Oktober 2017

Varde Kommune finder at høringsudkastene af forløbsprogrammerne for børn og unge med psykiske lidelser overordnet fremstår som velbeskrevne, gennemarbejdet og overskuelige.

Generelt er det gode indsatser, der beskrives i programmer.

Varde Kommune synes dog, det er ærgerligt at målgruppen kun er op til 18 år. Vi ønsker, at der blødes op på aldersgrænsen fx op til 23 år.

Varde Kommune ønsker stor vægtning på forebyggelsesdelen så børn og unge ikke får oplevelsen af at være anderledes

Varde Kommune ønsker vægtning på tværsektorielt samarbejde og relationel koordinering.

Varde Kommune gør opmærksom på, at vi i kommunen oplever et behov for indimellem at kunne tilbyde psykologbehandling til gruppen 17-23 år.



Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S

10.10. 2017

Høringssvar LAP: Forløbsprogrammer for børn og unge med psykiske lidelser

Helt grundlæggende forstår vi ikke hvad de her omtalte problematikker og lidelser, foretager sig i psykiatrien.

For mere en 90% vedkommende har vi at gøre med psykologiske og psykoterapeutiske problemer, hist og her tilsat enten introvert afværge adfærd, eller ekstrovert nødråb. Ingen at disse handle-mønstre kan retfærdigvis kaldes for sygdomme, i klassisk betydning af den term.

At der kan tales om adfærd der er abnorm i forhold til en for tiden vedtaget norm, er et ganske andet problemsæt. Her bruges forstavelsen AB- som betydende adskillende sig fra, og norm som det for tiden vedtagne accepterede eller ønskede adfærdsmønstre. Så i stedet for at sygeliggøre variablerne, bør man se på, hvordan man igen skaber plads til det variable menneske.

Hvis vi ser historisk på de sidste 200 års danske evaluering på næsten alle områder i det danske samfund, vil man kunne se at det er personerne, som i dag betegnes med "diagnosen" ADHD der faktisk skabte de værdier som vi hviler på i dag. Nu vil man så på baggrund af skævt baseret "forskning" med et pennestrøg fjerne denne talentmasse fra samfundet.

Man baserer sig på skæve undersøgelser og statistikker, hvor en fikseret social synsvinkel styrer gruppen af adspurgte, og ikke tager højde for de svigt, der oftest ligger bag alle tre reaktioner hos børnene og de ofte forekommende ko-morbiditeter. Svigt der kan forekomme og forekommer i alle samfundslag, som resultat af den påtvungne opmærksomhed hos voksengenerationen.

Med et undervisningsideal der nærmest kan betegnes som "rundhovedet barbering" er der ikke plads til varieret opmærksomhed. I et system der fravælger fysisk kunnen og aktivitet eller innovation, vil hjerner der primært er disponeret for de sider af livet være abnorme og bør i følge normen medicineres bort.

Ud over at det forekommer LAP mærkeligt at dette kan være et ideal, så må vi også på det kraftigste anfægte medicinering af ufærdige hjerner. Når børn og også voksne lider under ADHD og spiseforstyrrelser eller depression og angst, så er det tegn på at samfundet rundt om personerne ikke accepterer, inkluderer og opfører sig modtagende.

Det er ikke et tegn på at personen basalt er syg.

At lang tids påvirkning fra disse negative omgivelser så kan fremkalde reaktioner som henholdsvis introverthed eller ekstroverthed er stadig ikke en sygdom hos personen, men en afværge reaktion som faktisk psykologisk set er naturlig.

Så hvad laver de tre former for reaktionsmønstre i psykiatrien, som primært er baseret på kemi? Og på den baggrund skal vi henstille, at man flytter disse over i psykologien og psykoterapeutiske tilbud til barnet, men også til omgivelserne (bredere set end forældre).

Et er at ville gøre noget for at hjælpe, noget andet er at bruge en forkert base!

Med de bedste hilsner

LAP Presse og Lovgruppen

På vegne af LAP's LandsLedelse

Steen Moestrup, Bo Steen Jensen, Ole Nielsen og Hanne Skou Kadziola

Til Sundhedsstyrelsen
PLAN@sst.dk

Kontakt: Kurt Espersen
ke@rsyd.dk
Direkte tlf. 21679021

12. oktober 2017
Side 1/4

Høringssvar vedrørende Sundhedsstyrelsens "Forløbsprogrammer for børn og unge med psykiske lidelser"

Sundhedsstyrelsen har den 25. september 2017 fremsendt høringsudkast til "Forløbsprogrammer for børn og unge med psykiske lidelser". Region Syddanmark fremsender hermed sit høringssvar.

Generelle bemærkninger:

Region Syddanmark noterer sig et stort fokus på den alment forebyggende indsats, og ikke kun sygdom. Det finder vi meget tilfredsstillende.

I Region Syddanmark er der, i samarbejde med de 22 kommuner og de praktiserende læger, sat gang i udviklingen af en ny aftale på børne- og unge området. I dette arbejde vil man have en opmærksomhed på forløbsprogrammerne for børn og unge med psykiske lidelser.

Høringssvar vedr. forløbsprogrammet Angst/depression hos børn og unge

Generelt:

Det bemærkes, at forløbsprogrammet flere steder bærer præg af at være udarbejdet på baggrund af en fastlagt skabelon, som ikke hele vejen igennem virker rummelig og tilstrækkelig fleksibel til dette program.

Specifikt på kapitelniveau:

Kap 1: Der foreligger ikke statsautoriserede kliniske retningslinjer eller visitationsretningslinjer, når det gælder depression, og derfor henvises under 1.5. kun til den nationale kliniske retningslinje vedr. angst. Det kan anbefales her at nævne specifikke kliniske retningslinjer fra andre instanser – bup.dks landsdækkende kliniske retningslinjer, internationale guidelines fra NICE eller lignende instanser.

Kap 2: De faglige gennemgange (indtil 2.9) er udmærkede og lægger op til passende håndtering af risikofaktorer og subkliniske tilstande.

Kap 3 om Samarbejde og koordination er ren kopi fra skabelonen. De konkrete eksempler for samarbejde er ikke relevante for angst-depressionsområdet.

Kap 4: Alment forebyggende indsatser er også kopi fra skabelonen og giver ingen information – det anbefales at blive slettet. Det vil være hensigtsmæssigt at være mere konkret end at nævne "mistrivsel" hos børn – og i stedet pege på behovet for opmærksomhed fra sundhedsplejersker og pædagoger på institutionerne i førskoleområdet, når det gælder familiesamspil og børns følelsesregulering – og at støtte konkret op ift. risikopopulationer (f.eks. børn af psykisk syge forældre) og risikosituationer (skilsmisse, vold i familien).

Kap 5: Den faglige indsats beskriver en gradueret tilgang (svarende til skabelonen) i form af stepped

care.

Det er yderst glædeligt, at den primærkommunale indsats i forhold til angst/depressionsområdet fremstår så tydeligt idet vi ofte oplever udfordringer på dette område. Og en tilsvarende søgning til praktiserende almenmedicinere, som kan finde på at henvise til den regionale børne- og ungdomspsykiatri i mangel på kommunale tilbud inden mulighederne på trin 1 + 2 er vurderede, iværksatte og udtømte. Egen læge er slet ikke nævnt i kapitlet – fraset under afsnittet om "Opfølgning og rehabilitering" – måske skulle man præcisere, at egen læge i forbindelse med vurderinger af følelsesmæssige problemer hos børn og unge anbefaler eller formidler kontakt til relevante primærkommunale instanser.

En fysioterapeutisk/ergoterapeutisk vurdering til sanseintegrationsvurdering skal slet ikke placeres så centralt – funktionsniveauet, når det gælder følelsesmæssige forstyrrelser beskrives, som det også fremgår senere af teksten, bedst af pædagoger/lærere/forældre under vejledning af PPR-psykolog. I øvrigt leveres fine beskrivelser af udrednings- og evt. behandlingsindsatser på trin 1 inkl. relevante advarsler mod overdramatisering.

På trin 2 peges på Interventionsformerne som ofte tilbydes i kommunal sammenhæng eller ved specialiserede private enheder f.eks. privatpraktiserende psykiatere eller psykologer. Tilgængeligheden af praktiserende børne- og ungdomspsykiatere er meget varierende afhængig af geografi. Aktuelt er der ikke mulighed for at opnå tilskud til angst/depressionsforløb hos praktiserende psykologer.

På trin 3 sidestilles universitetsklinikker med de specialiserede børne- og ungdomspsykiatriske tilbud (i hvert fald i tekstboksens første pind) – De Psykologiske institutter bør øge deres tilgængelighed for befolkningen uden for universitetsbyerne. Det er ikke hensigtsmæssigt at uddelegere koordinationsfunktionen i det børne- og ungdomspsykiatriske forløb til en socialrådgiver, der i øvrigt ikke deltager i behandlingen – i så fald bliver der kun sat et led imellem de faktisk involverede og den faglige rådgivning generel og ikke case specifik. Afsnittet er i øvrigt kopieret fra skabelonen og tager ikke højde for de mere specifikke indsatser i den regionale børne- og ungdomspsykiatri (f.eks. døgnindlæggelse evt. under Psykiatrilovens kriterier, dagambulante udslusnings- og træningsforløb).

Høringssvar vedr. forløbsprogrammet for spiseforstyrrelsesramte

Forløbsprogrammet virker "rodet". Først i slutningen kommer der reel handling og budskabet står der ved alt for sent i teksten. Meget kan springes over. Man skal lede i teksten for at finde frem til, hvem der er aktører, og hvilke roller de aktører forventes at få. Der er givet nogle eksempler fra Region Midt, men igen er det uklart, om det er en del af projekter, de har kørende eller indgår det som en formel del af forløbsprogrammerne. Der er behov for en præcisering om hvornår, hvem og hvordan arbejdet skal igangsættes, og hvem har ansvaret regionalt og kommunalt.

Følgende mangler og bør tilføjes:

-At MBT også er en anerkendt og evidensbaseret behandling til spiseforstyrrede voksne / unge

-At de mål, man ønsker opnået i samarbejdet nødvendiggør, at der kommunalt ansættes en koordinator til at varetage dette specifikke samarbejde.

-At det konkret bør fremgå, hvorledes de kommunale medarbejdere skal opkvalificeres til dette arbej-

de, bl.a. for at kunne varetage spisetræningen. Vi ser konkret stort behov for, at der tilbydes uddannelse i spisetræning (den tidligere KOK- uddannelse)

Høringssvar vedr. forløbsprogrammet for ADHD

Ad 3.1.1 – Koordinering: det er et vigtigt element, at indsatsen koordineres mellem de enkelte instanser. Det kan dog være problematisk, at denne koordinerende indsats ikke udløser økonomi for afdelingerne, da det ofte ikke er hensigtsmæssigt, at patienten deltager. Netværksmøder og koordinerende indsatser kan derfor have tendens til at blive "sparet" væk.

På side 11 beskrives ide til et forum, hvor kommune og BUP kan drøfte behov for evt. henvisning til BUP regi. Dette er hensigtsmæssigt, men i det daglige arbejde opleves, at barnet/den unge oftest henvises direkte fra praktiserende læge uden, at kommunal instans har været involveret, hvorfor dette kun i begrænset omfang vil få betydning for antallet af henvisninger til regionspsykiatrien.

Kap 5 – Faglige indsatser og organisering:

Her beskrives gradueret tilgang til indsatsen, hvilket er hensigtsmæssigt.

Jf. ovenstående afsnit sker henvisning dog ofte direkte fra almen praksis.

Der beskrives senere i dokumentet relevansen af kognitiv udredning af barnet inden henvisning.

Dette budskab kan med fordel nævnes mere eksplicit som et fokuspunkt, der bør tilstræbes at få lavet aftaler om (fx. i boksen "tidlig indsats trin 1, side 17). En væsentlig andel henvises, uden man har kendskab til barnet kognitive funktionsniveau, hvorfor en relevant tidlig indsats ikke synes at være mulig. Udover ovennævnte kunne med fordel beskrives det hensigtsmæssige i, allerede ved første bekymring om ADHD-lignende symptomer at klarlægge barnet søvn mønster (det kan egen læge eller sundhedsplejerske).

Flere undersøgelser peger på at børn/unge med søvnproblemer, kan udvise ADHD-lignende symptomer samt, at børn/unge med ADHD og søvnproblemer ofte har forværring af ADHD symptomerne.

Behandling/håndtering af disse søvnproblemer vil i flere tilfælde kunne fjerne eller mindske ADHD symptomerne, og disse børn/unge vil evt. kunne håndteres på et lavere indsats-trin.

Side 23 sidste afsnit: her beskrives, at " Som overordnet princip bør de, der involveres i niveau 3 indsatser i børne- og ungdomspsykiatrien være speciallæger, have specialpsykologiske kompetencer eller være i gang med en sundhedsfaglig uddannelse under vejledning af speciallæge/specialpsykolog" Det er vurderingen, at nogle af de funktioner, der udføres i BUP-regi uden problemer kan udføres af andre faggrupper, f.eks. sygeplejersker og pædagoger. Dette kan være opfølgning på farmakologisk behandling og vejledningsopgaver.

Side 24: Elementer i standardudredningen: I dette afsnit beskrives bl.a. psykologisk undersøgelse som en del af udredningen.

Dette hører uden tvivl med i en udredning, men at denne undersøgelse nævnes her, kan måske opfattes som, at den psykologiske undersøgelse skal udføres i psykiatrisk regi og ikke i kommunalt regi.

12. oktober 2017
Side 4/4

Det kan hensigtsmæssigt nævnes som "supplerende psykologiske undersøgelser" (som supplement til den kognitive test der bør foreligge fra PPR forinden henvisningen).

Side 25: Farmakologisk behandling: Her skrives: " at der ikke er tilstrækkelig dokumentation for klinisk relevante forskelle i effekt i forhold til reduktion af kernesymptomer for ADHD mellem relevante præparater (methylphenidat, atomoxetin og lis-dexamfetamin). Derfor anbefales det, at valg af præparat til det enkelte barn/den unge sker ud fra forskelle i tid til indsættende effekt, varighed af effekt, misbrugspotentiale og bivirknings-profil."

I praksis er Methylphenidat 1. valg, da lægemiddelstyrelsen kun i helt særlige situationer bevilliger tilskud til de øvrige præparater, med mindre Methylphenidat er afprøvet.

Dette har en betydning for flere familiers økonomi og kan være af afgørende betydning for om en behandling opretholdes.

Venlig hilsen

Kurt Espersen
Koncerndirektør

Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S
Att: PLAN@sst.dk

Dansk Sygeplejeråd



Den 16. oktober 2017
Ref.: LHV, DSC
Sagsnr.: 1709-0031

Høring vedr. Forløbsprogram for børn og unge med spiseforstyrrelser

Dansk Sygeplejeråd takker for muligheden for at afgive høringssvar i forbindelse med høring vedr. Forløbsprogram for børn og unge med spiseforstyrrelser. I høringssvaret indgår bemærkninger fra Fagligt Selskab for sundhedsplejersker.

Generelle kommentarer

Udkastet til forløbsprogram for børn og unge med spiseforstyrrelser er overordnet set godt, hvor de mest relevante ting er med.

Forløbsprogrammer for børn og unge kan med fordel tænkes ind i de nye sundhedsaftaler fra 2019. Formålet er at øge kvaliteten i det tværsektorielle og tværprofessionelle samarbejde om børn og unge, så der opleves konsensus om inddragelse, fælles viden, fælles handlingsplan og løbende koordinering af indsatser for det enkelte barn/ung og deres familie. Det er specielt for indsatsområderne: 1. Forebyggelse og 2. behandling og pleje, set i forhold til de tværgående temaer: 3. Arbejdsdeling og samarbejde, herunder videndeling og sundhedsfaglig rådgivning imellem sektorer – og 4. Inddragelse af patienter og pårørende.

Forløbsprogrammet for spiseforstyrrelse beskriver udfordringerne for aldersgruppen fra omkring 8 år og opefter, hvilket er fint. Men der er også behov for et forløbsprogram for tidlig opsporing og indsatser til spæd- og småbørn og deres familier. Der mangler noget om de tidlige spiseproblematikker og indsatsmuligheder i forhold til det.

Forløbsprogrammet bør også have fokus på et støttende miljø, der hvor barnet befinder sig i skole/institutioner, så der er mulighed for at barnet/den unge kan vedligeholde sociale relationer og venskaber.

Specifikke kommentarer

Kap. 3 Samarbejde og koordinering

Det er positivt at forløbsprogrammet har fokus målsætninger, koordinering og inddragelse af barnet/den unge og familien. Der bør dog tilføjes en direkte anbefaling om inddragelse af barnet/den unge og familien i dette kapitel. Det kan med fordel skærpes, at der kun bør

The Danish Nurses' Organization

Sankt Annæ Plads 30

DK-1250 København K

Ekspedition:
mandag-torsdag 9.00-16.00
fredag 9.00-15.00

Tlf: +45 33 15 15 55
Fax: +45 33 15 24 55

www.dsr.dk
dsr@dsr.dk

være én koordineret fælles målsætning og handleplan, og ikke flere målsætninger på en gang.

Ofte har barnet/den unge flere udfordringer samtidig - og udfordringer, der løbende ændrer sig over tid gennem barnets udvikling. Derfor er relationel koordinering mellem alle de involverede fagprofessionelle på tværs af sektorer sammen med barnet/den unge og familien vigtigt for at skabe et fælles mål, fælles viden og gensidig respekt. Derfor er hyppig, rettidig og problemløsende kommunikationen mellem alle parter vigtigt for at lægge en fælles handleplan. En handleplan der tager højde for de forskellige udfordringer barnet/den unge og familien står med. Og en handleplan der løbende justeres i fællesskab - afhængig af hvilke udfordringer der fylder mest for barnet/den unge. Det er vigtigt at parterne mødes fysisk og justerer handleplanen ved ændringer. Dette for at undgå at der iværksættes flere handleplaner, som kan modarbejde hinanden. Der bør udpeges en tovholder for familien.

Kap. 4 Alment forebyggende indsatser

I dette kapitel kan sundhedsplejerskens rolle i forebyggende indsatser udbygges. Sundhedsplejersken er i forvejen på skolen og har løbende sundheds- og trivselssamtaler med alle skoleelever. Sundhedsplejersken er en vigtig aktør i den tidlige opsporingsindsats inden spiseforstyrrelsen udvikles.

Kap. 5 faglige indsatser

Det er yderst vigtigt, at de relevante fagprofessionelle aktører omkring barnet/den unge er medtænkt, og der sker en koordinering af de forskellige indsatser i en fælles handleplan. Det er vigtigt, at indsatserne spiller sammen i stedet for at modarbejde hinanden. Det er bør sikres, at der ikke bliver iværksat for mange indsatser på en gang for barnet/den unge og at familien er medbestemmende.

Forløbsprogrammet kan med fordel linke til de bagvedliggende kliniske retningslinjer for indsatsen til børn og unge med spiseforstyrrelser.

Kap. 6 Kompetenceudvikling

Forløbsprogrammet kan med fordel skærpe kravet til fælles uddannelse på tværs af sektorer og forvaltninger med det formål at højne alle de involverede fagprofessionelles viden om spiseforstyrrelser hos børn og unge samt de tidlige tegn herpå. Fælles undervisning og viden om hinandens faglige kompetencer og arbejdsopgaver er befordrende for at sikre en kulturændring og derved styrke samarbejdet for en tidlig opsporing af spiseforstyrrelser hos børn og unge til gavn for barnet/den unge og familien.

Med venlig hilsen



Grete Christensen, Formand

Brolæggerstræde 9
1211 København K

Telefon 72 48 60 00
Fax 72 48 60 01
Email: sl@sl.dk

Sundhedsstyrelsen
Enhed for Planlægning
Mail: PLAN@sst.dk

Girokonto 402-3951

Ref.: MFG/TBH
Dok.nr.: 3852236
Sag.nr.: 2016-SLCSFA-02147

13-10-2017

Socialpædagogernes høringssvar vedr. forløbsprogrammer for børn og unge

Som del af satspuljeaftalen for 2017-2020 er der afsat midler til udarbejdelse af forløbsprogrammer for børn og unge med henholdsvis ADHD, angst og depression samt spiseforstyrrelser. Socialpædagogernes Landforbund er blevet bekendt med, at Sundhedsstyrelsen nu har sendt disse i høring, men står ikke på høringslisten. Det skal vi indstille til, at vi fremover gør.

Indledende vil Socialpædagogerne kvittere for det store arbejde, det er at udarbejde forløbsprogrammerne samt nævne, at vi finder det positivt, at programmerne også indeholder overvejelser omkring håndteringen af børn og unges mistrivsel som en forløber for senere psykiske udfordringer.

Herudover har Socialpædagogerne en række bemærkninger til forløbsprogrammerne. Først og fremmest mener Socialpædagogerne, at forløbsbeskrivelserne generelt mangler en større inddragelse af og fokus på socialpædagogiske kompetencer. Det fremgår tydeligst under programmernes beskrivelser af faglige indsatser og/eller aktører - især hvor det omhandler (forebyggende) indsatser forud for egentlig diagnosticering- og forhold såsom social færdighedstræning, mestring samt (gen)skabe og opretholde en meningsfuld hverdag og støtte i hjemmet. Dette er socialpædagogisk kernestof og er det, som mange socialpædagoger arbejder med i social- såvel som behandlingspsykiatri. Skal programmerne være retningsgivende for de fornødne faglige kompetencer med henblik på at opnå høj kvalitet i indsatserne, som det benævnes, bør det socialpædagogiske skrives tydeligere ind de relevante steder i programmerne.

Det anbefales i ADHD-programmet (boks 'Forældretræning'), at bl.a. 'socialpædagogiske interventioner' bør gå forud for diagnosticering. Denne anbefaling er vi enige i, og den bør fremgå i alle tre programmer og skrives tydeligere frem.

I relation til at programmerne skal samle bedst mulig viden på et område med henblik på at opnå en høj kvalitet i indsatserne, mener vi, at resultater og indsatser i forhold til recovery

og psykosocial rehabilitering mangler. Der er de seneste mange år kommet meget ny og relevant viden om at komme sig og mestre sin situation i arbejdet med mennesker med psykiske lidelser.

En af de centrale anbefalinger i forløbsprogrammerne er en model med graduerede indsatser, som kan tilpasses undervejs. Socialpædagogerne vil foreslå at det skrives tydeligere frem, at det er vigtigt at inddrage praksisviden fra de fagfolk, der er tættest på barnet/den unge og forældrene i en justering eller (re)visitering af indsatsen for at kunne visitere til det rigtige tilbud.

Forløbsprogrammerne afspejler fint, at koordinering og overgange er særligt vigtige, både mellem sektorer og i det tværfaglige samarbejde, men også i overgangen mellem en børne-/ungepsykiatri og voksenpsykiatrien samt overgangen fra ung til et mere selvstændigt voksenliv. Her nævnes særlige kommunale ungeenheder, efterværn og STU som eksempler på foranstaltninger, der kan lette denne overgang. Socialpædagogerne vil i den forbindelse foreslå, at også startboliger til unge med psykiske problemer i alderen 18-24 år, hvortil der er tilknyttet socialpædagogisk støtte, skrives ind som eksempel. En evaluering fra 2016 viser, at startboligerne har en meget positiv effekt på målgruppen.

Forløbsprogrammerne betoner, at inddragelse af den enkelte såvel som pårørende o.a. har stor betydning for indsatsen. Socialpædagogerne mener, at Åben Dialog bør skrives ind i forløbsprogrammerne som et eksempel på både en koordinerende og inddragende model. Åben dialog, som viser gode resultater, er en tværsektoriel tilgang, der inddrager borgerens private og professionelle netværk i forbindelse med psykiske vanskeligheder og har fokus på, at borgerens netværk udgør en ressource.

Venlig hilsen

Verne Pedersen
Forbunds næstformand

Janni Stauersbøll Kramer

Fra: SST Plan
Sendt: 13. oktober 2017 12:26
Til: PLAN Studenter
Emne: VS: Høring: Forløbsprogram for børn og unge med spiseforstyrrelse – Frist d. 16/10-17

Fra: Thomas Kanstrup / Region Nordjylland [<mailto:thk@rn.dk>]
Sendt: 13. oktober 2017 12:07
Til: SST Plan
Cc: Johannes Kjeldahl / Region Nordjylland
Emne: SV: Høring: Forløbsprogram for børn og unge med spiseforstyrrelse – Frist d. 16/10-17

Til Sundhedsstyrelsen

Region Nordjylland har haft forløbsprogram for børn og unge med spiseforstyrrelse i høring hos Psykiatrien i Region Nordjylland. Region Nordjylland har umiddelbart ingen kommentarer til forløbsprogrammet.

Med venlig hilsen

Thomas Kanstrup
AC Fuldmægtig
tlf: 41173706

Region Nordjylland
Patientforløb - Planlægning
Niels Bohrs Vej 30
9220 Aalborg Ø



ROSKILDE
KOMMUNE

Sundhedsstyrelsen
Enhed for Plan-lægning
PLAN@sst.dk

Børn og Unge
Rådhusbuen 1
Postboks 100
4000 Roskilde

Tlf.: 46 31 30 00

kommunen@roskilde.dk
sikkerpost@roskilde.dk
www.roskilde.dk

Svar på høring vedr. forløbsprogrammer for børn og unge med psykiske lidelser

13. oktober 2017

Sundhedsstyrelsen har fremsendt følgende kommende forløbsprogrammer i høring i Roskilde Kommune:

- 1) "Forløbsprogram for børn og unge med ADHD"
- 2) "Forløbsprogram for børn og unge med angst og depression"
- 3) "Forløbsprogram for børn og unge med spiseforstyrrelse"

Sagsnr. 298521
Brevid. 2668485

Ref. PIWI

Dir. tlf. 46 31 59 62
piawi@roskilde.dk

Roskilde Kommune har ingen bemærkninger til forløbsprogrammerne.

Venlig hilsen

Pia Winther
Chefkonsulent

Åbningstider

Mandag-torsdag	10-15
Fredag	10-14

Telefontider

Mandag-onsdag	08-15
Torsdag	10-17
Fredag	08-14

Sundhedsstyrelsen

Høringssvar til Sundhedsstyrelsen vedr. forløbsprogrammer for børn med psykiske lidelser

Sundhedsstyrelsen har ved brev af 25. september 2017 under samlebetegnelsen: "Forløbsprogrammer for børn og unge med psykiske lidelser" sendt følgende udkast til forløbsprogrammer i høring:

- "Forløbsprogram for børn og unge med ADHD"
- "Forløbsprogram for børn og unge med angst og depression"
- "Forløbsprogram for børn og unge med spiseforstyrrelse"

Skanderborg Kommune har følgende bemærkninger til udkastene:

Udkastene til forløbsprogrammerne fremstår hver i sær som et gennemarbejdet og veldokumenteret evidensbaseret materiale i forhold de enkelte forløb.

Skanderborg Kommune finder endvidere, at forløbsprogrammerne generelt giver en god beskrivelse af, hvordan der gennem et styrket og ikke mindst koordineret samarbejde på tværs af regionen, kommunerne og praksissektoren kan understøttes en ensartet høj kvalitet og sammenhæng i indsatsen for børn og unge med psykiske lidelser.

Skanderborg Kommune kan tilslutte sig, at der ligger et uforløst potentiale i et styrket tværsektorielt samarbejde og hilser en udvikling heraf meget velkomment.

Implementering på tværs

Skanderborg Kommune bemærker, at en realisering af forløbsprogrammerne generelt kalder på både præcisering og ensretning af kvalitets- og serviceniveau på tværs af kommunerne, og at der i den sammenhæng bør skæves til sammenhængen til behandlingerne på voksenområdet.

Skanderborg Kommune noterer sig endvidere, at kommunerne, ved en implementering, skal løfte behandlingsopgaver der i dag er varetaget i regionsregi

Dato

13. oktober 2017

Sagsnr.: 27.18.00-A00-2-17

Din reference

Lene Thomsen

Tlf.: 87947020

Telefontider

Man – tir: 08.30 – 13.00

Onsdag: Lukket

Tor – fre: 08.30 – 13.00

Åbningstider

Man – tir: 10.00 – 13.00

Onsdag: Lukket

Tor: 10.00 – 17.00

Fre: 10.00 – 13.00

Byråds- og direktionsssekretariatet

Byråds- og direktionsssekretariat

Skanderborg Fælled 1

8660 Skanderborg

www.skanderborg.dk

I forhold til implementeringen af forløbsprogrammerne og dermed en forløsning af potentialet, peges der i forløbsprogrammerne på en række forskellige overgange og samarbejdsflader på tværs af de 3 sektorer med en opfordring til, at der etableres samarbejdsaftaler herimellem.

Skanderborg Kommune kan tilslutte sig behovet for indgåelse af aftaler, men finder umiddelbart, at forløbsprogrammernes forudsætninger om fælles mål, modeller, metoder og opgavefordeling på tværs af sektorer kalder på en høj grad af centraliseret både forankring og koordinering, herunder også politisk.

Skanderborg Kommune finder det således nødvendigt med en drøftelse af forløbsprogrammerne i relevante samarbejdsfora på tværs af regionen, kommunerne og praksissektoren, både hvad angår fælles mål, valg af modeller og metoder og mulige samarbejder, forud for påbegyndelsen af en implementering heraf i de enkelte kommuner.

Ressourcetræk

Skanderborg Kommune henleder endvidere opmærksomheden på, at der må påberegnes et ikke ubetydeligt ressourcestræk både i forhold til udarbejdelsen af fælles mål, de konkrete samarbejdsaftaler og ikke mindst til en tilpasning af både kompetencer og organisering i de enkelte kommuner.

Det vil derfor være ønskeligt, såfremt der i forbindelse med puljemidler også kan søges om kompensation til arbejdet med den kommunale tilpasning f.eks. til projektlederressourcer og kompetenceudvikling i forbindelse med enten flytning af opgaver eller omprioriteringer. F.eks. vil vurderingen af den sygdomspecifikke patologi i kommunerne fordrer faglig kompetenceløft og en omfordeling af de lovbestemte ressourcer i forhold til opgaven.

Et ligeværdigt samarbejde

Skanderborg Kommune vil endvidere henstille til, at der sprogligt i den endelige udarbejdelse af forløbsprogrammerne, og i det videre arbejde med implementeringen heraf, er en opmærksomhed på, at der er tale om et samarbejde mellem ligeværdige parter.

F.eks. er det ønskeligt at både kommune og BUC sammen formidler resultater og anbefalinger til at imødekomme barnets/den unges og familiens behov til forældre og den unge. Det er vigtigt, at parter fremstår samarbejdende, og at kommuner, region, praksissektoren og forældre sammen får iværksat de relevante indsatser med respekt for de forskellige positioner og muligheder, som parterne hver i sær har til at bidrage til et sammenhængende og effektivt forløb.

Formidling

En generel kommentar til alle tre forløbsprogrammer er, at de er meget teksttunge, og at det derfor vil være godt, såfremt Sundhedsstyrelsen i det færdige materiale fremstiller brugbare pixi udgaver med anbefalinger, som kan anvendes praksisnært.

Med venlig hilsen

Søren Aalund
Børne- og ungechef

Fra: SST Plan
Sendt: 13. oktober 2017 14:31
Til: PLAN Studenter
Emne: VS: Kommentarer til forløbsprogram for børn og unge med spiseforstyrrelser

Fra: Steen Andersen Ledsager / LMS [<mailto:sal@lmsos.dk>]
Sendt: 13. oktober 2017 14:24
Til: SST Plan
Emne: Kommentarer til forløbsprogram for børn og unge med spiseforstyrrelser

Landsforeningen mod spiseforstyrrelser og selvskade – LMS takker for muligheden for at give høringssvar på forløbsprogrammet for børn og unge med spiseforstyrrelser.

Generelt er vi meget tilfreds med, at der forsøges at bygge bro over de store udfordringer vores patientgruppe oplever i deres vej fra praktiserende læge til patient i psykiatrien og tilbage til en kommunal indsats. Alt for mange bliver tabt i den måde tingene foregår på mange steder i dag, med store menneskelig og økonomisk tab til følge. Desværre synes vi, at forløbsprogrammet beskæftiger sig for meget med psykiatri og for lidt med den kommunale indsats. Sprogbruget er også i udpræget grad hentet fra psykiatriens ordbog.

På mødet i referencegruppen hvor et konsulentfirma havde forsøgt, at afdække bl.a. hvor mange specialiserede rehabiliteringstilbud der er kommet i kommunerne til mennesker med spiseforstyrrelser, var det en stor skuffelse at opleve, at Socialstyrelsens 150 forslag til specialiserede rehabiliteringstilbud til mennesker med svære spiseforstyrrelser ikke havde medført en væsentlig forøgelse. LMS skønner, at en af årsagerne til det er, at Socialstyrelsens retningslinjer indeholder alt for mange "bør" i stedet for flere "skal", hvilket jo gør, at kommunerne kan gøre præcis som de lyster.

LMS frygter desværre, at det samme bliver tilfældet med nærværende forløbsprogram for børn og unge med spiseforstyrrelser. Alt for mange anbefalinger/bør-opgaver og for få skal-opgaver. Hvilket jo er ærgerligt, da der er lagt mange ressourcer og ideer i det foreliggende oplæg. Vi oplever gode intentioner både hos medarbejdere i mange kommuner og regioner til at det skal lykkes med forløbsprogrammer og specialiserede indsatser. Når det kommer til ledelsesniveauerne og deres overordnede organisationer går der politik, økonomi og magt i en ellers god intention. Det er helt sikkert den største barriere for forløbsprogrammernes succes.

Mere specifikt er måden BED/tvangsoverspisning behandles i forløbsprogrammet lidt ujævn. LMS er selvfølgelig glade for at BED er nævnt, men mener at BED konsekvent alle steder bør nævnes på linje med AN/BN.

I forløbsprogrammets afgrænsning af målgruppe lægges der op til at spiseforstyrrelsen ikke behøver at være diagnosticeret, for at man kan få hjælp. Det åbner op for, at man fx ikke behøver at være livstruende tynd for at få hjælp. Det synes vi er vældig positivt, men er kommunerne klar til at løfte den opgave?

Vi glæder os over, at forekomsten af spiseforstyrrelser i beskrivelsen af målgruppen vurderes langt højere end de tilfælde der er diagnosticeret i hospitalsregi og ser frem til Socialstyrelsens centrale udmelding af resultatet af deres gennemgang af kommunernes svar.

I afsnit 4 om planlægningen af det gode forløb, synes vi der er en modsigelse i forhold til beskrivelsen af forløbsprogrammets målgruppe på side 6, idet man i afsnit 4 skriver, at udredning og behandling af en spiseforstyrrelse, uanset type, som udgangspunkt er en specialiseret psykiatrisk opgave. Hvad med dem der ikke er syge nok til psykiatrien som nævnt på side 6?

Det forebyggende arbejde og behandling/støtte til de der ikke er syge nok til at blive udredt med en diagnose, kan godt foregå som et samarbejde mellem kommunen og en praktiserende læge/sundhedsplejerske.

På skemaet på side 14 er der en ukorrekthed i forhold til spiseforstyrrelser, da der under indsatstrin 1 og "hvilke børn" står, at børn med ADHD præsenterer et problem for deres klassekammerater. Her bør der stå spiseforstyrrelser. Samtidig vil vi gøre opmærksom på, at børn med spiseforstyrrelser i den kategori ikke frembyder problemer for deres klassekammerater på samme måde som børn med ADHD. ADHD bør i det hele taget fjernes i et skema for børn med spiseforstyrrelser.

På side 17 i skemaet undrer vi os over, at trin 1 er forsvundet, idet man går lige til "at koordinere barnets forløb i et integreret samarbejde mellem sektorerne". Hvad med de anbefalinger der er i trin 1 om det lokale samarbejde som det første trin.

På side 22 nævnes, at implementeringen af forløbsprogrammerne bør forankres ved nedsættelse af en særlig udviklings- og opfølgningsgruppe. Det synes vi er en vældig god ide ligesom forløbsprogrammerne også bør indgå i de kommende sundhedsaftaler.

Desværre er vi netop i dag blevet orienteret om at det sidste møde i referencegruppen er blevet udsat til en dato, hvor vi i forvejen har andre aftaler. Det finde vi uhensigtsmæssigt, at vi som den eneste patientforening på spiseforstyrrelsesområdet, ikke får mulighed for at deltage på det afgørende møde i referencegruppen.

Venlig hilsen

Steen Andersen Ledsager
Generalsekretær



Landsforeningen mod spiseforstyrrelser og selvskade - LMS

Dronningens Tværgade 46, 1302 København K

Telefon +45 3536 4913

Direkte +45 3520 0310

Mail sal@lmsos.dk

Web LMSOS.dk

Gør en forskel – støt LMS!

Bliv fast støtte [her](#)

Gør en forskel som virksomhed [her](#)

Følg med i arrangementer, foredrag, kurser mm. på [Facebook](#)

Start din egen indsamling til LMS [her](#)

Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S

København, den 13. oktober 2017

Høringssvar – forløbsprogrammer for børn og unge med psykiske lidelser

Dansk Psykolog Forening takker for det tilsendte høringsmateriale og muligheden for at afgive hørings-svar. Foreningen ser med stor tilfredshed på, at forløbsprogrammerne nu står foran det afgørende skridt til at komme ud og virke for netop børn og unge.

Potentialer i forløbsprogrammerne

Forløbsprogrammerne blev vedtaget i forbindelse med satspuljeforhandlingerne og 'strakte' sig både over puljen for sociale indsatser og puljen for sundhedsindsatser. Med den øget belastning i psykiatrien vi ser i disse år og stadig flere børn og unge med psykiske lidelser, var der et hul i behandlingsindsatsen og et potentiale for en tidligere indsats for børn og unge i deres nærmiljø.

Forløbsprogrammerne er udtryk for et politisk mål om, at *"der er behov for at styrke indsatsen over for sårbare og udsatte børn og unge. Der skal sættes ind, før børn bliver til "sociale sager" - både for at forhindre, at problemerne vokser sig større, men også for at undgå stigmatisering og medicinering af børn og unge. Hvis det skal lykkes at give sårbare og udsatte børn og unge de bedste muligheder for et godt liv, er det afgørende at få mere viden om virkningen af de lovende indsatser, der iværksættes i kommunerne, og få udbredt de virkningsfulde indsatser"* (Satspuljeaftalen 2016).

På sundhedsområdet beskrev den politiske aftale ambitionerne således: *"Et forløbsprogram beskriver rammerne for den indsats og den koordination, der skal igangsættes for målgruppen på tværs af region og kommuner, herunder ansvars- og opgavefordeling samt procedurer for samarbejde, koordinering og kommunikation mellem de involverede aktører på tværs af enheder og sektorer. Det kan fx være sygehus, praktiserende læge, sociale tilbud, skoler og ungdomsuddannelser, sundhedsplejersker og Pædagogisk Psykologisk Rådgivning (PPR). Desuden indeholder forløbsprogrammet en beskrivelse af implementering og opfølgning på programmet. Programmerne kan bl.a. indeholde forslag om konkrete samarbejds-konstruktioner mellem fx psykiatrien, PPR, den alment praktiserende læge og den kommunale sagsbehandler, herunder muligheden for tværgående rådgivning eller supervision i det omfang, det vurderes relevant. Ligesom inddragelse af barnet eller den unge samt dennes forældre skal være en del af forløbsprogrammerne"* (Satspuljeaftalen 2016).

På tværs af aftalerne på de to områder blev der også afsat midler til implementering af indsatserne. Der er således afsat ca. 30 mio. kroner til at få forløbsprogrammerne sat i værk. Der er imidlertid brug for en langt stærkere forankring end det, som et satspuljeprosjekt kan understøtte. Kommuner, Regioner og øvrige aktører skal derfor understøtte et stadig mere forpligtende og stærkere samarbejde på området for at få de gode intentioner omsat i større målestok.

Det at samarbejde, dele viden og styrke kompetencer - ikke mindst på lokalt plan – skal integreres i det daglige arbejde og ikke efterlades i politiske skåltaler. De senere års 'effektiviseringer' bl.a. i psykiatrien har f.eks. strammet grebet om mulighederne for at medtage barnets omgivelser og nærmiljø i behandlingen. Det har ikke været set som en kerneopgave eller ydelse. Med nye meldinger om værdibaseret styring, byder forløbsprogrammerne sig netop til med inspiration til, hvordan det kan omsættes i dagligt arbejde.



Forankring af forløbsprogrammernes indsatser

PPR udgør en oplagt arena at forankre indsatserne omkring sårbare og udsatte børn og unge, da det tager udgangspunkt i børn og unges nærmiljø og nære relationer i familie, institutioner og skoler. Børn og unges trivsel er afhængig af de relationer de indgår i og det er derfor nødvendigt, at indsatser rettet mod sårbare børn og unge er forankret i deres nærmiljø. I PPR er der fokus på det relationelle frem for det individorienterede, hvilket indeholder et stort potentiale til at skabe bæredygtige indsatser, da barnet eller den unge ikke ses løsrevet fra de omgivelser, som er afgørende for deres trivsel.

Dertil indeholder PPR et stort potentiale som brobygger til psykiatrien og der kan oplagt laves en styrket integreret indsats mellem børne- og ungepsykiatrien og PPR sådan, at kompetencer fra psykiatrien inddrages i de lokalt forankrede indsatser overfor børn og unge og deres familier. Ved løbende supervision fra en erfaren psykiater/psykolog fra psykiatrien vil PPR kunne løfte flere komplicerede udrednings og behandlingsopgaver uden, at barnet eller den unge skal tages ud af hverdagens faste rammer. PPR stor med et klart og velkvalificeret potentiale til at foretage behandlingsindsatser, da der er et veluddannet psykologfagligt personale til stede, som let vil kunne kvalificeres til at foretage lettere behandling i kommunalt PPR-regi. Forebyggelse af psykiske lidelser blandt sårbare og udsatte børn og unge kræver adgang til tidlig lettere behandling, sådan at færre børn og unge får behov for specialiseret behandling i psykiatrien.

Vi ser derfor gode takter og et vigtigt skridt i den rigtige retning, når samarbejdet mellem kommuner og regioner skrives frem i forløbsprogrammerne.

Overordnede pointer til alle tre programmer:

I nedenstående vil vi pointere nogle overordnede bemærkninger, som gælder for alle forløbsprogrammerne:

- **Sektorovergange**

Som nævnt i det ovenstående ser vi det som et vigtigt skridt i den rigtige retning, at forløbsprogrammerne beskriver rammer for samarbejde på tværs af sektorer. Det er helt afgørende for at nå mål om, at sætte tidligt ind med kvalificerede indsatser i børn og unges nærmiljø, at der fx laves et tæt samarbejde mellem PPR og børne- og ungepsykiatrien.

- **Forskningsmæssigt belæg for indsatserne**

Der mangler forskningsmæssigt belæg for de forskellige initiativer, som er fremhævet i boksene i forløbsprogrammerne. Initiativerne giver forslag til, hvor man kan kigge hen når man ønsker at få inspiration til forskellige indsatser. Det er imidlertid problematisk, at de forekommer tilfældigt udvalgt, og at der ikke er tale om afprøvede tiltag, som der er forskningsmæssigt belæg for. Såfremt man ønsker at komme med praksiseksempler på initiativer til inspiration, så bør det være for indsatser, der er anbefalede på baggrund af forskningsmæssigt belæg.

I Dansk Psykolog Forening mener vi klart, at alle de indsatser, der nævnes og medtages i forløbsprogrammerne, skal dokumenteres. Der er desværre angivet flere indsatser uden den dokumentation, og vi ønsker at de tiltag der ikke er forskningsmæssigt belæg for tages ud. Det svækker forløbsprogrammernes effektivitet og anvendelighed, hvis ikke dokumentationskravet og det forskningsmæssige belæg er et gennemgående krav. Der skal være stringens i, hvad der foreslås af indsatser, sådan at det ikke forekommer tilfældigt, hvad der bliver fremhævet, da det vil forhindre spredning af bedst mulig praksis på området.



- **Følg anbefalinger for førstevalg af behandlingsform såvel som supervision**

I de nationale kliniske retningslinjer for behandling af angst hos børn og unge (Sundhedsstyrelsen, 2016) er det en stærk anbefaling, at kognitiv adfærdsterapi skal anvendes frem for antidepressiva (SSRI/SNRI) som førstevalg i behandlingen af børn og unge med socialfobi, separationsangst og generaliseret angst. Dertil er det en stærk anbefaling at tilbyde kognitive adfærdsterapeutiske behandlingsprogrammer til børn og unge med socialfobi, separationsangst eller generaliseret angst.

I Dansk Psykolog Forening mener vi, at forløbsprogrammernes anbefalede initiativer for tidlig indsats skal tage udgangspunkt i de stærke anbefalinger fra de nationale kliniske retningslinjer. Kognitiv adfærdsterapi udført af personale med psykologfaglighed bør være førstevalg i den lettere tidlige behandling. Alle øvrige anbefalinger af indsatser bør ligeledes være understøttet af forskningsmæssigt belæg.

Udover de faglige anbefalinger og evidens er det afgørende for kvaliteten af tidlige indsatser, at de udføres af personale med de fornødne kvalifikationer. Psykologer i PPR er for hovedparten autoriserede og vil med korte efteruddannelseskurser kunne varetage en kvalificeret tidlig behandling og vil oplagt kunne modtage supervision fra psykiater/specialpsykolog fra børne- og ungespsykiatrien.

- **Fokus på inddragelse af forældre**

I Dansk Psykolog Forening er vi glade for, at der er fokus på inddragelse af forældre i forløbsprogrammerne. Vi har dog en generel bekymring i forhold til manglen på forpligtigelse af de gode intentioner om inddragelse af forældre. Vi mener at inddragelse af forældre bør være en skal-opgave og det skal ikke fremstå som et initiativ, der er vejledende i forløbsprogrammerne. Børn og unges trivsel er i særdeleshed afhængig af deres relation til deres forældre, og det er derfor afgørende at håndtere problemer i samarbejde mellem børn og unge og deres forældre.

Forløbsprogram for børn og unge med angst og depression

Vi ser tre primære udfordringer i dette forløbsprogram:

- 1) I de fremsatte anbefalinger af faglige indsatser ved angst- og depressive lidelser under afsnit 5.3.1 (side 27) fremhæves kognitive terapier som førstevalg i indsatsen. Det er vi i Dansk Psykolog Forening glade for, da det er i overensstemmelse med de gældende anbefalinger og evidens på området. Psykologer er heldigvis bredt til stede i PPR-indsatserne og er det fagpersonale, som er bedst klædt på til at varetage psykoterapi, samt uddannelse i, og supervision af, psykoterapi. På s. 35 under punktet om kompetenceudvikling mener vi derfor, at psykologer skal blive nævnt, da de har de rette kompetencer til at varetage kompetenceudviklingen.

Dansk Psykolog Forening anerkender, at den psykoterapeutiske indsats med fordel kan understøttes af andre typer indsatser, men i forbindelse med behandling af angst er det yderst problematisk at fremhæve fysio- og ergoterapeuternes arbejde med sanseintegration. Der findes ikke forskningsmæssigt belæg for, at sanseintegrationsvanskeligheder er en forløber for angstudvikling. Det er korrekt, at personer med sanseintegrationsproblemer også kan have angst, men det er ikke et



forhold, der ses den anden vej. Studier af professor i børnepsykologi ved Københavns Universitet (se projektet "Hjælp til Selvhjælp", samarbejde mellem Lyngby-Taarbæk kommune og Center for Angst, KU), Barbara Hoff Esbjørn, viser, at det er under 1 % af børnene med angst i det pågældende projekt, der også har sanseintegrationsproblemer. At anbefale at den psykoterapeutiske indsats kan understøttes eller ligefrem udgøres af brug af kugledyne/vest samt fokus på reaktioner i kroppen, kan derfor være direkte kontraindicerende på en problematik relateret til angst. I værste fald kan det faktisk forstærke angsten. Derfor anbefaler vi kraftigt, at disse eksempler på sanseintegrationsindsatser tages ud af teksten. Med andre ord, hvis denne typer indsatser anbefales, vil man fastholde den manglende viden og forståelse i kommunerne omkring effektfulde indsatser ved angstlidelser og en del børn vil få det massivt værre ved anvendelsen af sådanne typer sanseintegrationsindsatser.

- 2) Jf. de tidligere fremsatte overordnede kommentarer om behovet for forskningsbelæg for de forskellige foreslåede tiltag synes forslag i boksene tilfældige. Det er problematisk, fordi boksene indeholder anbefalinger til, hvor man kan kigge hen, når man ønsker at få inspiration (nogle går igen mellem alle tre forløbsprogrammer). Vi er bekymrede over, at der her ikke er tale om afprøvede tiltag, der er forskningsmæssigt belæg for, men i stedet tilfældige fremhævede eksempler på, hvad nogle kommuner gør. Hvis man på denne måde ønsker at give praksis eksempler på anbefalede tiltag, så bør der udelukkende fremhæves praksis eksempler, som der er forskningsmæssigt belæg for. Forslag til et tiltag, som der er forskningsmæssigt belæg for kunne være projektet "Hjælp til Selvhjælp", som er et samarbejde mellem Lyngby-Taarbæk kommune og Center for Angst, Københavns Universitet.
- 3) Screeningsværktøjet SDQ bliver bl.a. i afsnit 5.2.1 om faglige indsatser (side 22) nævnt som "målet" man primært bør bruge til at afdække symptomer på angst og depression. Dette er problematisk, da screeningsinstrument SDQ ikke er hverken relevant eller godt nok til at afdække disse lidelser. Man kan evt. anvende RCADS, der i højere grad kan afdække både angst og depression. Men hvis man ønsker at blive klogere på dette område, skal man i stedet tage udgangspunkt i de screeningsværktøjer, som anbefales af psykologfaglige eksperter til specifikke situationer. På side 47 fremhæves SDQ i Skema 1 som værktøj til at kvalificere beskrivelsen af barnets vanskeligheder og ressourcer. Vi mener, at en fremstilling af sammenhængen mellem symptomniveau og psykosociale problemstillinger i skemaet er ukorrekt. I denne forbindelse er det ligeledes relevant at understrege vigtigheden af, at psykologer er den faggruppe, der er bedst klædt på til at afdække og foretage en helhedsvurdering af symptomer og funktion samt vurdere relevant og effektiv indsats. Vi mener derfor, at det i forløbsprogrammerne bør fremhæves, at PPR-psykologer er de rette fagpersoner til at lave disse vurderinger i samarbejde med pædagoger/lærere og forældre.

Forløbsprogram for børn og unge med ADHD

Vi mener generelt, at dette forløbsprogram ser fornuftigt ud. Den tidlige indsats er godt beskrevet, og ved ADHD er det netop oplagt at se på den tidlige mistrivsel, som ikke behøver at være helt symptomspecifik. Men vi har nogle specifikke kommentarer og bekymringer til punkter i forløbsprogrammet:

- 1) På side 21 under afsnit om socialfaglig og/eller pædagogisk indsats nævnes "watchful waiting" herud for henvisning til børne- og ungepsykiatrien. I Dansk Psykologforening finder vi dette begreb uhensigtsmæssigt, da det er helt afgørende at der foregår en aktiv indsats i forhold til barnet på dette tidspunkt og det kan ikke anbefales at have en passiv "afventende" indsats. Det gælder



ligeledes, at indsatsen "selvhjælpsstrategier" i forhold til børn og familier ikke kan anbefales, da det ikke er i overensstemmelse med den eksisterende forskning. Der er evidens for en koordineret "aktiv" indsats, hvor forældre, pædagoger og lærer samarbejder om at tilrettelægge en struktureret og overskuelig hverdag, der hjælper barnet med ADHD. Der er ingen evidens for at indlæring af selvhjælpsstrategier i forhold til barnet skulle virke positivt.

- 2) Vi ser positivt på, at der på side 24 anbefales, at der tilbydes et afgrænset forløb med non-farmakologisk behandling i børne- og ungdomspsykiatrisk regi. Det vil være vigtigt at dokumentere effekterne af disse indsatser til fremtidig inspiration.
- 3) På side 18 og 23 beskrives brede undersøgelsesværktøjer. Her nævnes SDQ og CBCL. Vi mener, at 5-15 (FTF) bør tilføjes, da dette er nyere dansk standardiseret end CBCL og i øvrigt har impairment mål, hvilket CBCL ikke har.

Vi vil gerne pointere, at vi er meget enige i, at forældres betydning skal fylde mere på alle tre indsatsstrin. Vi har dog nogle specifikke kommentarer, der knytter sig til de tre indsatsstrin:

Indsatstrin 1

Allerede på trin et (den tidlige indsats) bør forældretræning inddrages som en forebyggende indsats til forældre, hvis børn har tidlige tegn på ADHD. Forældreprogrammerne forbygger vanskeligheder og mistrivsel og kan tilbydes i form af baby-, småbørn- og førskoleprogrammer. Begrundelsen herfor er, at forældretræning nedbringer negativ interaktion mellem forælder og barn og det mindsker de ADHD relaterede vanskeligheder hos risikogruppen.

Indsatstrin 2 (Socialfaglig/pædagogisk indsats)

I kassen om forældretræning står der:

"Forældretræning indebærer, at forældrene igennem flere sessioner lærer at forstå deres barns behov og ligeledes lærer adfærdsreguleringsstrategier..."

Vi foreslår, at det ændres til:

"Forældretræning indebærer at forældrene igennem et længerevarende evidensbaseret forældretræningsprogram lærer at forstå deres barn, får strategier til at hjælpe deres barn, bliver sikre i forældrerollen samt lærer adfærdsregulerende strategier..."

Indsatstrin 3:

Evidensbaseret forældretræning bør inddrages på trin 3 som en nonfarmakologisk indsats i psykiatrien eller kommunen, såfremt barnet er under 13 år.



Forløbsprogram for børn og unge med spiseforstyrrelser

I Dansk Psykolog Forening er vi generelt tilfredse med dette forløbsprogram og det kan fremhæves at især samarbejdet mellem kommuner og regioner går flot igennem hele materialet og at skæringerne mellem de forskellige niveauer ser fornuftige ud. Vi er derudover glade for lovgivningen om efterværn og STU-forløbene og mulighederne for at tilrettelægge særlige tilbud.

Det vi imidlertid efterlyser i forløbsprogrammet er:

- 1) Det er generelt vanskeligt at opspore spiseforstyrrelser tidligt, og dette fremgår i materialet, men forskning i forhold til forebyggelse og tidlig indsats ved spiseforstyrrelser mangler at blive nævnt. Der er trods alt mange ting, som man kan få øje på tidligt ved spiseforstyrrelser.
- 2) På side 16 står der *"forældre der spiller en stor rolle..."*, hvilket vi ønsker erstattet med *"forældre der spiller en altafgørende rolle..."*, da det er afgørende for behandlingen at forældre inddrages.
- 3) På side 20 er PPR nævnt og fremhævet, hvilket vi er glade for. Vi mener i den sammenhæng, at PPR-psykologer bør fremhæves specifikt, da de har særlig faglig viden på området.
- 4) På side 22 og 23 står nævnes kropsterapi og kognitiv adfærdsterapi. Her står: *"Psykotераpi varetaget af professionelle med erfaring inden for..."*, hvilket vi ønsker erstattet med *"Kvalificeret psykoterapi ved psykologer, der har viden om spiseforstyrrelser..."*.
- 5) Rudersdal kommune fremhæves i forløbsprogrammer, hvilket vi vurderer, er uhensigtsmæssigt, da der i denne kommune på ingen måde er særlig viden om spiseforstyrrelser. Som nævnt ovenfor mener vi, at der bør være forskningsmæssigt belæg for de eksempler der fremhæves, sådan at det ikke er tilfældige valg af kommuner, der fremhæves.
- 6) Endelig adresseres det i forløbsprogrammet, at behandling også kan være i privat regi, hvilket vækker bekymring, da vi mener, at det skal være offentlige dokumenterede indsatser som anbefales i forløbsprogrammet.





**Fagligt Selskab for
Sundhedsplejersker**

Fagligt Selskab for Sundhedsplejerskers høringssvar til ” Forløbsprogram for børn og unge med angst og/eller depression”, ”Forløbsprogram for børn og unge med ADHD” & ”Forløbsprogram for spiseforstyrrelser”

Generel bemærkning:

Fokus er primært på behandlingsdelen og hvordan overgangene mellem diverse behandlende instanser sikres.

Der er høringsudkastene fokus på den behandlende del og samarbejdet mellem disse parter.

Forløbsprogram for børn og unge med angst og/eller depression

Der kunne ønskes en mere dybdegående beskrivelse ift. de forebyggende indsatser – også i forbindelse med overgange.

Vi mener, at sundhedsplejerskernes rolle i forløbsprogrammerne er beskrevet i relevante sammenhænge.

S. 1-5 spiseforstyrrelse er blandet ind i dele af teksten.

S. 7-8 Præsentationen af engelsk undersøgelse vedr. børn med angst og depression – der savnes en uddybning af, at vi i Danmark ikke nødvendigvis kan sammenlignes direkte med forholdene i England.

S. 8 Kilder på definitionerne af angst og depression.

S. 10 Her nævnes familiestudier, hvor der mangler kildehenvisning.

Forløbsprogram for børn og unge med spiseforstyrrelser”

Der defineres og argumenteres for aldersgruppen fra 8 år. Der savnes problematikkerne om de tidligere spiseproblematikker og indsatsmuligheder i forhold til dette. Sundhedsplejerskens rolle er nævnt i opsporingsarbejdet, hvorfor ovenstående bliver meget relevant for problematikken.

Fokus for udkast er primært i forhold til behandling og samarbejde/overgange.

Forløbsprogram for børn og unge med ADHD

Aldersgruppen er valgt fra 0 år og derfor savnes en mere dybdegående beskrivelse af forslag til indsatser og overgange i den generelle indsats, samt hvilke muligheder forskellige faggrupper har i forhold til sparring på dette område.

Der henvises primært til eksisterende arbejdsgange i kommunerne (underretninger), vi kunne ønske, at der blev beskrevet andre arbejdsgange, nytænkende muligheder.

Med venlig hilsen

Fagligt Selskab for Sundhedsplejersker

Formand

Susanne Rank Lücke

Sundhedsstyrelsen
Enhed for Planlægning
PLAN@sst.dk



København, 14. oktober 2017

Høringssvar vedr. 'Forløbsprogram for børn og unge med spiseforstyrrelse'

Dansk Selskab for Klinisk Ernæring (DSKE) takker for lejligheden til at afgive høringssvar i sagen.
Vores kommentarer fremgår nedenfor.

Generelt mener vi, at forløbsprogrammet er et rigtig godt udgangspunkt, der giver plads til at den sundhedsprofessionelle kan vælge individuelle løsninger til at opnå behandlingsmålet.

Vi har følgende forslag, som vi mener vil gøre forløbsprogrammet endnu bedre.

I afsnittet om Anorexia Nervosa på side 8 samt i bilag 4 fremhæves fedtfobisk adfærd som et af symptomerne på Anorexia Nervosa. Her kunne med fordel nævnes, at der i tråd med en udbredt tendens i samfundet ses en øget kulhydratfobisk adfærd særligt relateret til de simple kulhydrater.

I bilag 7 som i selve forløbsprogrammet bør den ernæringsfaglige indsats nævnes. Eksempelvis fremhæves genoptræning ved ergo- og fysioterapeut under relevant sundhedsfaglig opfølgning. Her bør ligeledes nævnes ernæringsindsats ved klinisk diætist eller anden ernæringsfaglig sundhedsprofessionel.

Med venlig hilsen

På vegne af DSKE's bestyrelse:

Jørgen Wiis, formand for DSKE

Til: Sundhedsstyrelsen

Dato: 16.10.2017

**Bemærkninger fra BKF til Sundhedsstyrelsens høringsudkast vedr.
forløbsprogrammer for børn og unge med psykiske lidelser**

BKF synes det er positivt, at der udarbejdes forløbsprogrammer for børn og unge med psykiske lidelser. Forløbsprogrammer understøtter, at der arbejdes systematisk og tværsektorielt med børn og unge med psykiske lidelser, hvor flere sektorer, lovgivninger og fagligheder er i spil. Derudover er det positivt, at der i forløbsprogrammerne er fokus på tidlig indsats og mindst mulig indgribende indsats i nærmiljøet. Dette understøtter kommunernes grundlæggende mindset på børn- og familieområdet.

BKF er enige i, at der på området er behov for en mere sammenhængende og koordineret indsats, hvilket forudsætter overblik og viden om samarbejdspartneres organisering og bidrag ind i opgaveløsningen, således børn og unge ikke falder mellem ”flere stole”. Denne risiko eksisterer i dag. Dette er både inden for kommunen (serviceloven, sundhedsloven mv.) samt mellem kommunen, praktiserende læge og børnepsykiatriske afdelinger.

Som en konsekvens af forløbsprogrammerne er det derfor også væsentligt, at der sker en økonomisk forventningsafstemning mellem parterne i forhold til de anbefalinger, der bliver udarbejdet i forløbsprogrammerne. BKF vurderer således, at forløbsprogrammerne vil påvirke de kommunale indsatser i den forebyggende og tidlige indsats samt kan medføre beslutninger om justering eller ændring af serviceniveauet, som vil skulle godkendes politisk.

BKF er i forlængelse af ovenstående derfor også positiv over for, at der kan søges midler til udarbejdelse af forløbsprogrammer, samt yderligere afsatte puljemidler til implementeringen. Det er dog ikke tydeligt, hvem der kan søge puljemidlerne.

BKF ser frem til den videre inddragelse i udarbejdelse af forløbsprogrammerne.

Med venlig hilsen

Jan Henriksen,
formand for BKF

Marianne Stentebjerg
Formand for Børne- og Familienetværket

Eventuelle henvendelser til:

Formand for bestyrelsen Jan Henriksen , jan.henriksen@middelfart.dk

Formand for Børne- og Familienetværket Marianne Stentebjerg, mste@nyborg.dk

Sundhedsstyrelsen

Socialstyrelsen
Edisonsvej 1
5000 Odense C

Tlf. +45 72 42 37 00
socialstyrelsen@socialstyrelsen.dk
www.socialstyrelsen.dk

Center for Handicap og Psykisk
Sårbarhed
5. oktober 2017
Sagsnr. 2017-9794

Svar på høring: Høring: Forløbsprogrammer for børn og unge med psykiske lidelser (Forløbsprogram for børn og unge med angst og/eller depression, Forløbsprogram for børn og unge med ADHD og Forløbsprogram for børn og unge med spiseforstyrrelse).

Høringssvaret adresserer samlet de tre forløbsprogrammer, der den 26. september er sendt i høring. Svaret forholder sig indledningsvist til forløbsprogrammerne generelt og tværgående. Herefter følger kommentarer, som knytter sig til det enkelte program. Socialstyrelsen har været repræsenteret både i den overordnede referencegruppe og i arbejdsgrupperne tilknyttet hvert område. Socialstyrelsen har således været inddraget i udarbejdelsen af forløbsprogrammerne på nærmeste hold.

Socialstyrelsen ser overordnet meget positivt på udarbejdelsen af forløbsprogrammerne med afsæt i den generiske model. Forløbsprogrammerne udgør et vigtigt supplement til at understøtte sammenhæng og samarbejde på tværs af sektorer og myndighedsområder.

Det skal understreges, at nedenstående kommentarer, med få undtagelser, alle tidligere er fremsat enten i regi af referencegruppen eller i forbindelse med det konkrete arbejde med de enkelte programmer. Socialstyrelsen vurderer fortsat, at ændringer på disse punkter vil være af stor betydning for både modtagelse og implementering af programmerne.

Forløbsprogrammerne samlet set

Socialstyrelsen stiller sig generelt positivt i forhold til at udarbejde forløbsprogrammerne inden for rammerne af den generiske model for mennesker med psykiske lidelser, som blev udarbejdet i 2015. Anvendelsen af den generiske model understøtter, at programmerne får ensartet struktur og en ensartet terminologi. På trods heraf, er der fortsat flere steder, hvor programmerne afviger uhensigtsmæssigt fra hinanden, og hvor det vurderes, at de kunne få et mere ensartet udtryk med relativt få tilpasninger.

Det er afgørende at understrege vigtigheden af, at de tre programmer får et endnu mere ensartet udtryk, og at der bør tilstræbes størst mulig lighed i brug af modeller, anvisninger m.m., da det vil gøre det nemmere for praksis at

arbejde med. En enkelt løsning på dette kan være, at lade kapitel 5 være indgangen for alle programmerne som et fælles afsæt umiddelbart efter kapitel 1 og først herefter præsentere de enkelte målgrupper. Dermed vil vigtigheden af den tidlige forebyggende indsats og opsporing af børn i mistrivsel fremstå mere tydeligt.

Socialstyrelsen anser dette som væsentligt af hensyn til den samlede modtagelse og anvendelse af programmerne. Selvom programmernes primære målgruppe er fagpersoner, som arbejder professionelt på sundheds- og socialområdet, er det forventeligt, at både borgere og pårørende også vil orientere sig i materialet. Det er vigtigt, at målgruppen oplever, at psykiske lidelser og udviklingsforstyrrelser omtales og forstås ens. Dette ses tydeligst i brugen af begrebet *psykisk lidelse*, som ikke vurderes at være dækkende for alle fire trin i forløbsprogrammerne (se endvidere specifik kommentar om dette i relation til ADHD).

Generelt anerkender Socialstyrelsen bestræbelserne på at gøre sprogbrugen let og flydende, hvilket der også er lagt et stort arbejde i. Dog er indtrykket fortsat, at programmerne bærer præg af et meget sundhedsfagligt sprog, som gør det vanskeligt at læse, hvis læseren ikke er fagligt funderet på sundhedsområdet, hvilket må formodes at gøre sig gældende for en meget stor del af målgruppen. Særligt gør dette sig gældende for programmet om angst og depression, og det foreslås, at den endelige udformning af dette program sprogligt lægger sig mere op af de to andre programmer.

Den generiske model betyder endvidere, at der er flere afsnit, der er enslydende og går igen i alle tre forløbsprogrammer. Dog er der flere steder, hvor ordlyden ikke er den samme, eller hvor der mangler informationer fx i boksen med anbefalinger under den tidlige indsats trin 1. Her fremgår det i forløbsprogrammet om spiseforstyrrelser, at *børne- og ungdomspsykiatrien tilbyder børne- og ungdomspsykiatrisk vurdering og rådgivning til fagprofessionelle i kommunen og almen praksis*. Denne anbefaling fremgår ikke i de to andre programmer men skønnes lige så relevant her.

Socialstyrelsen foreslår derfor, at forløbsprogrammerne redigeres grundigt med henblik på følgende:

- Læsevenlighed
- Enslydende sprog og overskrifter
- Stringent terminologi
- Kritisk gennemgang af hvor der kan mangle referencer
- Nøje gennemgang af de gennemgående kapitler, hvor det er afgørende, at ordlyden er ens
- Om muligt prøve at trække de væsentligste budskaber frem enten i grafisk form eller som bokse

- Overskrifter i eksempelbokse skal være mere retvisende/udførlige, så boksens indhold kan forstås alene, uden det er nødvendigt at gå tilbage i teksten efter information.

Tværgående kommentarer til de enkelte kapitler

I det følgende fremsætter Socialstyrelsen tværgående kommentarer til de enkelte kapitler.

Kapitel 1. introduktion

Det bør overvejes, om der indledningsvist skal fremgå en kort sammenfatning af det pågældende forløbsprogrammes anbefalinger. Som det står nu, skal læseren relativt langt ind i forløbsprogrammet, før anbefalingerne nås og de centrale pointer nås.

I alle tre forløbsprogrammer indgår som bilag (nr. 6 i ADHD programmet og angst/depression og nr. 7 i spiseforstyrrelser) *Model for graduerede indsatser for børn og unge med psykiske lidelser*. Socialstyrelsen foreslår, at modellen indsættes som model i selve teksten frem for som bilag. Grunden hertil er, at modellen giver et overblik, som vurderes væsentligt i forhold til forståelsen af teksten og forståelsen af sammenhængen mellem indsatserne i hhv. primær og sekundær sektor og samspillet imellem disse. Modellen understøtter således afsnit 1.3, som i alle tre dokumenter beskriver forløbsprogrammerne som *et organisatorisk redskab, der beskriver samarbejde mellem forskellige parter og deraf kan være med til at understøtte ensartet høj kvalitet og sammenhæng i indsatsen for en specifik målgruppe* og videre er et redskab, som kan hjælpe ledere og medarbejdere til at få etableret et godt samarbejde og understøtte fælles mål og retning i indsatsen.

Endvidere lægger strukturen i forløbsprogrammerne sig meget tæt op ad modellen, hvorfor den også kan fungere som en vejviser for læseren.

Alternativt kan modellen sættes ind i starten af kapitel 5, hvis kapitel 4 integreres heri (se nedenfor under kapitel 4)

Kapitel 2 forløbsprogrammets målgruppe

Beskrivelserne af målgrupperne må naturligvis være forskellige. Det er vigtigt, at målgrupperne beskrives så præcist og nuanceret som muligt. Dog vil det være hensigtsmæssigt, at ensartethed i forhold til sprog, struktur og fokus i højere grad tilstræbes. Således adskiller særligt forløbsprogrammet om angst og/eller depression sig markant fra de to andre programmer, idet der både bruges en meget patologisk terminologi, og der anvendes en anden inddeling.

For alle tre målgrupper er der tale om en høj grad af komorbiditet fx mellem angst og ADHD eller mellem spiseforstyrrelser og depression. Dette betyder, at en stor del af modtagerne af forløbsprogrammerne vil orientere sig i mere end et program, hvorfor det er afgørende, at der sikres genkendelighed på tværs af programmerne (jf. pointen anført oven for omkring modtagergruppen).

Kapitel 3 samarbejde og koordination

En væsentlig pointe i forløbsprogrammerne er, at organisering og tværfagligt samarbejde er af afgørende betydning for en sammenhængende og målrettet indsats. Dog har programmerne primært fokus på det tværsektorielle samarbejde mellem primær- og sekundærsektor og har i mindre grad blik for det tværsektorielle og tværfaglige samarbejde, der pågår internt i en kommune. Da det i vid udstrækning er i primærsektoren og i kommunalt regi, at den forebyggende og tidlige indsats, såvel som den opfølgende indsats foregår, bør dette fremgå tydeligere i dette kapitel. Det vurderes, at det kan være af afgørende betydning for den konkrete omsætning af forløbsprogrammerne i den kommunale praksis. Uanset om der arbejdes med den tidlige og opsporende indsats eller med den mere individuelle indsats, vil der være mange fagområder i spil, og systematisk opsporing og indsats skal gerne finde sted i et samspil mellem sundheds-, social- og dagtilbuds- og skoleområdet i kommunerne.

I forhold til eksemplet med en "tovholderfunktion", beskrevet i en boks, vil det være hensigtsmæssigt at ændre dette til en "sammenhængende plan" for barnet, som gerne må være it-understøttet og beskrive de enkelte punkter ud fra denne plan.

Erfaringerne fra Socialstyrelsens samarbejde med kommunerne er, at det tværfaglige og tværsektorielle samarbejde internt i en kommune ofte er yderst komplekst og kan være en udfordring, da forskellige sektorer skal bidrage med en indsats vedr. barnet eller den unge. Forløbsprogrammerne kan således være med til at understøtte, at der arbejdes systematisk med at sikre dette.

Kapitel 4. Alment forebyggende indsats

Ved gennemlæsning af alle tre programmer forekommer det ikke helt retvisende, at den alment forebyggende indsats har sit eget kapitel. Det vil virke mere sammenhængende, hvis den alment forebyggende indsats indgår som et underafsnit til kapitel 5 på linje med de andre indsatsniveauer.

I alle tre programmer fremgår en boks med eksempler til inspiration til tidlig opsporing. Heri henvises til Socialstyrelsens opsporingsmodel. Socialstyrelsen henstiller til, at opsporingsmodellen beskrives på følgende vis:

Socialstyrelsen har udviklet en opsporingsmodel, der fungerer som vejledning til fagprofessionelle i bl.a. dagtilbud, skoler og sundhedspleje med henblik på systematisk opsporing af børn i mistrivsel. Med opsporingsmodellen bliver alle børn systematisk trivselsvurderet 2-3 gange om året. Det er erfaringen, at

trivselsvurderingerne er med til at sætte fokus på gråzonebørnene og bl.a. opspore tidlige tegn på mistrivsel.

Kapitel 5 Faglige indsatser og organisering

I det meget vigtige kapitel 5.1 om graduerede indsatser afviger særligt programmet vedr. angst og depression markant fra de to andre. Socialstyrelsen vurderer det som meget væsentligt, at dette kapitel er ens i alle tre dokumenter. Det er vigtigt, at den kommunale praksis, hvor størstedelen af indsatsen almindeligvis vil finde sted, er beskrevet fuldstændigt ens på tværs af de tre målgrupper. Naturligvis under hensyn til om der ved den enkelte målgruppe er noget helt særligt, der gør sig gældende.

Generelt kunne det være hensigtsmæssigt, at myndighedsområdet og de lovgivningsmæssige krav, der er på området, skrives tydeligere frem. Det vil være væsentligt, at det fremgår, at der kan være behov for at tænke myndighedsområdet ind på alle trin, der beskrives i forløbsprogrammet. Det vil endvidere være relevant at understrege, at hvorvidt myndighed skal underrettes/inddrages skal bero på en individuel faglig vurdering fra sag til sag. I programmet om angst og depression nævnes specifikt i afsnit 5.3.1, at *der vil ofte være behov for en børnefaglig undersøgelse*. I denne sammenhæng er det væsentligt at fremhæve, at en børnefaglig undersøgelse eller indsats ift. Serviceloven altid på alle trin (også det forebyggende stadie) bør overvejes i henhold til gældende lovgivning. Denne formulering fremgår ikke i de to andre programmer, og den bør således også skal medtages her.

Det kunne ligeledes være relevant, at henvisningen fra almen praksis var tydeligt beskrevet i forløbsprogrammerne.

Kommentarer knyttet til de enkelte forløbsprogrammer

I det følgende fremgår Socialstyrelsens mere specifikke kommentarer til hvert enkelt forløbsprogram.

Forløbsprogram for børn og unge med angst og/eller depression

Strukturen i kapitel 2 om målgruppen bør i højere grad indholdsmæssigt følge strukturen i de to andre forløbsprogrammer, da det vurderes bedre at tilgodese den brede målgruppe for forløbsprogrammerne.

Formidlingen i samme kapitel skal gøres lettere tilgængelig og dermed målrettes den brede målgruppe for forløbsprogrammerne. Kapitlet kan med fordel læne sig mere op ad terminologien i de to andre programmer.

I afsnit 5.2.1 under *Helhedsvurdering af barnet/den unge* anvendes termen helhedsvurdering flere gange, men indholdet i den følgende tekst retter sig mere mod et individorienteret perspektiv. Det bør derfor tilstræbes, at helhedsvurderingen beskrives mere klart.

Endvidere nævnes alle de relevante fagprofessionelle, der kan inddrages i en helhedsorienteret vurdering i afsnittet. Det forekommer uhensigtsmæssigt efterfølgende at fremhæve udvalgte faggrupper (side 22).

Vær opmærksom på at anvende en sprogbrug, som ikke stigmatiserer barnet. På side 23 fremgår fx denne formulering: *så det ikke vedligeholdes i dem*. Denne formulering foreslås erstattet af: *så angsten ikke vedligeholdes*.

En vigtig del af alle tre forløbsprogrammer er brugen af den graduerede indsats. Angst og/eller depression adskiller sig fra disse ved at anvende to gradueringsskemaer. Ud over det skema, som er vedlagt som bilag i alle tre programmer, indgår også et gradueringsskema, som er specifikt rettet mod funktionsevnen for børn og unge med angst og/eller depression. Tanken er, at det specifikke gradueringsskema skal fungere som et hjælperedskab til fagprofessionelle ift. at vurdere, hvilken form for indsats barnet skal tilbydes (trin 1-3). Det virker imidlertid forvirrende, at der er to gradueringssystemer, den professionelle skal forholde sig til. Det bør derfor fremgå mere tydeligt, hvordan de to adskiller sig, hvad formålet er med dem, og hvem de retter sig mod. Dette kan evt. løses ved, at det gennemgående gradueringsskema integreres ensartet i teksten i alle tre programmer som en guide til læseren, og at det specifikke gradueringsskema fortsat indgår som et bilag.

Forløbsprogram for børn og unge med ADHD

Indledningsvis skal det understreges, at Socialstyrelsen fortsat modsætter sig brugen af begrebet *psykisk lidelse* om denne målgruppe. Dette dels fordi det som tidligere nævnt ikke er et dækkende begreb for barnet eller den unges vanskeligheder på alle de fire indsatsniveauer. Men mere væsentligt er det i denne sammenhæng, at det vurderes at være mere retvisende at omtale ADHD som en udviklingsforstyrrelse frem for en psykisk lidelse. Når dette er så vigtigt et nedslagspunkt, handler det om, at mennesker med ADHD sjældent selv kan genkende deres vanskeligheder som en psykisk lidelse. Det er af stor betydning, at de professionelle omgivelser møder barnet, den unge og familien med en forståelse for deres funktionelle vanskeligheder, som ikke er stigmatiserende.

Forløbsprogrammet for børn og unge med ADHD har en meget tæt kobling til *National ADHD-handleplan på det sociale område*. Denne kobling er yderst

vigtig, og af stor betydning for den gennemslagskraft både forløbsprogrammet såvel som den reviderede udgave af handleplanen vil få. Der er et par steder, hvor henvisningerne til handleplanen skal præciseres.

I den overordnede reference til handleplanen på side 17 nævnes en række områder i handleplanen. Listen er ikke helt retvisende og mangler fx afsnittet om hverdagsmestring blandt unge. Denne reference bør formuleres således:

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

Derudover vil det være fint med referencer til handleplanen på side 19 under den socialfaglige og/eller pædagogiske indsats og under 5.3.1 side 21.

Under indsatser trin 2 på side 22 nævnes forældretræning som eksempel på en indsats af foregribende karakter. Det vil være mere retvisende, hvis det kort uddybes, at forældretræning ikke knytter sig til et bestemt indsatstrin, men inden for rammerne af den kommunale praksis kan sættes i værk, når den skønnes at kunne løse de problemstillinger, der gør dig gældende, ikke kun når barnets vanskeligheder når et bestemt niveau.

Endelig fremgår det i afsnittet 5.1 om faglige indsatser, at der fx *kan udarbejdes en genoptræningsplan*. I en ADHD-kontekst forekommer det misvisende at tale om genoptræning. Det vil være mere retvisende at betegne dette som en opfølgings- eller handlingsplan.

Under de faglige indsatser foreslås det, at psykoedukation fremgår, som en væsentlig indsats rettet mod forældrene efter en udredning på psykiatrisk afdeling med henvisning til følgende projekt som aktuelt gennemføres i København og Frederiksberg i samarbejde med Bispebjerg BUC.

Evalueringsrapport findes her:

https://www.regionh.dk/udsatteborgere/projekter/projekter-fase-3/Documents/Evalueringsrapport_%20N3.pdf

Forløbsprogram for børn og unge med spiseforstyrrelse

I forløbsprogrammet for børn og unge med spiseforstyrrelser fremgår det flere steder, at barnet eller den unge og familien bør inddrages og indgå som en del af indsatsen (fx side 5). Dette er naturligvis helt afgørende, men det kan misforstås, som om der kan gennemføres en indsats, som barnet eller den unge og familien ikke indgår i, hvilket ikke er muligt.

I tråd med ovenstående savnes et fokus på mestring og barnets eller den unges og familiens rolle heri. Dette handler således om at få fremhævet, at det er af

afgørende betydning, at mestring og inddragelse er centrale elementer i indsatsen omkring spiseforstyrrelser.

I forløbsprogrammet henvises til to af Socialstyrelsens publikationer fra 2015 *De nationale retningslinjer og den centrale udmelding*. Begge publikationer bliver introduceret i afsnit 1.5 og fremgår desuden af litteraturlisten. I rapportens efterfølgende henvisninger bliver der blot henvist til Socialstyrelsen 2015. Det bør præciseres, om der henvises til de nationale retningslinjer eller den centrale udmelding, fordi der er tale om publikationer med to forskellige formål. Det vil eventuelt kunne løses ved at kalde den ene publikation for "Socialstyrelsen 2015a" og den anden for "Socialstyrelsen 2015b".

Når der oven for henvises til Socialstyrelsens to nævnte publikationer, bør der endvidere mere tydeligt sondres mellem den målgruppe, som Sundhedsstyrelsens forløbsprogram drejer sig om (børn og unge med spiseforstyrrelser), og den målgruppe som Socialstyrelsens nationale retningslinjer og centrale udmelding fra 2015 drejer sig om, nemlig borgere med *svære* spiseforstyrrelser.

Dertil kommer, at de indsatser, der omtales i den centrale udmelding, er afgrænset ved at være *højt* specialiserede. Dette gør sig fx gældende i afsnit 5.2 på side 18, hvor der refereres til Socialstyrelsen 2015, der antages at være den centrale udmelding. Heraf fremgår det, at "Socialstyrelsen har defineret en række afgørende faktorer på specialiseret rehabilitering". Formuleringen bør præciseres, så det fremgår, at der er tale om en *højt* specialiseret rehabiliteringsindsats til borgere med *svære spiseforstyrrelser*.

Fra: SST Plan
Sendt: 16. oktober 2017 09:35
Til: PLAN Studenter
Emne: VS: Høringssvar over forløbsprogrammer for børn og unge med psykiske lidelser: Høring: Forløbsprogrammer for børn og unge med psykiske lidelser (SM Id nr.: 512218)
Vedhæftede filer: Høringssvar SST forløbsprogrammer - Socialstyrelsen 091017.pdf; Forløbsprogram BU angst depression høringsudkast{F2#3389279#1#3389274#8}.pdf; Forløbsprogram BU spiseforstyrrelse høringsudkast BSM udsatte børn-2.pdf

Fra: Alberte Mira [<mailto:almi@sm.dk>]

Sendt: 16. oktober 2017 09:21

Til: SST Plan

Cc: Anne Martha Malmgren-Hansen

Emne: Høringssvar over forløbsprogrammer for børn og unge med psykiske lidelser: Høring: Forløbsprogrammer for børn og unge med psykiske lidelser (SM Id nr.: 512218)

Til Sundhedsstyrelsen.

Børne- og Socialministeriet og Socialstyrelsen takker for muligheden for at afgive høringssvar.

Socialstyrelsens samt Børne- og Socialministeriets høringssvar består af henholdsvis Socialstyrelsens samlede høringssvar vedhæftet som dokument, og Børne- og Socialministeriets bemærkninger som fremgår af nedenstående mail, samt vedhæftede høringsudkast med Børne- og Socialministeriets indsatte bemærkninger.

Socialstyrelsens bemærkninger, og dermed høringssvar, er vedhæftet denne e-mail under titlen "Høringssvar SST Forløbsprogrammer - Socialstyrelsen 091017".

Børne- og Socialministeriet har, udover de vedhæftede høringsudkast med kommentarer, følgende bemærkninger til høringen:

Kontoret for Udsatte Børn kan tilslutte sig både de generelle bemærkninger og de bemærkninger, der specifikt er knyttet til forløbsprogrammet for børn og unge med spiseforstyrrelse.

Vi skal - som de til øvrige programmer understrege, at der kan være behov for at tydeliggøre reglerne om underretning og evt. regler om udveksling af oplysninger mellem myndigheder også undervejs i forløbsprogrammet (ikke kun i indledende afsnit).

Ud over Socialstyrelsens generelle og specifikke kommentarer til forløbsprogrammerne, som Kontor for Udsatte Børn kan tilslutte sig, er der indsat kommentarer i vedlagte forløbsprogram.

- I forhold til alle tre forløbsprogrammer skal det understreges, at sprogbrug bør tilrettes, så det er forståeligt for en bred kreds af brugere.
- Desuden bør der i alle tre forløbsprogrammer indsættes oplysninger - fx faktaboks - om den skærpede underretningspligt efter servicelovens § 153.
- Endelig bør der i forløbsprogrammerne måske være opmærksomhed på, hvilke oplysninger der kan udveksles på tværs af myndigheder - og forudsætningerne herfor.

Kontoret for Dagtilbud har følgende bemærkninger til forløbsprogram for børn og unge med ADHD:

- Formulering: På side 6 i afsnit 1.6 nævnes en række relevante love, herunder dagtilbudsloven, med henvisning til bilag 3 i publikationen "Generisk model for forløbsprogrammer for mennesker med psykiske lidelser" (Socialstyrelsen og Sundhedsstyrelsen, 2015).
 - Kommentar: Den publikation, I henviser til, nævner ikke eksplicit dagtilbudsloven. Særligt relevante paragraffer i dagtilbudsloven kunne være § 3 stk. 3, § 4 stk. 2-3 og § 8 stk. 4. Desuden henvises til de særlige dagtilbud, som ligger under loven om social service (kapitel 7). I hvilket omfang det er relevant at være så specifik ift. vores lovgivning i jeres henseende, har vi ingen kommentarer til.

- Formulering: Øverst på side 15 står "[...]i bl.a. sundhedsplejen, dagplejen, dagtilbud, skole[...]".
 - Kommentar: Dagpleje er en *type* dagtilbud og bør således fjernes fra opremsningen, idet "dagtilbud" allerede omfatter dagplejen.
- Formulering: På side 18 står der to gange "institutionen".
 - Kommentar: Dagtilbud kan etableres enten som institution eller som dagpleje – der bør derfor stå "dagtilbuddet" og ikke "institutionen".

Med venlig hilsen

Alberte Mira

Kontoret for Jura og International
Student/Stud.jur.

Lokale 3.100

Direkte telefon: 41 85 10 39

Mail: almi@sm.dk



Børne- og Socialministeriet

Holmens Kanal 22

1060 København K

Telefon: 33 92 93 00

www.sm.dk



Sundhedsstyrelsen

Ergoterapeutforeningen
Nørre Voldgade 90
DK-1358 København K
Tlf: +4588826270
etf.dk

Den 16. oktober 2017
Ref.: MF
Email: mf@etf.dk

Høring: Forløbsprogram for børn og unge med spiseforstyrrelse

Sundhedsstyrelsen har den 25. september 2017 sendt "Forløbsprogram for børn og unge med spiseforstyrrelse" i høring. Ergoterapeutforeningen og de ergoterapeutfaglige selskaber takker for muligheden for at deltage i arbejds- og referencegruppen for forløbsprogrammet og for at få forslaget til forløbsprogrammet i høring.

Indledende kommentarer

Der er behov for bedre sammenhæng i indsatserne til unge med psykiske lidelser. Ergoterapeutforeningen er derfor meget positiv over for, at der udarbejdes tre forløbsprogrammer for børn og unge med henholdsvis ADHD, angst/depression og spiseforstyrrelser. Forløbsprogrammerne kan forhåbentlig medvirke til, at der bliver en bedre dialog og koordinering af indsatserne på tværs af sektorer og på tværs af forskellige fagligheder.

Ergoterapeutforeningens høringssvar til de tre forløbsprogrammer er opbygget på samme måde. Først kommer fire nedslag, som gælder alle tre forløbsprogrammer:

- Tidlige og forebyggende indsatser
- Helhedsorientering er vigtig
- Afgrænsningscirkulæret
- Evaluering og revision af forløbsprogrammerne

Herefter følger to punkter, der vedrører det enkelte forløbsprogram:

- Konkrete redskaber og kompetencer
- Samlet vurdering

Tidlige og forebyggende indsatser

Det er rigtig vigtigt, at vi sætter tidligt ind over for børn og unge, der mistrives, så små problemer ikke bliver til store problemer. En problemstilling, som ikke adresseres tilstrækkeligt i nogle af de tre forløbsprogrammer, er, at det for mange børn og unge først er muligt at få hjælp, når de har fået en diagnose. Det bliver vi nødt til at gøre op med, hvis vi reelt vil kunne hjælpe børn og unge tidligt, som der lægges op til i alle tre forløbsprogrammer.

Helhedsorientering er vigtig

I alle tre forløbsprogrammer lægges der vægt på, at en helhedsorienteret tilgang er nødvendig. Det er rigtig positivt. Hvis vi vil forstå, hvorfor barnet eller den unge reagerer, som de gør, må vi se på, hvordan de reagerer både i hjemmet og i skolen/institutionen. En god søvn er fx afgørende for, at man kan fungere den næste dag i skolen. Flere steder er praksis dog stadig, at man kun ser på barnet i ét miljø.

Afgrænsningscirkulæret

Målgrupperne for alle tre forløbsprogrammer vil have glæde af at få tildelt fx kugledyner og kædeveste, men i praksis er det ofte en udfordring at finde ud af, hvem der skal betale, og hvilken paragraf det hører under. Udvalget for det nære og sammenhængende sundhedsvæsen har før sommerferien igangsat et arbejde, hvor man forsøger at afklare, hvornår noget er et behandlingsredskab, og hvornår noget et hjælpemiddel (ved en opdatering af afgrænsningscirkulæret). Det arbejde, har Ergoterapeutforeningen store forhåbninger til, vil gøre reglerne på området klarere.

Da forløbsprogrammerne netop har til formål at forbedre samarbejdet på tværs af sektorer, vil Ergoterapeutforeningen opfordre til, at man nævner problemstillingen med, hvem der betaler for fx kugledyner og henviser til arbejdet i regi af det nære og sammenhængende sundhedsvæsen. Problemstillingen kan med fordel også rejses i arbejdet med sundhedsaftalerne.

Evaluerings og revision af forløbsprogrammerne

Det er vigtigt, at der bliver fulgt op på, om regioner og kommuner rent faktisk igangsætter tiltag, der forbedrer samarbejdet omkring børn og unge med ADHD, angst og depression og spiseforstyrrelser. I alle tre forløbsprogrammer nævnes dette behov, men uden at det fremgår helt klart, hvordan man vil gribe opgaven an. Det kan med fordel præciseres.

I alle tre forløbsprogrammer står der: "Sundhedsstyrelsen tager initiativ til en koordineret revision af forløbsprogrammet, når det skønnes påkrævet". Det er vigtigt, at ny viden på området bliver tilføjet forløbsprogrammerne. Ergoterapeutforeningen har med undren kunne konstatere, at der er store forskelle i, hvilke redskaber og kompetencer der bliver beskrevet i de tre forløbsprogrammer (fx beskrives langt flere ergoterapeutiske interventioner og redskaber i forløbsprogrammet for angst og depression end i forløbsprogrammet for ADHD). Hvis vurderingen er, at forskellene i forløbsprogrammerne skyldes, at der mangler viden om effekten af et tiltag i arbejdet med en specifik målgruppe, så er det vigtigt, at der bliver afsat midler til igangsættelse af undersøgelser på området. Når resultaterne af disse undersøgelser foreligger, er det vigtigt, at de fører til en revision af forløbsprogrammet.

Konkrete redskaber og kompetencer

Det er afgørende, at forløbsprogrammerne udbreder kendskabet til de konkrete redskaber og kompetencer, der med fordel kan benyttes i forskellige stadier (i forløbsprogrammerne opdeles stadiene i trin 1-4). Desværre er manglende viden en af hovedårsagerne til, at ellers effektfulde tiltag bliver benyttet alt for lidt i dag.

Som beskrevet under pkt. 2.3 (s. 9-10) i forløbsprogrammet til børn og unge med spiseforstyrrelse er der en høj forekomst af børn og unge, som lider af en spiseforstyrrelse, der også har andre psykiske sygdomme. Her nævnes bl.a., at mange børn og unge med en spiseforstyrrelse har depressive symptomer, angst og autisme. De mange forskellige kombinationer hos børn og unge med spiseforstyrrelser gør det også vanskeligt at konkretisere tiltag, der kan gavne alle i gruppen.

- I forhold til hvilke ergoterapeutiske redskaber, som kan være anvendelige, kan man med fordel hente inspiration i forløbsprogrammet for børn og unge med angst og depression. Evt. kunne man i forløbsprogrammet for børn og unge med spiseforstyrrelser henvise til forløbsprogrammet for børn og unge med angst og depression.
- Flere og flere ergoterapeuter arbejder på autismeområdet, og her støder de også på børn og unge med spiseforstyrrelser. Ergoterapeuter benytter også sanseintegration for denne målgruppe (ligesom det nævnes i forløbsprogrammet

for børn og unge med angst og depression); men de har også meget fokus på at få skabt struktur i hverdagen for barnet den unge. Der kan læses mere om, hvordan ergoterapeuter i Specialområdet Autisme i Region Midtjylland arbejder på området i Ergoterapeuten 06, 2017:

<http://viewer.zmags.com/publication/704b03a3#/704b03a3/1>

- Selvom målgruppen for forløbsprogrammet er børn og unge fra 8 til 17 år, så er det vigtigt at sætte tidligt ind, og sikre at børn fra de er helt små får et naturligt forhold til mad. På Odense Universitetshospital har man udviklet en metode, hvor man gennem sansestimulering og kortere indlæggelser har succes med at få helt små børn til at spise. Der kan læses mere om det i Ergoterapeuten 05, 2017: <http://viewer.zmags.com/publication/314a4026#/314a4026/20>
- Der er positivt, at der vil blive henvist til den tværfaglige indsats, der gøres ift. spiseforstyrrelse i Sønderborg Kommune. Det er vigtigt, at barnet/ den unge med en spiseforstyrrelse så vidt muligt kan fastholde kontakten til de meningsfulde aktiviteter, de har i deres hverdag, på trods af deres spiseforstyrrelse.

Samlet vurdering

Ergoterapeutforeningen anerkender, at man med en meget sammensat målgruppe som børn og unge med spiseforstyrrelse har vanskeligere ved at være meget konkret i forhold til, hvilke tiltag der bør igangsættes. For mange børn og unge med spiseforstyrrelser gælder det dog, at de vil have gavn af de samme ergoterapeutiske indsatser, som beskrives i forløbsprogrammet for børn og unge med angst og depression.

Ergoterapeutforeningen står gerne til rådighed med uddybning af dette høringssvar.

Med venlig hilsen

Tina Nør Langager
Formand for Ergoterapeutforeningen

Høringssvar forløbsprogram for børn og unge med spiseforstyrrelse



Generelle kommentarer

Specialrådet hilser det velkomment at der nu ligger forslag til forløbsprogram.

Det er vigtigt, at disse forløbsprogrammer får bindende karakter for såvel kommuner som regioner, således at der ikke vedvarende er store geografiske forskelle på tilbuddet til disse børn og unge.

I Kommissoriet for arbejdsgruppen i Sundhedsstyrelsen er det da også under afsnittet "Formål og rammer" angivet, at "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".

Specialrådet har derfor den generelle indvending, at der savnes langt mere forpligtende angivelser af, hvordan samarbejdet mellem region, praksissektor og kommuner (og på tværs af kommunale forvaltningsområder) skal foregå – herunder en klar angivelse af ansvars- og opgaveplacering i henholdsvis kommunen, almen praksis og/eller regionen vedr. de forskellige indsatser beskrevet i forløbsprogrammet.

Brugen af "bør" i en retningslinje er uspecifik og synes moraliserende. Bør kan med fordel erstattes af "må", "kan" eller "skal" afhængigt af intentionen i det skrevne.

Som eksempel er det anført, at "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".

Specialrådet vil på dette sted som andre steder i teksten foretrække ordet **skal**, da det er denne bestræbelse, der altid vil være første tilgang.

Dato: 17.10.2017

Kontaktperson:

Emil Bruhn Bové

Tlf.: +45 20370213

emibov@rm.dk

Side 1 af 4

Derudover er der bekymring for implementeringen af forløbsplanerne pga. utilstrækkelige ressourcer i regioner og kommuner, og der er bekymring for, at programmet ikke har en bindende og forpligtende karakter. Det er derfor vigtigt at alle instanser, både kommuner, regioner mm. bliver forpligtet til at implementere programmet.

Det er vigtigt, at man i forbindelse med implementeringen af forløbsprogrammerne, tager hånd om de meget forskellige tidsrammer, som de forskellige sektorer arbejder under, så undersøgelser og behandling i primær regi/ andre instanser ikke har nævneværdig ventetid. Der er brug for, at de systemer, som skal arbejde sammen om et sammenhængende patientforløb, får tidsfrister til færdiggørelse af deres del af arbejdet, som er synkroniserede. I Regionspsykiatrien er udrednings- og behandlingsret på 30 dage, mens der hos mange kommunale instanser er enten ingen (PPR, skoler) eller væsentligt længere (reaktion på underretning og udarbejdelse af f.eks. § 50 undersøgelse) sagsbehandlingstider.

For at programmet skal være brugbart, er det endvidere vigtig, at man er klar over, hvem der har ansvaret for koordineringen af indsats, og at koordineringen samt behandlingen i primær regi, fortsætter, mens BUC er aktiv i sagen. Dette skal fremhæves yderligere, så forældre/ børn og unge også ved det.

I forlængelse af behovet for en mere tydelig angivelse af opgave og ansvarsplacering, så er det også nødvendigt med en præcisering af, at tovholderfunktionen konkret bliver placeret i kommunen.

Vi vil gerne gøre opmærksom på at begreber som "psykisk sygdom", "psykiatrisk lidelse" eller "psykiatrisk sygdom" ikke er i overensstemmelse med WHO's klassifikation ICD 10 (og ej heller vil være det i forhold til ICD 11).

Der er i alle 3 forløbsprogrammer anvendt forskellige betegnelser for psykiske lidelser, der som ovenforstående ikke er i overensstemmelse med WHO's klassifikation og vi vil foreslå dem ændret. Fx bør alle ovenforstående begreber ændres til "psykisk lidelse".

Specifikke kommentarer

Specialerådet har en række specifikke kommentarer til forløbsprogrammet:

Der synes at være en vis tilfældighed over udvalget af referencer og angivelsen er uklar. Det bør skabes en klarere politik for denne udvælgelse og den bør præciseres.

1.1. Formål

Det bør præciseres, at hensigten er at sikre et godt tværsektorielt samarbejde omkring ikke blot forebyggelse, men også omkring behandling og rehabilitering.

(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.)

2.1 Afgrænsning af målgruppen

Under målgruppe omtales BED som en officielt anerkendt diagnose i Danmark, hvilket ikke er tilfældet på nuværende tidspunkt. Der er derfor et behandlingstilbud hertil i den regionale behandlingspsykiatri.

2.2 Karakteristik, symptomer og kendetegn

Hvad man forstår med sundhedsadfærd bør defineres. Den korte beskrivelse af AN, BN og BED bør strammes op af en spiseforstyrrelsesekspert.

2.3 Målgruppens demografi

Der bør anføres et skøn over absolutte tal for, hvor mange der i DK lider af de forskellige spiseforstyrrelser.

3.2 Faktorer i vurderingen af den unge

Her bør tilføjes specialiseret Børne- og ungdomspsykiatrisk udredning af spiseforstyrrelser med selvrapportering, spiseforstyrrelsesinterview (Eating Disorder Examination), baggrundsinterview, familieinterview, lægelig undersøgelse (somatisk og psykiatrisk).

3.3 Fælles målsætninger understøtter sammenhæng i forløb

Der oplystes en række anbefalinger. Men det savnes, at arbejdspunkterne konkretiseres, at det beskrives, hvordan og til hvilket man forpligter sig, og hvordan man som samlet behandlingssystem håndterer, hvis anbefalingerne ikke konkretiseres i praksis. Forløbsprogrammet er beskrevet som en hensigtserklæring, og der savnes en central styring og opfølgning på, hvordan det udmøntes.

3.5 Integreret samarbejde

Den indsatte boks på side 13 giver en fejlagtig beskrivelse af TUT projekter på spiseforstyrrelsesområdet. Skal omskrives i henhold til det reelle indhold i fx CfS TUT projektet i Region Midtjylland.

5. Faglige indsatser og organisering. Beskrivelserne i dette afsnit kunne give det indtryk, at langt de fleste børn og unge, der henvises, har en igangværende indsats i det kommunale system. Dette er ikke tilfældet, idet hovedparten af de til den regionale behandling henviste børn og unge ikke forud herfor har haft kommunal kontakt. Grundtanken om en gradueret indsats vurderes at være rigtig og helt central. I stedet for at gøre mere af det samme, så må man etablere forstærkede indsatser for de børn og unge inklusive forældre, som er i behandling og behøver det.

5.3 Tidlig indsats – trin 1

På side 21 er der indsat boks om Tværkommunal task-forces. Der bør anføres hvilke to kommuner, der har deltaget i udarbejdelsen af samarbejdsmodellen.

(Tværkommunale taskforces 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.)

5.5 Udredning, diagnostik og behandling (trin 3) og 5.6 Opfølgning og rehabilitering - trin 4

Samarbejdet omkring de allersværest behandlelige patienter er i praksis særdeles udfordrende. Det er svært at "indfange" patienten i en behandlingsalliance. De sværest syge patienter fravælger typisk de tilbud, som behandlingsmæssigt ville være hjælpsomme. Der mangler programmer at beskrive, hvordan samarbejdet om disse patienter skal foregå – og hvem som har hvilket ansvar. Hvordan samarbejdes der om at motivere disse patienter om at modtage en samlet behandlingsindsats?

6.1.3. Kompetenceudvikling

Som beskrevet i forløbsprogrammet tager behandlingen af børn og unge i hospitals regi primært udgangspunkt i familieintervention. Det faglige udgangspunkt og fokus er her ressourceorienteret og samarbejdende med henblik på at styrke forældres kompetencer og med stort fokus på nødvendig-

heden af hurtig reernæring.

Specialrådet ønsker at pointere, at der er behov for faglig samstemning i forhold til tilgang og behandlingsfokus på tværs af sektorer, og ønsker, at foreslåede opkvalificering sker med forståelse og viden om ovenstående centrale forhold.

Bilag 4. Det er opbygget på en uoverskuelig måde. Det anbefales at samle fysiske og adfærdsmæssige symptomer i én kolonne. Bilaget bør gennemgås af spiseforstyrrelsesekspert.

Høringssvar udarbejdet af:

Overlæge Kristian Rokkedal
Overlæge Jakob Paludan
Overlæge Line Rantzau Hansen

På vegne af det tværfaglige specialråd indenfor børne- og ungdomspsykiatri i Region Midtjylland

Jakob Paludan, Afsnitsledende overlæge

Sundhedsstyrelsen

**Landssamrådet af PPR-Chefer har følgende bemærkninger til Sundhedsstyrelsens høring af
"Forløbsprogrammer for børn og unge med psykiske lidelser"**

17. oktober 2017

Landssamrådet af PPR-Chefer fremsender dette høringssvar i forbindelse med den offentlige høring af "Forløbsprogram for børn og unge med ADHD, angst og depression samt spiseforstyrrelser".

PPR Chef
Kari Rune Jakobsen

Landssamrådet tilslutter sig positivt udarbejdelsen af forløbsprogrammer til børn og unge med psykiske lidelser, og ser stor fordel i at sådanne forløbsprogrammer både kan bidrage til at sikre en høj grad af systematik og kvalitet, og samtidig sikre inddragelse og transparenthed i det tværprofessionelle samarbejde omkring børn og unge med psykiske lidelser, hvor forskellige professioner, sektorer og lovområder ofte er i spil.

Pædagogisk Psykologisk
Rådgivning
Aalborg Kommune
Skoleforvaltningen
Godthåbsgade 8
9400 Aalborg

Landssamrådet er enige i at det både har store menneskelige og samfundsøkonomiske omkostninger, når børn og unge rammes af psykiske lidelser. Samrådet tilslutter sig derfor behovet for en mere sammenhængende og koordinerende indsats med fælles målsætninger, og en tydelig opgavefordeling på tværs af sektorerne således fagprofessionelle kan samarbejde og inddrage hinanden så tidligt som muligt i forløbet.

Telefon:
9352 0200

Mail:
Krja-skole@aalborg.dk

Landssamrådet udtrykker tilfredshed med muligheden for at ansøge om midler til udarbejdelse af forløbsprogrammer, og er positive overfor, at der afsættes puljemidler til implementering i regioner og kommuner. Landssamrådet bemærker dog hertil, at det er uklart, hvem der kan søge puljemidlerne.

Landssamrådet finder det positivt, at omlægningen af den kommunale praksis for udsatte børn og unge - herunder børn og unge med psykiske lidelser - til en tidligere forebyggende og mere effektiv indgriben indtænkes i forløbsprogrammerne, via en model for fleksible og graduerede indsatser for børn og unge med psykiske lidelser. Således sikres fokus på, at der i udarbejdelsen af forløbsprogrammerne tages hensyn til, at børn og unge, der modtager en specialiseret indsats fra enten region eller kommune, har ret til et så "normalt" liv som muligt og derfor skal indsatserne fra både region og kommune, så vidt muligt foregå i barnets/den unges eget miljø, således de kan fastholdes i almen miljøet.

Landssamrådet ønsker en opmærksomhed på, at den øgede indsats ind i den forebyggende og tidlige indsats - herunder vurdering af den sygdoms specifikke patologi i kommune – fordrer et fagligt kompetenceløft, og politiske beslutninger om justering eller ændring af serviceniveau.

Landssamrådet finder det ønskeligt at der er sammenhængskraft mellem kommune og region og derfor tænkes i dialogiske samarbejdsaftaler omkring rådgivning mellem Børn og Unge psykiatrien og kommunen. I høringsudkastet er der fokus på ”rådgivning fra børn og unge psykiatrien til kommune.

Landssamrådet finder det vigtigt, at der i forbindelse med udarbejdelsen af forløbsprogrammerne for børn og unge med psykiske lidelser forventningsafstemmes både ressourcemæssigt og økonomisk parterne imellem så sådanne anbefalinger kan udarbejdes i forløbsprogrammerne. Samrådet finder det samtidig vigtigt at der i de ressourcemæssige og økonomiske anbefalinger tages hensyn til stigningen i antallet af børn og unge der diagnosticeres, og til hensyn henset til implementeringsomkostningerne af evidensbaserede behandlings- og socialfaglige indsatser.

Med venlig hilsen

Kari Rune Jakobsen
Formand for Landssamrådet af PPR-Chefer

Fra: SST Plan
Sendt: 17. oktober 2017 09:30
Til: PLAN Studenter
Emne: Høringssvar fra Odense kommune - vedr. forløbsprogrammer for børn og unge med psykiske lidelser

Fra: Anders Linde Seekjær [<mailto:ANDLS@odense.dk>]

Sendt: 16. oktober 2017 22:40

Til: SST Plan

Cc: Sonja Serup Hansen; Trine Bülow Vadum; Susanne Bergholt Buhl; Annie Thyrrø Jørgensen; Heidi Schmidt Philipp

Emne: Høringssvar vedr. forløbsprogrammer for børn og unge med psykiske lidelser

Hermed fremsendes et samlet høringssvar vedr. forløbsprogrammer for børn og unge med psykiske lidelser fra Odense Kommune.

Odense kommune hilser forløbsprogrammerne velkomne og vil gerne kvittere for et fint og velfunderet fagligt materiale. Det er ambitiøst i forhold til indsatser, og det er glædeligt, at der er fokus på implementering af SDQ, samt gode konkrete anbefalinger inden for de forebyggende indsatser. Odense Kommune anbefaler, at OCD inkluderes i materialet, da det er en angstlidelse, der ikke er helt ubetydelig, og som profiterer lige såvel af tidlig indsats som de andre angstlidelser, der bliver nævnt i høringsmaterialet. Under alment forebyggende indsatser vil vi som eksempel til inspiration nævne, at Odense Kommune har lokale børneforum på de enkelte skoler. Her mødes på månedlig basis skoleleder, lærer/pædagog, PPR, sundhedsplejerske, socialrådgiver, familiebehandler og hvis relevant børne og ungelægen. I dette forum drøftes og evt. lægges en foreløbig handleplan for børn med tidlige tegn på mistrivsel.

Odense Kommune bakker op om, at normalområdet understøttes med viden om indikatorer på de første tegn på mistrivsel. Derudover vil det være en fordel med undervisning til de professionelle omkring de områder, som forløbsprogrammerne omhandler, samt at psykiatrien kan give sparring til den behandling, som kommunen udfører eller skal udføre. Når et barn eller ung er udfordret af de tre områder, som forløbsprogrammerne omhandler, vil hele familien oftest også være udfordret. Det er dog væsentligt, at den professionelle har fokus på, at familien ikke nødvendigvis er en del af selve problemet, men at familien derimod kan være en del af løsningen.

Høringsmaterialets beskrivelse af normalområdets tværfaglige muligheder kan foldes yderligere ud ved involvering af flere fagligheder. Som eksempel kan det være relevant at indskrive børn- og ungelægen sammen med de allerede nævnte kommunale faggrupper i de forebyggende indsatser, i de kommuner, hvor der er læger ansat. Erfaringen med børn- og ungelæger kommunalt i det forebyggende arbejde er positive. Det giver færre men mere relevante henvendelser til børne- og ungdomspsykiatrien, og der skabes en bedre tryghed for de øvrige kommunale fagpersoner, når de skal arbejde med indsatser omkring barnet i kommunalt regi.

For alle tre områder er det meget brugbare og hjælpsomme anbefalinger. Dog er det en forudsætning, at forløbsprogrammerne implementeres ligeværdigt i de forskellige sektorer i sundhedsvæsenet. Dette bør ske ved, at forløbsprogrammerne, som det er nævnt i høringsmaterialet, indgår som en del af sundhedsaftalerne og understøttes af konkrete samarbejdsaftaler for at sikre let tilgængelighed til behandlingstilbud.

Mange af anbefalingerne er allerede fulgt i forbindelse med Odense Kommunes samarbejdsmodeller med børne- og ungdomspsykiatrien, mens det er sværere at få indskrevet i det gode tværfaglige arbejde med almen praksis. I Odense Kommune har vi forsøgt at facilitere samarbejdet, ved at de praktiserende læger har én indgang til Børn- og Ungeforvaltningen, når det ikke drejer sig om en underretning, og så fordeler kommunen henvendelserne til rette faggruppe.

Venlig hilsen

Anders Linde Seekjær

Sundhedsstrategisk chefkonsulent

Odense Kommune
Børn- og Ungeforvaltningen
Ørbækvej 100
5220 Odense SØ

Direkte tlf.: 51777362
E-mail: andls@odense.dk
www.odense.dk

**DSS****DANSK SELSKAB
FOR SPISEFORSTYRRELSE***En forening for behandlere og forskere*

Formand; Ulla Moslet, børne- og ungdomspsykiater
BUC Bispebjerg
Bispebjerg Bakke 30
2400 Bispebjerg
E-mail: ulla.moslet@regionh.dk

Aalborg 16/10 2017

Høringssvar: Forløbsprogram for børn og unge med en spiseforstyrrelse

Bestyrelsen i Dansk Selskab for Spiseforstyrrelser takker for invitationen til at afgive høringssvar på udkast til forløbsprogram for børn og unge med en spiseforstyrrelse.

Forløbsprogrammet er imødeset og ventet. Der er på dette komplekse område stort behov for at sikre en fælles forståelsesramme, kontinuitet og koordination mellem kommuner, praktiserende læger og regioner, således at kvaliteten i arbejdet med opsporing, behandling og rehabilitering af børn og unge med en spiseforstyrrelse kan sikres.

Forløbsprogrammet er fint gennemarbejdet, det formår at sammenfatte relevant viden og anbefalinger på området, herunder de anbefalinger, som tidligere er udarbejdet under sundhedsstyrelsen og socialstyrelsen ift. behandling og rehabilitering.

Forløbsprogrammet, er, som det fremgår af kommissoriet, dog meget overordnet, og vi ser frem til at følge med i, hvordan programmet omsættes i praksis, da tidligere erfaringer viser, at der kan være vanskeligheder i fortolkningen af, hvor opgaverne i praksis skal placeres i samarbejdet mellem kommune og region.

Derudover har vi i Dansk Selskab for Spiseforstyrrelser følgende spørgsmål og kommentarer til programmet:

Side 7, 2.2. Karakteristik, symptomer og kendetegn:

"Spiseforstyrrelser forekommer i alle sociale lag og etniske grupper (Landsforeningen mod spiseforstyrrelser og selvskade) ", benyttes LMS, som reference til den foregående tekst? - og i så fald, findes der mon ikke en bedre, mere videnskabelig reference, der kan henvises til?

Side 8, 2.2. Karakteristik, symptomer og kendetegn: ift. symptomer foreslår vi, at tegn på nedsat trivsel medtages, selvom det er uspecifikt, er det alligevel oftest tilstede.

Side 8: Der står *"Typisk er familien under massivt pres, når den erkendes"*. Menes der således, at familien ikke er under massivt pres fra spiseforstyrrelsen, før det erkendes, at den er til stede? DSS foreslår, at sætningen omformuleres.

Formand:
Børne- og ungdomspsykiater Ulla Moslet

Sekretær:
Socialrådgiver Dorthe Nønnen Graakjær

Bestyrelsesmedlem:
Psykolog Gry Kjærdsdam Telléus

Næstformand:
Sygeplejerske Inger Becker

Bestyrelsesmedlem:
Psykolog Anne Lydloff

Bestyrelsesmedlem:
Sygeplejerske Christiane Astrup

Kasserer:
Psykolog Bo Skytte Kaa

Bestyrelsesmedlem:
Socialpædagog Sussi Harpøth

Bestyrelsesmedlem:
Psykolog Anne Line Rasmussen



DSS

DANSK SELSKAB FOR SPISEFORSTYRRELSE

En forening for behandlere og forskere

Formand; Ulla Moslet, børne- og ungdomspsykiater
BUC Bispebjerg
Bispebjerg Bakke 30
2400 Bispebjerg
E-mail: ulla.moslet@regionh.dk

Side 9: I forlængelse af *"BED er kendetegnet ved overspisningsanfald med kontroltab men uden efterfølgende kompenserende adfærd"*, foreslås følgende tilføjet "ofte med overvægt til følge" og "der er, til forskel fra AN og BN, oftest normal kropsopfattelse".

Side 12 Integreret samarbejde:

Vi undrer os over, at der som eksempel på samarbejde, henvises til Basisteamet i Rudersdals kommune, da det af beskrivelsen ikke fremgår, at der er erfaring på spiseforstyrrelsesområdet.

Side 14 Overgang fra barn til voksen:

DSS synes, at forløbsprogrammet bl.a. udmærker sig ved at have stort fokus på forældreinddragelse. Derfor undre vi os over, at der ikke er medtaget overvejelser omkring, hvordan forældre/unge relationen støttes i overgangen ved det fyldte 18 år. Det er vores erfaring, at der ofte er flere udfordringer, som skal håndteres sammen med den unge og forældrene, eks. at forældrene har vanskeligt ved at give den unge eget ansvar og søger at fastholde fuld kontrol eller at den unge fuldstændigt ønsker forældre ud i forhold til samarbejdet med behandlere og de kommunale sagsbehandlere. Vi anbefales således, at dette ligeledes adresseres i forløbsprogrammet.

Side 22: Hvad menes der med *"behandlingskrævende ambulante indsatser"*? Måske er det blot noget sprogligt, som skal klarificeres, for en indsats kan ikke være behandlingskrævende. DSS anbefaler, at der omformuleres.

Side 22, 23: Det fremgår, at kropsterapi anbefales på indsatsniveau 2 og 3. DSS vil i den forbindelse bemærke, at der ikke er evidens for individuel kropsterapi.

Side 42,43, Bilag 7. Model for graduerede indsatser til børn og unge:

i) Vedr. indsatsniveau: Tidlig indsats (trin 1)

DSS foreslår, at man undlader at bruge begrebet risikogruppe i denne sammenhæng, da det styrende for indsatsen, må være, at børn/unge udviser tidlige tegn på spiseforstyrrelse, uanset om de er i en prædefineret risikogruppe eller ej.

ii) Vedr. indsatsniveau: Uddybende vurdering og indsats (trin 2)

Beskrivelsen i modellen svarer tilsyneladende ikke overens med beskrivelsen af trin 2. på side 22, 23, ift. aktører i den sundhedsfaglige indsats. Når det, ifølge definitionen, drejer sig om *"børn, der er i højrisiko med mange symptomer på spiseforstyrrelse og som ikke profiterer af tidligere interventionsniveau"* er DSS enige i, at disse børn(unge), som beskrevet på side 22, bør henvises til ambulant behandling i Børne- og

Formand:
Børne- og ungdomspsykiater Ulla Moslet

Sekretær:
Socialrådgiver Dorthe Nønnen Graakjær

Bestyrelsesmedlem:
Psykolog Gry Kjærdsdam Telléus

Næstformand:
Sygeplejerske Inger Becker

Bestyrelsesmedlem:
Psykolog Anne Lydloff

Bestyrelsesmedlem:
Sygeplejerske Christiane Astrup

Kasserer:
Psykolog Bo Skytte Kaa

Bestyrelsesmedlem:
Socialpædagog Sussi Harpøth

Bestyrelsesmedlem:
Psykolog Anne Line Rasmussen

**DSS****DANSK SELSKAB
FOR SPISEFORSTYRRELSE***En forening for behandlere og forskere*

Formand; Ulla Moslet, børne- og ungdomspsykiater
BUC Bispebjerg
Bispebjerg Bakke 30
2400 Bispebjerg
E-mail: ulla.moslet@regionh.dk

Ungdomspsykiatrien og at de ikke, som beskrevet i modellen side 42, skal tilbydes *"kortvarig psykoterapeutisk indsats ved kommunal eller privat praktiserende behandler"*. Det er vigtigt, at det fremgår tydeligt af modellen, at indsatsen på dette trin er behandling, som skal varetages regionalt.

Endvidere skal der også bemærkes, at der er et misforhold mellem, at den sundhedsfaglige indsats beskrives som: *"Kortvarig psykoterapeutisk indsats"*, samtidig med, at modellen på trin 2 definerer fokus som *"betydelige og længerevarende tegn på psykisk lidelse"*. En kortvarig psykoterapeutisk intervention vurderes på det grundlag som værende urealistisk i behandlingen af en spiseforstyrrelse og vi foreslår derfor, at der ikke angives tidsramme.

Vi mener, at modellen på side 42-43 i sin nuværende form virker uklar og at den vil være svær at bruge i praksis, specielt for fagpersoner, som ikke har specialviden på området. Vi foreslår, at Sundhedsstyrelsens kriterier for behandlingsindsats ved hhv. anoreksi og bulimi inddrages mhp. at opnå øget klarhed omkring, hvilke faglige kriterier, der skal ligge til grund for hhv. tidlig intervention i kommunen og/eller behandling i psykiatrien. *Spiseforstyrrelser, Anbefaling for organisation og behandling 2005 side 42+43*

Venlig hilsen

Inger Becker

Næstformand DSS

Formand:
Børne- og ungdomspsykiater Ulla Moslet

Sekretær:
Socialrådgiver Dorte Nønnen Graakjær

Bestyrelsesmedlem:
Psykolog Gry Kjærdsdam Telléus

Næstformand:
Sygeplejerske Inger Becker

Bestyrelsesmedlem:
Psykolog Anne Lydloff

Bestyrelsesmedlem:
Sygeplejerske Christiane Astrup

Kasserer:
Psykolog Bo Skytte Kaa

Bestyrelsesmedlem:
Socialpædagog Sussi Harpøth

Bestyrelsesmedlem:
Psykolog Anne Line Rasmussen

Til Sundhedsstyrelsen

Opgang B & D
Telefon 3866 6000
Direkte 38666078
Mail csu@regionh.dk

Dato: 12. oktober 2017

Høringssvar vedr. forløbsprogrammer for børn og unge med ADHD, spiseforstyrrelse eller angst og/eller depression

Region Hovedstaden ønsker indledningsvis at udtrykke bekymring over den korte høringsfrist på disse vigtige forløbsprogrammer. Grundet den korte frist har det kun i begrænset omfang været muligt at gå i dybden med forløbsprogrammerne, herunder at tilegne sig overblik over evt. ressourcemæssige implikationer der knytter sig til programmerne.

Region Hovedstaden er meget positivt indstillet overfor formål og indhold af de tre forløbsprogrammer. Forløbsprogrammerne lægger op til samarbejdsformer, som er forenelige med samarbejdsaftalerne i Region Hovedstaden. De udgør et udmærket supplement til den eksisterende tværsektorielle samarbejdsaftale og et godt udgangspunkt for det videre arbejde med implementeringen lokalt og på tværs af sektorerne.

Region Hovedstaden glæder sig til at, forløbsprogrammerne kan udmøntes konkret i det lokale samarbejde.

Det bemærkes, at der er meget stort overlap mellem de tre forløbsprogrammer. De fremhævede anbefalinger i starten af hvert kapitel er meget generiske og stort set identiske mellem forløbsprogrammerne. Herudover fremstår lange tekstpassager også ordret at være identiske ligesom de fleste af eksemplerne på fx koordination er de samme. Det kunne således også have været en mulighed, at der kun var lavet et fælles forløbsprogram med en kort sygdomsspecifik del for hver sygdomme.

Det fremgår, at de tre forløbsprogrammer tager afsæt i den generiske model for forløbsprogrammer for mennesker med psykisk lidelse. Det er indtrykket, at de tre sygdomsspecifikke forløbsprogrammer ikke kan læses uafhængigt af det generiske forløbsprogram, hvilket burde fremgå af teksten.

Vedr. forløbsprogrammet for diagnosen ADHD

Side 6, under "Målgruppe", linje 2

"...som har fået diagnosen 'Forstyrrelse af aktivitet og opmærksomhed' (F90.0-F90.9)"

Diagnosekoden for "Forstyrrelse af aktivitet og opmærksomhed" er **F90.0**; hele gruppen **F90.0-F90.9** benævnes **"Hyperkinetiske forstyrrelser"**.

Side 6, under "Målgruppe", linje 6

Hele afsnittet startende med "Forløbsprogrammet har ikke en aldersmæssig..." virker uklart formuleret; der kunne i stedet omformuleres til:

"Forløbsprogrammet omhandler også børn og unge, hvor der identificeres mistrivsel eller adfærdsproblemer af en vis varighed, som kan være udtryk for ADHD eller lignende vanskeligheder. Denne bredde i målgruppen er valgt med en forventning om, at tidlig og rettidig indsats kan være med til at forebygge senere komorbiditet. Forløbsprogrammet har ikke en aldersmæssig nedre afgrænsning og omfatter dermed børn helt ned til spædbarnsalderen, hvor der naturligt ikke kan eller bør stilles en diagnose.

Side 7, under "Målgruppens demografi og karakteristika"

I første afsnit er angivet at der i 2016 var "4128 børn og unge, der fik diagnosen ADHD", mens der i 2. afsnit angives:

"Med ændringen i henvisningspraksis er antallet af børn og unge, der i psykiatrisk regi får diagnosen ADHD, steget fra ca. 1000 i 2001 til ca. 8000 i 2011."

Er sidstnævnte tal inkl. voksne? – eller er der tale om en halvering af antallet fra i perioden 2011-2016?

Side 11, line 9

Det fremgår, at der kan tages udgangspunkt i en koordineret indsatsplan. Er det et relevant værktøj for børn? Ordet "borger" bør i så fald erstattes af barn og der skal være fokus på dagtilbud/undervisning fremfor "jobplan". (Dette gælder også de øvrige 2 forløbsprogrammer).

Side 13, linje 12

Der beskrives, at

"overgangen fra børne- og ungdomspsykiatrien bør ske ud fra en individuel vurdering af, hvornår det enkelte barn er klar til det"

Det vil kunne betyde, at det kan være nødvendigt at ændre på kapaciteten i børne- og ungdomspsykiatrien, da der er tale om et stort antal patienter, og der vil sandsynligvis være en del, som man tænker på at beholde længere.

Side 18 Under sektionen helhedsvurdering af barnet

Her kunne tilføjes kommunallæger; i kommuner, som har en kommunallæge, vil det være oplagt at inddrage denne i undersøgelsen.

Side 23, sidste afsnit

Beskrivelse af hvilke lægelige eller psykologiske kompetencer, der skal involveres i udredning. Der er mange tilfælde, hvor en ikke-specialpsykolog eller læge i uspec. stilling kan være erfarne og varetage udredningsopgaven; alle arbejder under ansvar af en speciallæge, og det må være op til den ansvarlige speciallæge at vurdere, hvem der skal forestå udredningen.

Vedr. forløbsprogrammet for diagnosen Spiseforstyrrelse

Størstedelen af teksten fremstår meget alment holdt og ikke målrettet børn og unge med spiseforstyrrelser.

Formål – s.4

Formuleringen:

”Dermed er forløbsprogrammets hensigt [at] sikre et godt samarbejde omkring børn og unge med spiseforstyrrelse [for] 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”

er uklar. Når et barn eller den unge har en spiseforstyrrelse har de en psykisk lidelse. Ellers menes der uhensigtsmæssig spiseadfærd eller bekymringer om krop og figur, som ikke opfylder en spiseforstyrrelsesdiagnose?

s.22, 23 Indtastningsfejl to steder: FBT står for Family Based Treatment

S. 43

I overblikket: *Model for graduerede indsatser til børn og unge med psykiske lidelser: under Opfølgning og rehabilitering (trin 4)/sundhedsfaglige indsats.*

Beskrivelsen er meget mere rettet mod voksenpsykiatriske patienter. Der findes sjældent genoptræningsplaner med fysio- eller ergoterapeut i børn og ungeområdet, ligesom de fleste psykofarmaka skal følges af en børne- og ungdomspsykiater og ikke i almen praksis. Formulering kunne eventuel reformuleres med mere relevante tiltag i BU-område.

Vedr. forløbsprogrammet for diagnoserne Angst og/eller depression

Formål

”Dermed er forløbsprogrammets hensigt [at] sikre et godt samarbejde omkring børn og unge med ~~spiseforstyrrelse~~ [angst og/eller depression] at forebygge udvikling af en behandlingskrævende psykisk lidelse, såvel som negative konsekvenser af angst og/eller depression hos børn og unge og hjælpe barnet/den unge tilbage til et godt hverdagsliv. ”

Med venlig hilsen

Lene Schack-Nielsen

**Til
Sundhedsstyrelsen**

HØRINGSSVAR fra Sønderborg Kommune – Forløbsprogram for børn og unge med spiseforstyrrelser

Generelle bemærkninger

Sønderborg Kommune bakker op om Sundhedsstyrelsens udarbejdelse af et forløbsprogram for børn og unge med spiseforstyrrelser og finder materialet brugbart i forhold til at sikre en ensartet og høj kvalitet for målgruppen. Sønderborg Kommune finder det meget positivt og hensigtsmæssigt, at der i forløbsprogrammet tages udgangspunkt i den generiske model for forløbsprogrammer for mennesker med sindslidelser, det læner sig meget op ad den tænkning, der anvendes i Sønderborg Kommune. Dette giver større sammenhæng og sammenlignelighed med voksenområdet og derved understøttes samarbejdet i overgangen fra barn til voksen.

Overordnet er det Sønderborg Kommunes vurdering, at der med fordel kunne arbejdes ud fra en generisk tilgang med et samlet forløbsprogram i stedet for sygdomsspecifikke forløbsprogrammer. Det ville være med til at sende tydeligt signal om, at samarbejdsmodellen om en sammenhængende og koordineret indsats er den samme uanset diagnose.

Det er Sønderborg Kommunes vurdering, at almen praksis' ansvar, rolle og opgaver ikke er beskrevet tilstrækkeligt tydeligt. Almen praksis bør have en stor rolle i overgangene og særligt i rehabiliteringsfasen og implementeringsfasen.

Generelt er Sønderborg Kommune enige i, at det er vigtigt at få koordineret overgange, men vi ved også, hvor vanskeligt det er i praksis, hvorfor man i forløbsprogrammet bør beskrive konkrete tiltag, der understøtter dette – på den måde kan forløbsprogrammet blive mere handlingsanvisende og praksisnært.

Ved forløb der involverer indlæggelseskrævende behandling kunne Sønderborg Kommune tænke sig, at det fremgår tydeligere i forløbsprogrammet, at sygehuset påtager sig ansvaret som "hovedforløbskoordinator" og inddrager kommunen. Der kunne opfordres til, at kommunerne beskriver tilbuddene på Sundhed.dk. På den måde informeres almen praksis og sygehuset om tilbuddene og tiltag i kommunerne, der støtter børn og unge i at bibeholde/genetablere indhold i et levet hverdagsliv - herunder skole- og fritidsaktivitet.

Det er endvidere Sønderborg Kommunes vurdering, at der i forløbsprogrammet er behov for en tydelighed i forhold til sygehusets rolle omkring ansvaret for at støtte op børn og unges "hele liv" og ikke kun behandlingsdelen. Dette bør betragtes som en væsentlig del af barnets/den unges recovery, som har et forebyggende sigte ift. eventuelle tilbagefald.

Specifikke bemærkninger

Kapitel 3 – Samarbejde og koordination – Afsnit 3.3 Fælles målsætninger understøtter sammenhæng i forløb – side 11

I forhold til fælles målsætninger, som bør være styrende for den samlede indsats på tværs af social-, sundheds-, uddannelses- og beskæftigelsesområdet, er det særdeles vigtigt, at samarbejdet mellem kommuner, almen praksis, børne- og ungdomspsykiatrien m.m. understøttes af en fælles forståelsesramme omkring målsætningerne. Dette kan en koordineret tidsplan hjælpe de fagprofessionelle med – det kan evt. give mening med et eksempel på, hvordan en koordineret tidsplan kan se ud eller alternativt henvises til en.

Kapitel 3 – Samarbejde og koordination – Afsnit 3.6 Integreret – side 13

I andet afsnit står det beskrevet, at kommunen bør holde børne- og ungdomspsykiatrien orienteret om, hvornår en social og/eller pædagogisk indsats forventes at kunne iværksættes – og at der kan opstå behov for justeringer undervejs. Der kan med fordel tilføjes, at dette også gælder i kommunikationen fra børne- og ungdomspsykiatrien til kommunen, hvis de vurderer ændringer o.a., som kan have indflydelse og/eller betydning for den unges målsætninger i det kommunale arbejde.

Kapitel 4 – Alment forebyggende indsatser – Afsnit 4.3 Handlemuligheder i forhold til mistrivsel – side 16

Der kan bakkes op om procedurer for tidlig opsporing gennem sundhedsaftalen. Det kan med fordel indskrives, at det sker gennem den generiske tilgang.

Det vurderes positivt, at der udover sundhedsplejerskerne vanlige underretningsprocedure (kommunens myndighedsafdeling) beskrives klare og faste procedurer for henvendelse til praktiserende læge eller psykiatrisk afdeling. *Det kan med fordel beskrives, hvorledes dette gennemføres i praksis.*

Kapitel 5 – Faglige indsatser og organisering

Det er kommunens vurdering, at det ville gøre forløbsprogrammet mere operationelt, såfremt faglige indsatser blev underopdelt i "socialfaglige indsatser" og "sundhedsfaglige indsatser, jf. bilag 7. Herudover ville det lette implementeringen af forløbsprogrammet med en tydeligere ansvar- opgavebeskrivelse i forhold til de tre hovedaktører af sundhedsfaglige indsatser (sygehus, e.l. og kommune).

Kapitel 5 – Faglige indsatser og organisering – Afsnit 5.1 Graduerede indsatser – side 17

I det sidste afsnit henvises til tabeller, der findes i en anden publikation. Det ville gøre forløbsprogrammet mere fuldendt og læsevenligt, hvis disse tabeller blev indarbejdet i forløbsprogrammet (i stedet for blot en henvisning).

Kapitel 5 – Faglige indsatser og organisering – Afsnit 5.3 Tidlig indsats – trin 1 – side 20

Opsporing af barnet – det kan også være en sundhedsplejerske.

Kapitel 5 – Faglige indsatser og organisering – Afsnit 5.5 Udregning, diagnostik og behandling (trin 3) – side 23

Som en del af afsnittet er der beskrevet eksempler på, hvad en indlæggelseskrævende behandling kan indeholde. Det er kommunens vurdering, at der mangler vigtige rehabiliterende elementer som ADL træning og undervisning (skole). De unge er ofte indlagt i meget lange perioder, og bliver der under indlæggelsen ikke arbejdet med almindelig daglig livsførelse, mister de færdighederne og har derfor en yderligere udfordring, når de udskrives til rehabilitering i kommunen. Skole er ligeledes en del af hverdagslivet og kan være med til at fastholde de unge i, at de skal tilbage til en hverdag, når de udskrives – hvilket også understøtter rehabilitering og recovery.

Venlig hilsen

Michael Skriver Hansen

Sundhedschef, forvaltningen Borger Beskæftigelse og Sundhed, Sønderborg Kommune



Rådhuspladsen 2, 8000 Aarhus C

Sundhedsstyrelsen

PLAN@sst.dk

16. oktober 2017

Side 1 af 3

Hermed fremsendes Aarhus Kommunes høringssvar til følgende tre forløbsprogrammer som Sundhedsstyrelsen har sendt i offentlig høring:

- "Forløbsprogram for børn og unge med ADHD"
- "Forløbsprogram for børn og unge med angst og depression"
- "Forløbsprogram for børn og unge med spiseforstyrrelse"

BØRN OG UNGE OG SOCIALE FORHOLD OG BESKÆFTIGELSE

Aarhus Kommune

Rådhuspladsen 2
8000 Aarhus C

Direkte e-mail:
socialogbeskaeftigelse@aarhus.dk
www.aarhus.dk/msb

Sag: 17/048273-4

Generelt

Aarhus Kommune har et solidt erfaringsgrundlag for arbejdet med målgrupperne, og har allerede tilbud til målgrupperne, ligesom vi har et samarbejde med regionen. Derfor bør forløbsprogrammerne beskrives således, at det bliver muligt for kommunerne at implementere dem med respekt for eksisterende samarbejder og i eksisterende strukturer.

Det bør således være muligt at kommunerne kan tilpasse forløbsprogrammerne ud fra den lokale kontekst, således at de kommer de børn og unge der er i lokalområdet mest mulig til gavn. Ligeledes bør kommunerne have mulighed for at kombinere forløbsprogrammerne med eksisterende indsatser, som de pågældende kommuner måtte have en god erfaring med.

Indsatser i forløbsprogrammerne

Det er en god og meningsfuld opdeling af indsatser i almen forebyggende indsatser og graduerede faglige indsatser med tidlig indsats (trin 1), uddybende vurdering samt udredning (trin 2), diagnostik og behandling (trin 3).

Dog vurderer Aarhus Kommune, at temaer som ulighed i sundhed og almen forebyggelse er relevante i forhold til de problemstillinger forløbsprogrammerne indeholder.

Skolegangen

Aarhus Kommune efterspørger et afsnit med fokus på skolegangen, da forløbsprogrammerne er målrettet børn og unge, hvor skolen netop udgør en væsentlig del af hverdagen, og hvor skolerne kan spille en vigtig rolle i opsporing af risikoadfærd og begyndende symptomer.



Overgange til ungdomsuddannelse og voksenområdet

Efterværn og STU beskrives i samme afsnit, som en del af indsatsen for forløbsprogrammernes målgruppe.

16. oktober 2017

Side 2 af 3

Aarhus Kommune vurderer, at hovedparten af tilfældene omhandler unge med fagligt potentiale til at tage en ordinær ungdomsuddannelse. Reelt vil det være meget få unge, der vil være berettiget til en STU, da den er målrettet en svagere gruppe af unge, der ikke vil kunne tage en ordinær ungdomsuddannelse.

Mere støtte til forældre

Forældre- og pårørendeinddragelse er beskrevet i forløbsprogrammerne. Det er en vigtig indsats, det er væsentligt at forløbsprogrammerne har fokus på, herunder overgangen barn-voksen.

Specifikt til enkelte forløbsprogrammer

Spiseforstyrrelser

Aarhus Kommune tilslutter sig forløbsprogrammets afsnit om formål, hensigter og forventninger. Fokus på tværfagligt og -sektorielt samarbejde, borgerinddragelse, forebyggelse samt den generelle fokus på sammenhængende og koordineret indsats til gavn for borgeren er i overensstemmelse med de tanker, som Børn og Unge arbejder efter på området.

Som følge af de indledende hensigter og forventninger i forløbsprogrammet, ser Aarhus Kommune gerne en yderligere konkretisering af det nævnte behov for koordinering/tovholderfunktion, ansvarsfordeling og evt. økonomi. Dette er særligt gældende i løbet af afsnit 3. En præcisering af dette kunne i endnu højere grad bidrage til et stærkt, tværgående samarbejde til gavn for denne gruppe af børn og unge.

Tovholderfunktionen er velbeskrevet i forløbsprogrammet for børn/unge med angst og/eller depression og kan tilsvarende fremhæves ved spiseforstyrrelser og ADHD.

Under afsnittet om handlemuligheder i forhold til mistrivsel bør de kommunale læger (børn og unge-læger) desuden stå på listen over forskellige fagprofessionelle.

Der bør endelig rettes opmærksomhed på risikoadfærd for at sikre tidlig opsporing af spiseforstyrrelser. Særligt ved overvægtige børn kan der skjule sig risikoadfærd for udvikling af Binge Eating Disorder (BED). Hvis et barn/en ung med risikoadfærd for BED kommer i vægttabsforløb, kan det gøre mere skade end gavn. Det er derfor vigtigt med kompetencer til at skelne mellem overvægt grundet usund livsstil og overvægt pga. psykiske problematikker som eksempelvis BED-risikoadfærd.



På baggrund af ovenstående bemærkninger, tilslutter Aarhus Kommune sig elementerne i forløbsbeskrivelsen som forelagt.

16. oktober 2017
Side 3 af 3

Med venlig hilsen

Rådmand for Børn og Unge Bünyamin Simsek (V)
Rådmand for Sociale Forhold og Beskæftigelse Thomas Medom (SF)

Fra: SST Plan
Sendt: 17. oktober 2017 08:57
Til: PLAN Studenter
Emne: VS: Høringssvar Undervisningsministeriet - Forløbsprogram for børn og unge med angst og/eller depression, ADHD og spiseforstyrrelse
Vedhæftede filer: Bidrag vedrørende frie grundskoler og efterskoler mv.docx

Fra: Ulla Skall [<mailto:Ulla.Skall@uvm.dk>]

Sendt: 16. oktober 2017 16:12

Til: SST Plan

Cc: Jonas Wittendorff; Line Knudsen; Ane Hesselbæk Andreasen; Henriette Nielsen

Emne: SV: Høringssvar Undervisningsministeriet - Forløbsprogram for børn og unge med angst og/eller depression, ADHD og spiseforstyrrelse

Kære Janni

Undervisningsministeriet har følgende overordnede og tværgående bemærkninger til de tre udkast til forløbsprogrammer:

- Målgruppen for forløbsprogrammerne er meget brede og omfatter både forvaltningsniveau og det praksisudførende niveau i fx institutioner og skoler. Det anbefales derfor, at opbygningen af forløbsprogrammerne tilpasses den brede målgruppe, og at der indledende vises eksempler eller oversigtsdiagrammer, der viser, hvordan de forskellige sektorer og deres frontpersonaler indgår i det ønskede tværsektorielle samarbejde, og at fx diagnosekoder og lignende fremgår af et bilag eller lignende.
- I forhold til målgrupperne for indsatserne i forløbsprogrammerne savnes en tydeliggørelse af, at indsatserne både er forebyggende og tidlige og rettet mod børn og unge, der endnu ikke er eller måske slet ikke bliver diagnosticeret og behandlet i børne- og ungdomspsykiatrien.
- Der savnes generelt konkrete eksempler på samarbejdsstrukturer og tværgående koordinerede indsatser, der tydeliggør roller, ansvar og handlemuligheder og omfatter forældre, lærere og pædagoger, ressourcepersoner på skoler, sundhedsplejersker, PPR psykologer, PPR konsulenter, fysio- og ergoterapeuter, almen praktiserende læge, børne- og ungdomspsykiater m.fl.
- Der savnes endvidere en ensartet sprogbrug i forhold til pædagogisk psykologisk rådgivning (PPR) i de tre forløbsprogrammer. Der bør findes en balance mellem, at pædagogisk psykologisk rådgivning har en central rolle i folkeskolelovgivningen i forhold til specialpædagogisk støtte til børn og unge i dagtilbud og grundskole og ved overgang til ungdomsuddannelse og det forhold, at kommunerne har forskellig organisering af denne funktion. PPR bør derfor nævnes ensartet og konsistent i de tre forløbsprogrammer fx PPR funktion, og den forskellige organisering kan forklares i note eller bilag.
- Der savnes eksempler på indsatser i grundskole og ungdomsuddannelse fra bilag 3 i den generiske forløbsbeskrivelse.
- Det er relevant at nævne muligheden for særligt tilrettelagt ungdomsuddannelse (STU) fx for unge med svær ADHD, men muligheden for at gennemføre en ordinær ungdomsuddannelse med specialpædagogisk støtte bør indgå og beskrives fx som følgende: Ungdomsuddannelsesinstitutionerne er forpligtede til at være opmærksomme på inklusion i de ordinære ungdomsuddannelser og anvendelse af de muligheder for at yde specialundervisning og anden specialpædagogisk bistand eller fleksibel og individuel tilrettelæggelse af undervisningen, der allerede findes i gældende lovgivning.
Institutionerne har mulighed for at søge Ministeriet for Børn, Undervisning og Ligestilling om tilskud til specialpædagogisk bistand. Formålet med den specialpædagogiske bistand er at give elever og kursister med en funktionsnedsættelse eller tilsvarende svære vanskeligheder mulighed for at deltage i uddannelse på lige vilkår med deres klassekammerater /medkursister. Til belysning af omfanget kan nævnes, at der var 3.150 støttemodtagere med psykiske vanskeligheder og udviklingsforstyrrelser på ungdomsuddannelserne i 2015. Antallet for de videregående uddannelser var for samme målgruppe 1.804 i 2015.
- Støttemulighederne på de frie grundskoler fremgår af bilag til denne e-mail.

- Gældende lovgivning for videregivelse af personfølsomme oplysninger og dataetiske overvejelser bør indgå i forhold til afsnit om videregivelse af oplysninger og indholdet af de nævnte planer som fx uddannelsesplaner.
- Overgange mellem dagtilbud og grundskole og fra grundskole til ungdomsuddannelse bør nævnes og ikke alene overgangen fra ungdomsuddannelse til videregående uddannelse.
- Tekstafsnit om sundhedsaftalerne foreslås suppleret med konkrete eksempler, der fx viser samarbejdsmodeller mellem børne- og ungdomspsykiatrien og PPR. En af anbefalingerne fra inklusionseftersynet fra 2016 er, at der etableres et bedre samarbejde mellem kommunerne og Børne- og Ungepsykiatrien, der bl.a. understøtter, at viden og redskaber fra Børne- og Ungepsykiatrien i højere grad finder vej ind i almenskolen.
- Der nævnes gennemgående en række planer som fx genoptræningsplaner og beskæftigelsesplaner. Det bør ovevejes, om de alle er relevante og vedkommende for målgruppen.

I forhold til de enkelte forløbsprogrammer bemærkes:

Angst og depression

- I afsnit 3.1.2. nævnes "modsatte sektorer" – hvad menes hermed?
- Der savnes i samme afsnit eksempler på en tidlig indsats, der etableres før børneundersøgelse eller behandling i børne- og ungdomspsykiatrien fx rådgivning fra børne- og ungdomspsykiatrien til PPR, der kan rådgive lærere og pædagoger i skolen om, hvordan de kan støtte op om eleven.
- Afsnit 5.2. kommer med relevante bud på aktører og eksempler på indsatser, der med fordel kan indgå i de to andre forløbsprogrammer.
- Det samme gælder afsnit 5.4., der beskriver sammenhængen mellem indsats 3 og indsatserne på de øvrige trin.
- Der bør indgå et afsnit om understøttelse af tilbagevenden til skole og uddannelse og eksempler på, hvordan det kan etableres.
- På side 31 fremgår: "tovholder på bosteder eller dagbehandlingsskoler). Der bør efter "bosteder" i stedet stå "anbringelsessteder og dagbehandlingstilbud".

ADHD

- På side 11 i afsnittet under tekstboksen bør det tilføjes, at bekymring for en psykisk lidelse også kan komme fra en pædagogisk psykologisk vurdering.
- På samme side bør indsats i dagtilbud og skole også nævnes efter sidens anden tekstboks.
- På side 15, 2. afsnit bør også indgå, hvordan der skabes en sammenhængende indsats med skolens lærere og pædagoger.
- I forhold til afsnit 5.2. foreslås en tilpasning efter inspiration fra det tilsvarende afsnit i forløbsprogram for børn og unge med angst og depression jf. ovenfor.

Med venlig hilsen
Ulla Skall
Specialkonsulent



Departementet
Afdelingen for Grundskole, Ungdoms- og Voksenuddannelser
Frederiksholms Kanal 25
1220 København K
Tlf. nr.: 32 92 50 00

Direkte tlf.: +45 33 95 48 12
E-mail: Ulla.Skall@uvm.dk



Att.: Sundhedsstyrelsen
Islads Brygge 67
2300 København

Børn og Familie

Tinglev Midt 2
6360 Tinglev
Tlf.: 7376 7676

Dato: 16. oktober 2017

Kontakt: Mette Christine Høck
Bostrup
Direkte tlf.: 7376 7056
E-mail: mcb@aabenaar.dk

Hørringssvar

Bemærkninger til forløbsprogram for børn og unge med spiseforstyrrelse.

Det vurderes hensigtsmæssigt at styrke det tværfaglige samarbejde mellem kommune og region med et vejledende forløbsprogram for at sikre en mere helhedsorienteret indsats for børn/unge med en spiseforstyrrelse og det beskrevne programforløb kan være et redskab til at kvalificere dette samarbejde.

Der bør dog ved tilrettelæggelsen af forløbet være en opmærksomhed på, at der ikke lægges op til for meget dobbeltdokumentation i forhold til, hvad der allerede i dag registreres i henholdsvis region og kommune. Det vurderes hensigtsmæssigt at der lægges en fælles plan med tydelige ansvarsfordeling mellem aktørerne, som så kan overføres i de eksisterende forløbsprogrammer.

Der bør i beskrivelsen af forløbsprogrammet også være en beskrivelse af, hvordan region og kommune i samarbejde kan gøre en fælles indsats i særligt komplicerede sager. Forløbsprogrammet vil formentlig fungere udmærket i sager, hvor både barnet/den unge og dennes forældre gerne vil samarbejde med begge sektorer, men (som det også fremgår af beskrivelsen i høringsudkastet) vil en spiseforstyrrelse ofte være ledsaget af en anden/yderligere psykisk lidelse, eventuelt kombineret med et misbrug, og i disse tilfælde er et tæt samarbejde ofte kompliceres af frustrationer rettet mod hinanden i forhold til, at det manglende samarbejde imellem sektorerne og barnet/den unge skyldes en manglende indsats fra den anden part. I disse sager vil forløbsprogrammets gennemførelse også blive udfordret af udeblivelser fra barnet/den unge og/eller forældrene.

Der bør i beskrivelsen af forløbsprogrammet også indskrives en sammenhæng med de koordinerede indsatsplaner (som typisk er indskrevet i sundhedsaftalerne) for dobbeltdiagnosticerede, således at der for barnet/den unge med en psykiatrisk lidelse og et misbrug kan udarbejdes en samlet plan eller i det mindste en anbefaling i forhold til de tilfælde, hvor der er mulighed for flere tværfaglige/koordinerede planer.

Endelig bør det også nævnes i beskrivelsen, at forløbsprogrammet alene giver mening, hvis der er grundlag for en sag i både region og kommune, således at der ikke generes et antal sager, som på den ene eller den anden måde strider med interne administrative retningslinjer for, hvornår der er grundlag for at iværksætte behandling eller at påbegynde en foranstaltning.

Ellers vurderes det i øvrigt at være et velbeskrevet forløbsprogram, som kan være med til at sætte en ramme om det tværsektorielle samarbejde, men samtidig skaber det nødvendige rum for lokal udvikling, tilrettelæggelse og forankring,

Venlig hilsen

Mette Christine Høck Bostrup
Børne- og Familiechef

12. oktober 2017

Høringsvar fra Region Sjælland - Forløbsprogrammer for børn og unge med psykiske lidelse

Baggrund

Sundhedsstyrelsen har fremsendt tre kommende forløbsprogrammer i offentlig høring:

- "Forløbsprogram for børn og unge med ADHD"
- "Forløbsprogram for børn og unge med angst og depression"
- "Forløbsprogram for børn og unge med spiseforstyrrelse"

Region Sjælland har enkelte generelle bemærkninger, der er fælles for de tre forløbsprogrammer.

Helt overordnet er indholdet af programmerne relevant og anvendeligt, og den generiske model for forløbsprogrammer i psykiatrien anvendes på en konsekvent og hensigtsmæssig måde.

Programmerne kommer også med gode konkrete eksempler på lokale initiativer, der kan tjene til inspiration for andre i forhold til det generelle samarbejde. Dette er en meget konkret måde at tænke indhold i forløbsprogrammer. Region Sjælland vil gerne anbefale, at forløbsprogrammerne (hvor det er muligt) i endnu større udstrækning giver konkret inspiration til aftaler, redskaber, mødefora og projekter, der kan styrke det tværsektorielle samarbejde.

Region Sjælland vil derfor også gerne supplere med et par tiltag, der eventuelt kan være til inspiration for andre:

Samarbejdsaftale om netværksmøder mellem Afdeling for Børne- og Ungdomspsykiatri og kommunerne i Region Sjælland

Børne- og ungdomspsykiatrien i Region Sjælland og alle 17 kommuner i regionen har lavet en fælles aftale, der beskriver rammer og indhold for netværksmøder mellem parterne. Formålet har været at afstemme forventninger og sikre møder, der styrker et godt patientforløb.

(Aftalen har dette [link](#)).

Børne- og Ungdomspsykiatrisk Forum (BUF)

BUF er en samarbejdsform, der anvendes mellem Region Sjællands Børne- og Ungdomspsykiatri og kommunerne Holbæk, Slagelse og Vordingborg samt de praktiserende læger i disse kommuner. Det er udgangspunktet for etablering af BUF-enhederne, at der kan være en lang række bagvedliggende problemstillinger, når børn eller unge udviser symptomer på en psykisk lidelse. Det er aftalt mellem parterne, at når en praktiserende læge finder tegn på en ikke-akut psykisk lidelse, sendes der en henvisning til BUF i stedet for direkte til børne- og ungdomspsykiatrien. Et BUF består af en eller flere kommunale medarbejdere, der med rådgivning fra børne- og ungdomspsykiatrien vurderer de individuelle henvisninger i forhold til, hvilke indsatser der er nødvendige, og hvordan disse koordineres mellem de involverede parter.



**Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S**

Høring vedr. forløbsprogrammer om henholdsvis børn og unge med angst og depression, med ADHD og med spiseforstyrrelser

Sundhedsstyrelsen har sendt tre forløbsprogrammer om børn og unge med henholdsvis angst og depression, ADHD og spiseforstyrrelser i offentlig høring.

Fristen for høring er den 16. oktober. Det har desværre ikke været muligt at få KL's høringssvar politisk behandlet inden for fristen. KL fremsender derfor et foreløbigt høringssvar og vil fremsende eventuelle yderligere bemærkninger, når sagen har været politisk behandlet.

KL tager forbehold for de økonomiske konsekvenser i henhold til DUT-princippet.

Formålet med forløbsprogrammerne er at understøtte regioner, almen praksis og kommuners samarbejde om en sammenhængende og koordineret indsats til børn og unge med psykiske vanskeligheder. Samtidig er forventningen at bedre sammenhæng i indsats og behandling kan medvirke til en bedre ressourceudnyttelse på tværs af sektorer.

Forløbsprogrammerne skal således beskrive ansvars- og opgavefordeling samt procedurer for samarbejde, koordinering og kommunikation mellem de involverede aktører på tværs af enheder og sektorer.

Med henblik på at forløbsprogrammerne opnår den ønskede kvalitet og deraf kan anvendes som udgangspunkt for samarbejder på tværs af almen praksis, regioner og kommuner, er det KL vurdering, at der er en række problemer med forløbsprogrammerne:

KL bemærker, at

- Forløbsprogrammerne ikke i tilstrækkelig grad indeholder beskrivelse af ansvars- og opgavefordelingen. Der er primært fokus på den kommunale indsats, hvilket er skævt.
- Forløbsprogrammerne er fejlagtigt beskrevet. Det giver indtryk af, at behandlingspsykiatrien kan bestille kommunale indsatser uden hensyntagen til kommunernes myndighedsforpligtelser og beslutningskompetence.
- Forløbsprogrammerne vil i deres nuværende form være udgiftsdrivende for kommunerne. De medvirker ikke til bedre ressourceudnyttelse.
- Procedurer for samarbejde er utilstrækkeligt beskrevet, idet henvisningsveje til børne- og ungdomspsykiatrien helt mangler

Dato: 16. oktober 2017

Sags ID: SAG-2017-00771
Dok. ID: 2416975

E-mail: SKL@kl.dk
Direkte: 3370 3823

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

www.kl.dk
Side 1 af 1545

- Kommunernes skal ikke pålægges en tovholderfunktion, der i sig selv er udgiftsdrivende. Det medvirker ikke til en bedre ressourceudnyttelse på tværs af region og kommuner. Koordinering aftales lokalt.
- Antallet af diagnosticerede børn og unge med diagnoser bør præciseres af hensyn til karakter og omfang af det tværsektorielle samarbejde.
- Forløbsprogrammerne vedrører børn og unge. Derfor skal den lovgivning, vejledninger og eksempler, der henvises til være dækkende i forhold til børne- og ungeområdet.
- Socialstyrelsen har udarbejdet et forslag til model for graduerede indsatser, som bør anvendes i forløbsprogrammerne i stedet for forslaget i de fremsendte udkast til forløbsprogrammer. Socialstyrelsens forslag til model er mere retvisende ift. opgavevaretagelsen. Det vil bidrage til bedre til forståelse af sammenhæng i indsats og behandling.
- Monitorering bør fokusere på at følge udviklingen i målgruppen af børn og unge med psykiske vanskeligheder og udviklingsproblematikker og ikke på selve implementeringen af programmerne. Det kan ske på baggrund af eksisterende data fra fx nationale sundhedsprofiler, trivselsundersøgelser.

Det er KL's samlede vurdering, at der er behov for en ny høring, da der er en række problemer med forløbsprogrammerne både af generel og specifik karakter.

Generelle bemærkninger til forløbsprogrammerne

KL har dels en række generelle bemærkninger til de tre forløbsprogrammer samlet set, dels bemærkninger til de enkelte forløbsprogrammer. Enkelte bemærkninger under de enkelte forløbsprogrammer gælder for alle forløbsprogrammer, hvor samme tekst kan stå i forskellige kapitler.

KL er overordnet set positiv i forhold til, at Sundhedsstyrelsen på baggrund af satspuljemidler har igangsat et arbejde med at udarbejde forløbsprogrammer for børn og unge med psykiske vanskeligheder – i dette tilfælde børn og unge med ADHD, børn og unge med angst og depression og børn og unge med spiseforstyrrelser. KL anser det for vigtigt, at samarbejdet omkring børn og unge med psykiske vanskeligheder og udviklingsproblematikker forbedres.

KL er enig i, at forløbsprogrammer som udgangspunkt kan medvirke til at skabe gode rammer for at aftale konkrete samarbejdsaftaler på tværs af psykiatri, praktiserende læger og kommuner om børn og unge med psykiske vanskeligheder og udviklingsforstyrrelser. Det er KL's vurdering, at konkrete samarbejdsaftaler kan skabe klarhed over ansvarsfordeling og indsatsområder i henholdsvis børne- og ungdomspsykiatri, hos alment praktiserende læge og i kommunerne.

Det er derfor vigtigt, at forløbsprogrammerne er beskrevet, så det både fremgår, hvilke roller og ansvar, der påhviler henholdsvis psykiatrien, alment praktiserende læge og kommuner i forhold til børn med psykiske vanskeligheder, og hvilke udfordringer, der med fordel kan henvises til, at

Dato: 16. oktober 2017

Sags ID: SAG-2017-00771
Dok. ID: 2416975

E-mail: SKL@kl.dk
Direkte: 3370 3823

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

www.kl.dkwww.kl.dk
Side 2 af 1545

sektorerne tager med i fremtidige og konkrete drøftelser om det tværsektorielle samarbejde.

Der er behov for en gennemskrivning af alle tre forløbsprogrammer. Forløbsprogrammerne har et for ensidigt fokus på den kommunale opgaveløsning, fremfor en beskrivelse af hver sektors ansvar og opgaveløsning og hvilke henvisningsveje, der er til sektorerne. Det ensidige fokus på den kommunale opgavevaretagelse og deraf indsatser vil skabe et forventningspres, der i sig selv er udgiftsdrivende.

Grundlæggende er der behov for at beskrive henvisningsveje med henblik på at forstå og sikre, at alle kender dem. Det vil være meget uheldigt, hvis programmerne kan læses sådan, at en PPR-vurdering eksempelvis er en forudsætning for at blive henvist til psykiatrien. Det bør desuden sikres, at der ikke i programmerne kan nedlægges en lignende tolkning.

Forløbsprogrammerne bør i højere grad fremstå ens med brug af de samme modeller, forståelse af samarbejde, hvor på indsatsstrappen indsatser finder sted i de enkelte sektorer mv.

Det foreslås, at det beskrives, hvad der kan være ideelt i et samarbejde, fx ud fra en idealmodel mellem sektorer. KL har i den forbindelse fremsendt udkast til en idealmodel for et samarbejde på tværs af sektorer, som med fordel kunne indarbejdes tydeligere i forløbsprogrammerne.

KL bemærker, at det bør fremstå meget tydeligt i indledningen til alle forløbsprogrammer, at formålet med forløbsprogrammerne ikke er at ændre på opgavefordelingen eller skabe nye opgaver, men alene at sikre en bedre koordination og sammenhæng på området.

Det er KL's vurdering, at flere af anbefalingerne er udgiftsdrivende for kommunerne. Hertil kommer, at der er for mange og gentagende anbefalinger i forløbsprogrammerne. Samtidig foreslår KL, at der i alle forløbsprogrammer formuleres overordnede anbefalinger til samarbejdet og i de konkrete afsnit formuleres opmærksomhedspunkter, som kan tages med ind i de konkrete samarbejdsaftaler.

KL vil endvidere påpege at alle referencer til, hvad kommunerne "*skal og bør*" i forhold til de kommunale indsatser, slettes, da disse fremstår som udgiftsdrivende for kommunerne.

I forbindelse med gennemgangen af alle anbefalinger jf. ovenfor, bør konkrete anbefalinger skrives om til opmærksomhedspunkter i forhold til gældende praksis, som kan tages med ind i de konkrete samarbejdsaftaler på tværs af region og kommuner. Det er et opmærksomhedspunkt, der er væsentligt for de lokale aftaler.

Forløbsprogrammerne bærer i for høj grad præg af medicinske og psykiatriske fagudtryk, henvisninger til videnskabelige artikler mv., der gør teksten vanskelig af læse for andre faggrupper, der primært skal læse forløbsbeskrivelserne med henblik på, at der kan skabes et bedre samarbejde og deraf forståelse for sektorerne opgaver og forskellige løsninger for børn med psykiske vanskeligheder.

Dato: 16. oktober 2017

Sags ID: SAG-2017-00771
Dok. ID: 2416975

E-mail: SKL@kl.dk
Direkte: 3370 3823

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

www.kl.dk
Side 3 af 1545

Dato: 16. oktober 2017

Sags ID: SAG-2017-00771
Dok. ID: 2416975

E-mail: SKL@kl.dk
Direkte: 3370 3823

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

www.kl.dk
Side 4 af 1545

KL vurderer, at tilgangen og tonen i forløbsprogrammerne generelt bærer præg af et problemperspektiv på det enkelte barn og ung. Det er vigtigt, at forløbsprogrammerne ikke blot adresserer børn og unges problemer, men også fokuserer på et ressourceperspektiv hos børn og unge og deres familier med henblik på, at der ikke sker en stigmatisering af børn og unge med psykiske vanskeligheder. Børn og unge skal kunne begå sig i en dagligdag på lige fod med andre børn og unge. Vejen forbi psykiatrien skal i det omfang det er muligt være kortvarig, men med en kvalitativ behandling, der sikrer, at barnet bliver i stand til at vende tilbage til sin dagligdag med en diagnose i bagagen.

Der henvises mange steder til Sundhedsstyrelsens og Socialstyrelsens publikation/er fra 2014/15. Henvisninger bør være retvisende og tydelige, herunder om de er gældende på børneområdet. KL gør i den forbindelse opmærksom på, at forløbsprogrammerne bør adressere den lovgivning, der findes på børneområdet og deraf kun henvise til beskrivelser, planer, love, bekendtgørelser, der vedrører børneområdet og overgang til voksenområdet.

Det bør overvejes, om der kan indsættes et afsnit om civilsamfundets betydning, herunder de mange foreninger og private tilbud, som spiller en rolle på området. Dertil kommer, at fritidslivet spiller en stor rolle for børns inklusion i dagligdagen og deraf positiv indvirkning på, hvordan børn kan komme tilbage til en dagligdag med en diagnose.

KL er uenig i, at der henvises til rehabiliteringsplaner, da det ikke er et begreb, der arbejdes med på børneområdet. Der arbejdes med handleplaner, elevplaner mv. på børneområdet. Den sociale handleplan kan fx anvendes som redskab i det tværprofessionelle samarbejde mellem sektorer.

Ordet rehabilitering går igen flere steder i forløbsprogrammerne. KL gør opmærksom på at ordet "rehabilitering" stort set ikke anvendes på børneområdet, idet der i en kommunal kontekst arbejdes med inkluderende fællesskaber og deraf ordet inklusion. Det giver derfor ikke mening at arbejde med rehabilitering og deraf ydelser inden for begrebet, da ydelser i al almindelighed i kommunerne tager udgangspunkt i en inkluderende dagligdag i skole, i fritidslivet og hjemme hos forældrene.

KL bemærker, at Sundhedsstyrelsen har indsat en revideret model for graduerede indsatser som bilag (6 eller 7 i forløbsprogrammerne). Den model, som fremgår af det nuværende bilag 6, er ikke retvisende i forhold til den kommunale opgavevaretagelse. KL anbefaler derfor, at det forslag til model for graduerede indsatser, som Socialstyrelsens har udarbejdet og fremsendt til Sundhedsstyrelsen, i stedet anvendes i alle forløbsprogrammer, da det er mere retvisende i forhold til en fælles forståelse af opgavevaretagelsen i hver sektor. Samtidig anbefaler KL, at Socialstyrelsens model sættes direkte ind i forløbsprogrammerne, fremfor at modellen placeres i bilag.

Der henvises i forslaget til model for graduerede indsatser også til, at kommunale sundhedspersoner skal gennemføre behandling eller tera-

peutiske indsatser. KL vurderer, at der bliver tale om en opgaveflytning og et krav til kommunerne om at levere specialiserede ydelser efter sundhedsloven. Det er opgaver, som normalt varetages i det specialiserede behandlingssystem, hvilket betyder, at kommunerne typisk ikke har ansat sundhedspersoner til varetagelse af denne type behandlingsopgaver på børne- og ungeområdet.

Flere steder anbefales det, at der følges op og foretages faglige helhedsvurderinger. Det giver ikke mening at skrive i forløbsprogrammerne, da det i forvejen er almindelig praksis i kommunerne ifølge lov om social service, at der foretages en helhedsvurdering af barnets behov, og der følges op på indsatsen. Dette bør præciseres i programmerne.

KL bemærker, at hvis alle børn og unge forud for en henvisning til børne- og ungdomspsykiatrien skal have en social / PPR-vurdering, vil det betyde en markant udvidelse af den kommunale opgave, fordi omkring halvdelen af alle børn, der henvises til psykiatrien, henvises fra almen praksis. Dette skal ikke, som det foreslås i teksten, aftales lokalt, men følger af den henvisningspraksis, som foregår i dag. Der er således tale om en opgaveflytning til kommunerne.

KL vurderer, at det hverken kan eller skal pålægges kommunerne at varetage en tovholderfunktion ift. koordination af indsatser. KL finder synspunktet problematisk ift. det samlede formål med forløbsprogrammerne, som er at sikre et fælles ejerskab af effektive forløb og ikke at uddelegere opgaver, der er udgiftsdrivende for kommunerne. Hvordan koordinering konkret skal foregå, må aftales lokalt.

I forløbsprogrammerne lægges der op til, at der skal ske monitorering af implementering af alle forløbsprogrammerne. Formålet er at undersøge, om forløbsprogrammerne anvendes som planlagt. KL ser ikke behov for monitorering af implementeringen af programmerne. Det vil være et led i det almindelige samarbejde i regi af lokale-regionale samarbejdsaftaler. Monitorering giver kun mening i forhold til at se på udviklingen for målgrupperne. I stedet for monitorering af programmerne kan det give mening at følge udviklingen i målgruppen af børn og unge med psykiske og udviklingsproblematikker på landsplan på baggrund af eksisterende data fra fx nationale sundhedsprofiler, trivselsundersøgelser og nøgletal fra kommunale og regionale registre.

For at understøtte udviklingen af et mere dynamisk tværsektorielt samarbejde kan det overvejes at skrive et par enkelte refleksionsspørgsmål ind under hvert kapitel. Refleksionsspørgsmålene skal give anledning til overvejelser om det lokal-regionale samarbejde om en specifik målgruppe.

Specifikke bemærkninger til forløbsprogrammerne

KL vurderer, at forløbsprogrammernes primære formål er at understøtte det lokale-regionale samarbejde på tværs af sektorer, så børn, unge og deres forældre oplever en bedre sammenhæng i indsatserne. Det foreslås derfor, at kapitel 3 om samarbejde og koordination som centralt kapitel indsættes som kapitel to i alle forløbsprogrammer.

Dato: 16. oktober 2017

Sags ID: SAG-2017-00771
Dok. ID: 2416975

E-mail: SKL@kl.dk
Direkte: 3370 3823

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

www.kl.dk
Side 5 af 1545

KL støtter fortsat forslag om at få data og danmarkskort over antal diagnosticerede ind i det nuværende kapitel 2 i hvert forløbsprogram, med henblik på at give alle et overblik over, hvor mange børn og unge, der er tale om, og hvordan de fordeler sig i hver region. En væsentlig forudsætning for samarbejde er viden om omfanget og overblik over diagnosticerede børn og unge.

Overskriften i kapitel 3 foreslås ændret til tidlig og forebyggende indsats i stedet for almen og forebyggende indsats.

KL gør opmærksom på, at der flere steder skrives 'sociale indsatser' hvor der bør stå sociale og / eller pædagogiske indsatser.

Forløbsprogrammet bør gennemskrives med henblik på at sikre læsbarhed og struktur, der er i overensstemmelse med alle forløbsprogrammer. KL vurderer, at der er behov for tekstmæssige tilpasninger, således at forløbsprogrammet fremstår forståeligt for alle parter, der skal samarbejde omkring børn med spiseforstyrrelser.

KL er uenig i, at forløbsprogrammerne har en generel anbefaling om, at børne- og ungdomspsykiatrien formidler resultater og anbefalinger til at imødekomme barnets behov. Psykiatrien har ikke myndighedsbeføjelser til at beskrive hvilken indsats, der skal ydes af kommunen eller råde over den kommunale økonomi. Det er KL's opfattelse, at det skaber et forventningspres på både kommune og forældre alene af den grund. Hertil kommer, at den foreslåede indsats ikke nødvendigvis er den rigtige for barnet eller familien.

KL anbefaler, at Sundhedsstyrelsen model for graduerede indsatser udskiftes med Socialstyrelsens forslag til model, da denne model er mere retvisende. Socialstyrelsens forslag til model foreslås endvidere sat direkte ind i forløbsprogrammerne i de respektive kapitler og ikke alene som bilag.

Samtidig henvises til, at der er behov for lavintensive vs. højintensive tilbud. Det er ikke en relevant formulering for den kommunale praksis. Det handler ikke om at man går fra lavintensive tilbud til højintensive tilbud men derimod om, hvorvidt der ydes en generelt forebyggende, foregribende eller indgribende indsats og hvornår og med hvilken intensitet det sker i et barns forløb. Afsnittene bør skrives igennem, så det bliver mere klart, hvorfor der her er behov for en egentlig model. Det handler om, at en intensiv indsats i behandlingspsykiatrien ikke nødvendigvis følges af en intensiv behandling i kommunen, men en forebyggende indsats og omvendt. Indsatser på forskellige trin skal forstås ud fra den kontekst barnets er i og det behov barnet kan have på forskellige trin og derfor hvilke aktører, der spiller en rolle. Man forsøger at give et simpelt billede på noget komplekst. Målet er ikke at ændre en arbejdsdeling, men derimod at beskrive arbejdsdeling ift. konkrete profiler af børn og unge.

Forløbsprogram om spiseforstyrrelser

Generelle bemærkninger

Dato: 16. oktober 2017

Sags ID: SAG-2017-00771
Dok. ID: 2416975

E-mail: SKL@kl.dk
Direkte: 3370 3823

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

www.kl.dk
Side 6 af 1545

- Forløbsprogrammet bør gennemskrives med henblik på at sikre læsbarhed og struktur, der er i overensstemmelse med alle forløbsprogrammer. KL fremsender deraf forslag til ændringer i forløbsprogrammet
- Forløbsprogrammet bør endvidere gennemgås i forhold til KL' overordnede generelle bemærkninger. Det gælder fx henvisninger til tovholderfunktion, koordineret behandlingsplan mv.
- KL bemærker, at forløbsprogram for børn og unge med spiseforstyrrelser generelt har for stort fokus på den kommunale indsats. Det ensidige fokus på den kommunale opgavevaretagelse og deraf indsatser vil skabe et forventningspres, der i sig selv er udgiftsdrivende jf. bemærkning ovenfor.
- Begreber som lavintensiv og højintensiv bør skrives ud af forløbsprogrammet jf. KL's generelle bemærkning.
- Den foreslåede model der er indsat om bilag 7 om graduerede indsatser skiftes ud med Socialstyrelsen model, da begreberne i den af Sundhedsstyrelse foreslåede model i ikke er dækkende for hvordan indsatser skal forstås, og hvornår de gives i forhold til barnets behov. Jf. endvidere ovenstående generelle bemærkning.

Detailbemærkninger:

- Styringsrationale som er nævnt i afsnit 1.6 foreslå slettet, da lovgivningen er styrende for, hvordan der arbejdes på børneområdet.
- Kapitel 2 bør struktureres tydeligere og kronologisk
- Kapitel 3 bør flyttes op som kapitel 2
- På side 14 i boksen under afsnit om overgang fra ung til voksen foreslås overskriften slettet, da "særlige udvalgt i kommunen" ikke er dækkende for de eksempler der er beskrevet i boksen. Overskriften foreslås ændret til "Eksempler på kommunale indsatser"
- KL bemærker at afsnittet om et helhedsorienteret perspektiv på forløbet under afsnit 4.2 side 18 bør slettes, da der er tale om gentagelser. Hertil kommer, at rehabilitering ikke en term, der anvendes overfor børn og unge i kommunalt regi, jf. ovenstående. Her er der i stedet tale om inklusion. Specialiseret rehabilitering giver heller ikke mening, da der kun kan være tale om specialiseret indsat i en kommunal kontekst. Afsnittet fremstår endvidere udgiftsdrivende.
- I afsnit 5.3 i boksen med anbefalinger ønsker KL de tre første dots med anbefalinger slettet. Der skal for det første ikke som noget nyt laves en helhedsorienteret vurdering af barnet. Hvis kommunen registrerer, at der er behov for en vurdering af barnet,

Dato: 16. oktober 2017

Sags ID: SAG-2017-00771

Dok. ID: 2416975

E-mail: SKL@kl.dk

Direkte: 3370 3823

Weidekampsgade 10

Postboks 3370

2300 København S

www.kl.dkwww.kl.dk

Side 7 af 1545

så gør kommunen det. Hvis der skal laves en henvisning til psykiatrien, så kan det ske ad flere veje, enten via almen praksis, somatisk børneafdeling, via kommune eller andre. Det bør beskrives helt klart i forløbsprogrammet. Hvis der er tale om, at alle børn som følge af forløbsprogrammerne skal have en faglig vurderinger i kommunerne inden de kan ses i børne- og ungdomspsykiatrien, vil det medføre en ekstra udgift til kommunerne. Dette gælder for alle tre forløbsprogrammer.

- I afsnit 5.3, tekstboks med anbefalinger, fremgår af anbefaling 3, at der fx kan ske undervisning og supervision med henblik på at sikre, at de fagprofessionelle har de nødvendige kompetencer. En anbefaling af den karakter vil i sig selv være udgiftsdrivende for kommunerne.
- KL ønsker afsnit om faglige indsatser på side 20 bliver slettet, da det i sig selv er beskrevet på en måde som opfattes som udgiftsdrivende. Desuden bemærkes at der henvises til koordinerede indsatsplaner. Det begreb anvendes ikke på børneområdet. Det sammen gælder henvisningen til brug af rehabiliteringsplaner.
- Side 21 under afsnit 5.4 i boksen med anbefalinger ønsker KL det to slettet, da det sker pr. automatik, jf. lov om social service, hvor det er beskrevet, at kommunen følger op på den kommunale indsatsen/handleplan. Det giver derfor ikke mening af have en anbefaling her.
- KL bemærker at anbefalingen kan skrives om til "at børne- og ungdomspsykiatrien formidler diagnosens indhold, hvilken behandling, der er iværksat, og hvilke resultater, der er opnået i psykiatrien".
- KL bemærker endvidere, at anbefaling nr. 4 i boksen med anbefalinger under afsnit 5.5 bør slettes, da det er en del af den almindelige proces i kommunen.
- KL bemærker at anbefalingerne til afsnit 6 på side 25 om implementering og opfølgning bør kortes ned til 4 dots. KL foreslås således at første dot bibeholdes. Dog slettes ordet integreret, da det ikke giver mening i denne sammenhæng. Dot 2 bibeholdes. Dot 3 slettes, dot 4 bibeholdes og dot 5 og 6 skrives sammen til *"At samarbejdet omkring forløbsprogrammet følges og evalueres med henblik på eventuelle justeringer i samarbejdet og i praksis. Opfølgning aftales lokalt fx hver 2. – 4. år. Dette bør gælde for alle forløbsprogrammer.*

Side 27, afsnit om monitorering slettes, jf. KL's generelle bemærkning: KL ser ikke behov for monitorering på implementeringen – samarbejdet handler om, at børn og unge udvikler sig/bliver raske, lærer at leve med en diagnose og kommer tilbage til en hverdag i familien, dagtilbuddet, skolen og fritidslivet. Monitorering giver kun mening i forhold til at se en positiv udvikling for børnene og de unge

Dato: 16. oktober 2017

Sags ID: SAG-2017-00771
Dok. ID: 2416975

E-mail: SKL@kl.dk
Direkte: 3370 3823

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

www.kl.dk
Side 8 af 1545

Forløbsprogram om ADHD

Generelle bemærkninger

- Det bør i det indledende kapitel skrives frem, at formålet med forløbsprogrammerne ikke er at ændre på opgavefordelingen eller at skabe nye opgaver, men alene at sikre en bedre koordination og sammenhæng på området, jf. KL's generelle bemærkninger
- Det skaber uklarhed, at det ikke er klart beskrevet noget sted i dokumentet, hvad arbejdsdelingen på området er. Som tidligere anført, bør henvisningsvejene klart beskrives, så der ikke opstår uklarhed om opgavefordeling som følge af forløbsprogrammerne.
- ADHD bør ikke omtales som en psykiatrisk diagnose eller lidelse. Det bør i stedet konsekvent omtales som en udviklingsforstyrrelse.
- På ADHD-området er der tradition for, at civilsamfundsaktører kan spille en vigtig rolle for udviklingen af området, tilbud til pårørende og udvikling af nye initiativer i et samspil mellem fx kommuner, forskningsinstitutioner og frivillige organisationer. Fx har ADHD-foreningen udviklet aktiviteter for forældre, samarbejder om mentorstøtte mv. Civilsamfundsaktører og deres bidrag til området kan med fordel skrives frem i dokumentet med henblik på relevant samarbejde.
- Netværksmøder i børne- og ungdomspsykiatrien er fraværende fra dokumentet og bør beskrives, såvel i kapitel 3 om samarbejde og koordination som i afsnit 5.4.

Detailbemærkninger

- Afsnit 1.2 er svært at læse og bør skrives igennem med henblik på at lette læsevenligheden. Sætninger kan med fordel afkortes og det kan med fordel kortes ned ift. hvad det politiske ønske var med at igangsætte arbejdet med forløbsprogrammer.
- S. 5. KL foreslår at slette parentesen (herunder på tværs af kommunale forvaltningsområder). Det gælder også på andre områder, fx på tværs af somatik og psykiatrien i regionerne og på tværs af andre organiseringer. Det vil være for omfattende at skrive alle steder ind.
- S. 5 tekstafsnit 2 kan med fordel enten skrives igennem så det passer bedre ind i afsnittet eller skrives ind i 1.2 baggrund, hvor det beskrives, hvad den politiske ambition var med forløbsprogrammerne.
- S 6, afsnit 1.6. Der henvises til KL-pjecen "Myndighed med momentum". Det er meget relevant, men ikke i dette afsnit. Henvis til

Dato: 16. oktober 2017

Sags ID: SAG-2017-00771

Dok. ID: 2416975

E-mail: SKL@kl.dk

Direkte: 3370 3823

Weidekampsgade 10

Postboks 3370

2300 København S

www.kl.dkwww.kl.dk

Side 9 af 1545

det i bilaget eller slet det, da det handler om noget andet end lovgrundlaget for indsatser.

- S. 8, "ADHD er en psykiatrisk diagnose" ændres til fx "ADHD er en udviklingsforstyrrelse" Eller "ADHD er en problemstilling". Det er ikke diagnosen, men problemstillingen, som har sin begyndelsesalder i barne- og ungeårene.
- Afsnit 2.3 Afsnittet kan med fordel skrives igennem, så det bliver lettere at læse og der i højere grad skabes et overblik for læseren. Desforuden er der særligt på side 8 mange gentagelser, hvorfor afsnittet desuden med fordel kunne kortes ned.
- Afsnit 2.3. Det er vigtigt, at regionsfordelingen indarbejdes, og den kan sagtens sættes ind i selve dokumentet, frem for alene i bilag.
- Kapitel 3, anbefaling 3: "at der foreligger lokale aftaler om samarbejde om fælles målsætninger [...]" bør slettes. Det er i forvejen en anbefaling, at der foreligger lokale aftaler om, hvordan forløbene koordineres. Det vil være oplagt, at spørgsmål omkring fælles mål og målsætninger tænkes ind i en sådan aftale frem for i en selvstændig supplerende aftale. Anbefaling 5, hvorefter det anbefales, at de fagprofessionelle kommunikerer med hinanden efter indhentet samtykke, kan opfattes nedsættende og unødvendig. Slet venligst anbefalingen. Dette gælder på tværs af alle tre forløbsprogrammer.
- Afsnit 3.1.1 Det bør tilføjes, at vurderinger af barnet, uanset om det sker hos almen praktiserende læge, i kommunalt regi, i behandlingspsykiatrien eller hos andre aktører, bør inddrage et resourceperspektiv. Det er samtidig vigtigt, at det beskrives tydeligt, at dette afsnit adresserer alle sektorer.
- Afsnit 3.2. Afsnittet kan med fordel skrives igennem. Det fremgår, at samarbejdsmodeller bør integrere indsatser. Det vil ikke altid være relevant. Desforuden er der meget overlap til afsnit 3.3 De to afsnit kan med fordel skærpes og skrives sammen.
- Afsnit 5.1, tekstafsnit 2. Der henvises til, at der vil være undtagelsestilfælde. "Undtagelse" bør slettes.
- Afsnit 5.2 Anbefaling 1-3 bør slettes jf. KL's bemærkninger til forløbsprogrammet vedr. spiseforstyrrelser ovenfor.
- I forløbsprogrammet om ADHD er der modsat forløbsprogrammet om spiseforstyrrelser ikke her en anbefaling om, at børne- og ungdomspsykiatrien skal tilbyde rådgivning til kommuner og almen praksis. Det bør indsættes som en anbefaling i alle tre forløbsprogrammer.

Dato: 16. oktober 2017

Sags ID: SAG-2017-00771
Dok. ID: 2416975

E-mail: SKL@kl.dk
Direkte: 3370 3823

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

www.kl.dk
Side 10 af 1545

- Side 19, sidste tekstafsnit om kompetenceudvikling er udgiftsdrivende for kommunerne og bør slettes eller omformuleres jf. ovenfor.
- Afsnit 5.3, anbefalinger. Igen lægges der op til helhedsvurderinger, som kommunen skal varetage. Dette vil igen afhænge af, hvor barnet henvender sig med sine problemstillinger. Sker det ved fx alment praktiserende læge, så skal lægen begrunde en henvisning i henhold til de faglige visitationsretningslinjer.

Side 22. Eksemplet med forældretræning medfører et pres på kommunerne for at levere specifikke forældretræningskurser. Det er langt fra relevant for alle og vil være udgiftsdrivende. KL vurderer, at det i stedet kan nævnes, at der kan overvejes relevans af forskellige forældreinddragende tiltag, herunder fx forældretræning..

- Afsnit 5.5. Helt overordnet er rehabilitering ikke en term, der anvendes overfor børn og unge i kommunalt regi. Her er der i stedet tale om inklusion. Ordet rehabilitering skal derfor slettes fra overskriften. Derudover giver det ikke mening i en kommunal kontekst at operere med egentlig opfølgning som en selvstændig disciplin. I kommunerne fortsættes eller justeres indsatserne ud fra en individuel vurdering af børnenes / de unges behov, og på baggrund af den foreliggende dokumentation, herunder udredningsresultater fra psykiatrien, vil det ikke være relevant at operere med egentlige rehabiliteringsforløb. Helt overordnet bør dette afsnit skæres til, så det bliver tydeligt, at det handler om opfølgning i børne- og ungdomspsykiatrien.
- I afsnit 5.5.1. står der "Der kan fx udarbejdes en genoptræningsplan, hvis barnet / den unge har et lægefagligt begrundet behov for genoptræning eller rehabilitering". Dette efterfølges af et tekstafsnit om, hvad et rehabiliteringsforløb kan være sammensat.

Det er korrekt, at psykiatriske patienter på lige fod med somatiske patienter kan tilbydes en genoptræningsplan, såfremt der er et lægefagligt begrundet behov for genoptræning. Denne genoptræning sker efter sundhedsloven og gennemføres af autoriseret sundhedsfagligt personale. Der er ikke tale om en henvisning til indsatser som fx socialpædagogisk støtte og lignende, da sådanne indsatser og andre rehabiliteringsindsatser skal visiteres i henhold til relevant lovgivning via egen læge eller via patientens bopælskommune. Der henvises til brev fra tidligere sundhedsminister Nick Hækkerup til formand for Danske Fysioterapeuter Tina Lambrecht af 15. april 2015.

KL vurderer, at henvisningen til genoptræningsplaner (efter sundhedsloven) i sammenhæng med henvisninger til indholdet af en såkaldt rehabiliteringsplan er misvisende i forhold til målgruppe i forløbsprogrammerne og deraf foreslås det slettet. Det giver som udgangspunkt ikke mening for børn med psykiatriske van-

Dato: 16. oktober 2017

Sags ID: SAG-2017-00771
Dok. ID: 2416975

E-mail: SKL@kl.dk
Direkte: 3370 3823

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

www.kl.dk
Side 11 af 1545

skeligheder at modtage genoptræning ved autoriseret sundheds-personale i en kommunal kontekst, idet det for børn og unge primært handler om, at de skal tilbage til deres hverdag i skolen, i fritidslivet og i familien.

Rehabiliteringsplaner indgår i lov om aktiv beskæftigelse. De indgår ikke i børneparagrafferne i lov om sociale service. Dertil kommer, at udarbejdelse og opfølgning på rehabiliteringsplaner vil være udgiftsdrivende. Som noget nyt at introducere rehabiliteringsplaner til børn og unge med ADHD eller psykiatriske problemstillinger vil tilføje endnu en plan, det vil være udgiftsdrivende og efter alt at dømme kontraproduktivt ift. det mål, der søges opnået med forløbsprogrammerne.

- Afsnit 5.5.1, sidste tekstafsnit. Det er uklart, hvem der er modtager af teksten, og teksten er uklart formuleret. Her bør det specifikt adressere behandlingspsykiatriens opgaver. Sætningen "Når man afslutter en farmakologisk eller nonfarmakologisk psykiatrisk indsats vil der ofte være behov for sociale eller pædagogiske indsatser for at støtte barnet / den unge bedst muligt." Denne sætning bør slettes. Der skal ikke pr. definition sættes nye indsatser i gang, fordi et barn er blevet udredt i psykiatrien, men resultater af en udredning vil naturligt indgå i arbejdet i en kommunal kontekst. Det resterende tekstafsnit bør det præciseres, at der er tale om behandlingsindsatser i psykiatrien, idet man, når man læser teksten, kan komme i tvivl om, hvor indsatsen finder sted. Desuden kan det med fordel præciseres, at der efter afsluttet forløb i psykiatrien fortsat kan ske henvendelse til børne- og ungdomspsykiatrien med henblik på rådgivning eller revisitation ved manglende effekt af behandling eller komplikationer som følge af fx comorbiditet, således at der ikke kun sker opfølgning på den farmakologiske behandling.
- Afsnit 6, s. 27. Anbefalingerne bør revideres, idet det ikke for alle børn giver mening at gennemføre et integreret samarbejde, men et koordineret samarbejde vil være mere relevant. Som tidligere anført giver det heller ikke mening at udarbejde selvstændige lokale aftaler om fælles målsætninger.
- Afsnit 6.1.3. Kompetenceløft bør jf. tidligere bemærkninger i så fald finansieres af nationale midler. Ellers skal det slettes. Desforuden er det uklart, hvorfor dette budskab optræder flere forskellige steder i dokumentet.

Forløbsprogram om angst/depression

Generelle bemærkninger

- Dette forløbsprogram bør have gennemskrivning, der forkorter og ensarter teksten til de to andre forløbsprogrammer. Der bliver fx

Dato: 16. oktober 2017

Sags ID: SAG-2017-00771

Dok. ID: 2416975

E-mail: SKL@kl.dk

Direkte: 3370 3823

Weidekampsgade 10

Postboks 3370

2300 København S

www.kl.dkwww.kl.dk

Side 12 af 1545

anvendt alt for mange fagudtryk, som med fordel kan beskrives med andre ord. Teksten er tung og fyldt med gentagelser.

- De overstående bemærkninger til forløbsprogrammerne for ADHD og spiseforstyrrelser bør naturligvis også indarbejdes i en gennemskrivning.
- Kapitel 2 bør struktureres ens i alle forløbsprogrammerne. Særligt i dette forløbsprogram om angst og depression er kapitel 2 alt for langt. Afsnittet bør skæres til, så der kun er det med, som er relevant, når der lokalt skal koordineres og samarbejdes.
- Beskrivelser af prævalens, evidens, diagnoser mv. bør omskrives kort på et tilgængeligt sprog. Eventuelt kan det henlægges til bilag, hvor det er muligt for den interesserede læser at finde de gode og mere præcise beskrivelser af tegn og diagnoser – herunder henvisning til relevante videnskabelige artikler mv.
- Side 7, 2 afsnit sætningen "Den hyppige forekomst af angst og depressive symptomer med subjektiv belastning, funktionspåvirkning og langvarige følger for barnet/den unge og familien peger på, at der er behov for at skabe en ensartet og systematisk adgang til effektiv behandling for børn og unge med angst og depressive symptomer" hører ikke hjemme i et forløbsprogram. Det er en vurdering, som hører hjemme i et andet regi.
- Sprogbruget bør være mindre kategorisk fx "Separationsangst udvikler sig fra 7-års alderen" kan ændres til "separationsangst kan udvikle sig fra 7-årsalderen".
- Bemærkninger til kapitel 3 se bemærkningerne til forløbsprogrammet for ADHD.
- Bemærkninger til kapitel 4 se bemærkningerne til forløbsprogrammet for ADHD.
- Kapitel 5 om faglige indsatser og organisering bør skrives om og struktureres ud fra Socialstyrelsens forslag til model for graduerede indsatser. Modellen i bilag 7 bør udgå og erstattes af Socialstyrelsen model, jf. KL's generelle bemærkninger.
- Afsnit 5.2 Anbefaling 1-3 bør slettes jf. KL's bemærkninger til forløbsprogrammet vedr. spiseforstyrrelser ovenfor.
- Afsnit 5.2.1 Beskrivelsen af fysio- og ergoterapeuternes opgaver er ikke i balance set i forhold til de øvrige fagprofessionelle.
- Det virker uhensigtsmæssigt, når der står, der kan fx indkaldes til møde i PPR-funktionen. Det er tilstrækkeligt, at fagprofessionelle og forældrene aftaler, hvem der gør hvad.
- Forudsætninger for indsatsen fastslås at være den rette kompetenceudvikling. Dette medfører merudgifter.

Dato: 16. oktober 2017

Sags ID: SAG-2017-00771
Dok. ID: 2416975

E-mail: SKL@kl.dk
Direkte: 3370 3823

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

www.kl.dk
Side 13 af 1545

Dato: 16. oktober 2017

Sags ID: SAG-2017-00771
Dok. ID: 2416975

E-mail: SKL@kl.dk
Direkte: 3370 3823

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

www.kl.dk
Side 14 af 1545

- Angst og depressionssymptomer vedligeholdes ikke i barnet.
- Der tales ned til parterne, når der står "De involverede fagprofessionelle må desuden forpligte sig på at udføre den aftale indsats..."
- Afsnit 5.3, anbefalinger. Igen lægges der op til helhedsvurderinger, som kommunen skal varetage. Dette vil igen afhænge af, hvor barnet henvender sig med sine problemstillinger. Sker det ved fx alment praktiserende læge, så skal lægen begrunde en henvisning i henhold til de faglige visitationsretningslinjer. Denne opgave skal ikke pålægges kommunerne, med mindre dette er aftalt. Teksten bør således vendes om, så forløbsprogrammet ikke medfører, at opgaver der skal løses hos andre aktører, overføres på kommunerne.
- Afsnit 5.4.1 Det bør afgrænses, at børne- og ungdomspsykiatriens anbefalinger er i forhold til barnets vanskeligheder, og ikke i forhold til den kommunale indsats. Fx skal børne- og ungdomspsykiatrien afholde sig fra specifikke anbefalinger i forhold til det pædagogiske læringsmiljø.
- Afsnit 5.5. Ordet "rehabilitering" skal skrives ud af teksten jævnfør tidligere bemærkninger, og i dette forløbsprogram indgår endda hyppigere end ide to øvrige. Det giver ikke mening.
- Bemærkninger til kapitel 6 se bemærkningerne til forløbsprogrammet for ADHD.
- Bilag 3 og 7. Det virker forvirrende at der både er et graduerings-skema i bilag 3 og bilag 7, og der samtidig ikke er forsøgt at beskrive sammenhængen. Det er vigtigt, at der er den samme gradueringsmodel, som bliver gennemgående for alle tre forløbsprogrammer.
- Det fungerer ikke, at SDQ både indgår med en kort beskrivelse som hjælpeværktøj i skemaet, og derefter bliver uddybet som tekst. Dette bilag kunne reduceres til et eksemplet på et redskab, der anvendes i psykiatrien eller i særlige tilbud med en ganske kort beskrivelse af SDQ.

Med venlig hilsen



Niels Arendt Nielsen
Kontorchef



Dato: 16. oktober 2017

Sags ID: SAG-2017-00771
Dok. ID: 2416975

E-mail: SKL@kl.dk
Direkte: 3370 3823

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

www.kl.dk
Side 15 af ~~1545~~

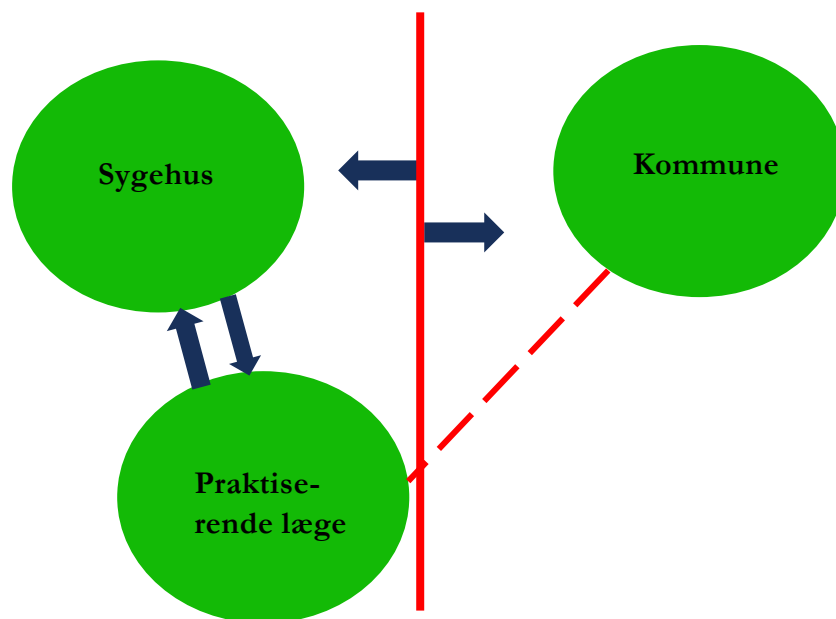
Forløbsprogrammer for børn og unge med spiseforstyrrelse

Forslag til mulig samarbejdsmodel til drøftelse i arbejdsgruppen:

Arbejdsgruppen vedr. forløbsprogrammer om spiseforstyrrelser har drøftet muligheder for at generere en fælles model, som samarbejdet om børn og unge med psykiske problemer kan udfolde sig omkring.

De seneste år har samarbejdet været præget af en "bestiller – udfører" model (BUM) jf. nedenstående, hvor kommunen eller praktiserende læge har visiteret et barn til udredning i psykiatrien, og når barnet er udredt og behandlet i psykiatrien – er barnet udskrevet til videre foranstaltning hos egen læge og/eller kommune – herunder forslag fra psykiatrien til indsats overfor barnet.

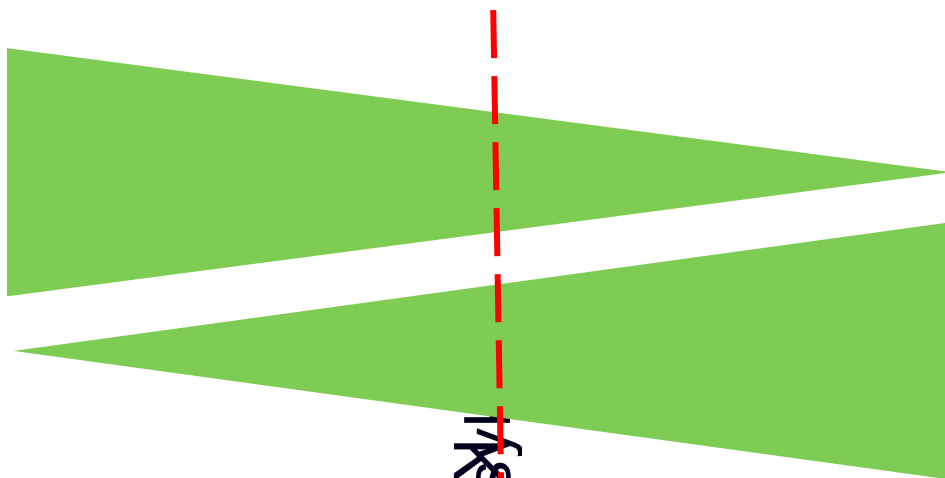
Figur 1: Nuværende model. Den røde linje viser opdelingen mellem ansvaret for opgaven og pilene "bestiller" opgaven.



De samlede tal for henvisninger til psykiatrien for alle typer problemer viser, at de praktiserende læger henviser ca. 50 % af alle børn og unge. Kommunerne henviser ca. 40 % af alle børn og unge og de resterende 10 % henvises fra andre, fx sygehusafdelinger.

Som led i forløbsprogrammerne kunne en ny samarbejdsmodel drøftes og beskrives med henblik på at udvikle og forbedre samarbejdet.

Eks på integrerende samarbejdsmodel mellem kommune og psykiatri



Den ideelle integrerende samarbejdsmodel mellem region/sygehus/psykiatrisk afdeling og kommune illustrerer et parallelt forløb, hvor det fremgår i forløbet, hvordan og hvem af parterne, der har det største ansvar undervejs. Den røde linje kan illustrere det kritiske punkt, hvor begge parter er lige meget inde over bordet, og hvor der er særligt behov for fokus fra begge parter. Det vil i praksis betyde, at den røde linje kan flyttes i forhold til, hvor det primære ansvar og opfølgning finder sted.

For kvalificering af tidlig opsporing og evt. henvisning fra kommunen til psykiatrien, vil det være hensigtsmæssigt, hvis en konsultativ funktion fra psykiatrien når nødvendigt kan samarbejde med kommunen om tidlig opsporing og den endelige vurdering af, om et barn skal henvises til psykiatrien.

Når en henvisning er en realitet, foreslås en aftaleplan/handleplan udarbejdet. Denne plan indeholder fælles mål for barnet, aftale om, hvem der gør hvad hvornår samt opfølgningsskema undervejs i forløbet, herunder hvornår det vil være hensigtsmæssigt at parterne "mødes" (enten fysisk eller digitalt) og holder midtvejsstatus over behandlingsforløbet og begyndende udskrivning til eget miljø.

Det kan være med til at alle parter arbejder sammen om barnet eller den unge undervejs og at barnet og familien kan følge sit eget forløb, samt at familien ved, hvem der har ansvar undervejs, og hvad der skal ske hvornår. Forældrene kan derved også være en aktiv part i behandlingen, i forberedelserne til udskrivning og samarbejde med kommunen om evt. støtte undervejs og i barnets eller den unges overgang til eget miljø.

Meget forenklet udgave af den kommunale sagsgang i dag:

Kommunen opsporer/har på baggrund af anmodning fra lærer foretaget en undersøgelse af barnet i PPR regi/modtager en underretning om et barn i mistriksel/spiseforstyrrelse mv. og foretager en undersøgelse af barnets problemer.

På baggrund af en undersøgelse vurderer kommunen i samarbejde med forældrene, om et barn skal henvises til psykiatrien. Kommunen sender en henvisning. Når barnet er udredt, modtager kommunen psykiatriens tilbagemelding og evt. forslag til indsats. Kommunen laver en handleplan og iværksætter evt. foranstaltninger for barn og evt. familie.

Kommunens samarbejde med praktiserende læge:

Ved henvisning fra praktiserende læge til psykiatrien vil sagerne ofte ikke være kendt i kommunen. Ved udskrivning fra psykiatrien vil kommunen i en del tilfælde blive involveret i forhold til barnets skolegang og evt. ansøgning fra forældre om indsatser/ydelser til familien. I andre tilfælde foregår samarbejdet udelukkende mellem psykiatri og praktiserende læge.

Mulig sagsgang mellem kommune og psykiatri og forældre ved ny samarbejdsmodel (under forudsætning af at familien samtykker):

Kommunen opsporer/modtager en underretning/forslag om indstilling fra PPR. Kommunen konsulterer (fysisk eller digitalt) psykiatrien i tvivlsspørgsmål med henblik på kvalificering af undersøgelse og evt. senere henvisning til psykiatrien.

Ved henvisning udarbejdes en fælles aftale/handleplan med mål for barnet. Når psykiatrien har besluttet behandling, herunder familiens evt. deltagelse i behandlingsforløb, indføres behandling, ansvar og tidsplan samt tidskadence indtil opfølgningsmøde med kommune og familie. Kommunen vurderer evt. forebyggende foranstaltninger for familien og hvad familien evt. arbejder med undervejs. Familien får udleveret handleplanen.

Ved at begge parter inddrages fra start enten fysisk eller digitalt omkring barnets aftale/handleplan har alle parter mulighed for at bidrage til en helhedsorienteret indsats rundt om barnet. I perioder vil psykiatrien være hovedansvarlig og i andre er kommunen hovedansvarlig og familiens ansvar tydeliggøres.

På baggrund af handleplanens formodede tidsperspektiv kan parterne planlægge og samarbejde undervejs. Ved udskrivning er det fortsat vigtigt, at alle parter inddrages enten fysisk eller digitalt i forhold til følge op på barnets forløb og nå målet. Psykiatrien skal være ansvarlig for fortsat ambulant psykiatrisk behandling sideløbende med understøttende forebyggende foranstaltninger for familie og barn, hvis genindlæggelser skal undgås. Målet skal være klart – barnet skal tilbage til eget miljø og indgå i fællesskabet i skolen, fritidslivet mv. Psykiatrisk behandling, kommunale indsatser og familiens indsats skal tilrettelægges derefter og fremgå af den fæles handleplan

.....

Sundhedsstyrelsen

5. oktober 2017

Høring over Forløbsprogram for børn og unge med spiseforstyrrelse

Dansk Selskab for Almen Medicin takker for muligheden for at kommentere på ovennævnte høring.

Vi kan dog meddele, at vi ikke har bemærkninger til det fremsendte.

Med venlig hilsen



Anders Beich
Formand, Dansk Selskab for Almen Medicin

Stockholmsgade 55, st.
2100 København Ø

T: 7070 7431
dsam@dsam.dk
www.dsam.dk

Til Sundhedsstyrelsen

DANSKE
REGIONER



19-10-2017
EMN-2017-03275
1092457

Danske Regioners høringssvar vedr. forløbsprogrammer for børn og unge med psykiske lidelser

Danske Regioner takker for fremsendelsen af følgende kommende forløbsprogrammer i offentlig høring:

- Forløbsprogram for børn og unge med ADHD
- Forløbsprogram for børn og unge med angst og/eller depression
- Forløbsprogram for børn og unge med spiseforstyrrelse

Danske Regioner hilser initiativet med udarbejdelse af forløbsprogrammer velkommen, og ønsker selv en styrket indsats i børne- og ungdomspsykiatrien såvel som et styrket fokus på overgangene mellem sektorer.

Danske Regioner har delt sit høringssvar i tre niveauer: Generelle bemærkninger, opbygning og tekstnære rettelser.

Generelle bemærkninger

Danske Regioner finder, at den klare og mere veldefinerede opdeling af ansvar og opgaver i forhold til forebyggelse, vurdering, udredning, behandling og rehabilitering af børn og unge med psykiske lidelser er en god indgangsvinkel til forløbsprogrammene, og finder generelt udkastene gode.

Danske Regioner finder dog at man bør tilpasse forløbsprogrammerne, så de passer til gældende lovgivning, de tiltrådte overenskomster, samt at man ikke kommer til at sætte en sundhedsfaglig vurdering under regel.

Generelt bør målgruppeafsnittene i de tre forløbsprogrammer skrives igennem og gøres mere ensartet. Aldersafgræsning i forløbsprogrammet for angst/depression er fx meget uklar og generelt flugter aldersafgræsningsne ikke med aldersafgræsningen i Sundhedsstyrelsens egen specialevejledning for børne- og ungdomspsykiatri.

Hvad angår *lovgivning* tænkes specielt på Sundhedsstyrelsen egen specialevejledning for børne- og ungdomspsykiatri og Sundhedslovens regler om ret til hurtig udredning og udvidet frit valg.

DANSKE REGIONER
DAMPFÆRGEVEJ 22
2100 KØBENHAVN Ø
+45 35 29 81 00
REGIONER@REGIONER.DK
REGIONER.DK

Specialevejledningen bør følges og forløbsprogrammerne skrives, så der ikke hersker tvivl om, at de mindre patientgrupper der kræver specialiseret behandling henvises til de rigtige funktioner.

https://www.sst.dk/da/planlaegning/specialeplanlaegning/gældende-specialeplan/~/_media/1E1EC5B49C74482896505CB7B88EF897.ashx

1) I specialevejledningen fremgår det klart at "Spæd- og småbørnspsykiatri, 0-3 år" er en regionsfunktion, hvor patienter skal henvises til regional afdelinger med godkendelse til denne funktion, samt at det "Skal varetages i tæt samarbejde med pædiatri samt gynækologi og obstetrik". Derfor er det i strid med specialevejledningen, når forløbsprogrammet for ADHD betegnes for et program for børn fra 0 år til 17 år, og der samtidig på side 23 skrives at henvisningen til sygehusregi og specialiseret afdeling først skal finde sted efter indsatser på niveau 1 og 2 er afprøvet:

"Interventionens formål er, at barnet/den unge tilbydes udredning og behandling svarende til barnets/den unges vanskeligheder, symptombillede og funktionsevnenedsættelse, efter indsatser på niveau 1 og 2 er afprøvet uden tilstrækkelig virkning."

Der bør i forløbsprogrammet pointeres, at dette ikke gælder for spæd- og småbørn 0-3 år, da disse skal henvises til en afdeling med regionsfunktion. Eller endnu bedre bør det fremgå, at forløbsprogrammet ikke omfatter denne lille gruppe af patienter, der er under 4 år og ofte henvises direkte til specialiserede afdelinger.

2) Ligeledes bør forløbsprogrammet for ADHD, der opererer med en meget lav nedre aldersgrænse tydeliggøre, at farmakologisk behandling af patienter under 6 år kun må foregå på en matrikel godkendt til regionsfunktionen: "Børn (0-5 år) med behov for psykofarmakologisk behandling, fraset behandling med melatonin (skønnet incidens 50 pt.). Vedligeholdelsesbehandling kan varetages på regionsfunktionsniveau i formaliseret samarbejde med højt specialiseret niveau"

Således bør teksten på side 25 understrege dette, så der ikke efterlades tvivl hos læger i praksissektor, hos privathospitaler eller på regionale afdelinger uden godkendelse. Man kunne foreslå at affærdige teksten således:

Farmakologisk indsats

Det er dokumenteret, at farmakologisk behandling med relevant præparat har moderat effekt på kernesymptomer for ADHD for børn og unge fra 6-17 år (Sundhedsstyrelsen, 2014; Rådet for Anvendelse af Dyr Sygehusmedicin, 2016). Der er ikke vist sikker effekt af medicinsk behandling af ADHD hos børn under 6 år, men til gengæld flere moderate til svære bivirkninger. *Farmakologisk behandling af ADHD hos børn under 6 år er en regionsfunktion, og må således kun udføres på de i specialvejledningen godkendte afdelinger.*

3) I forløbsprogrammet for spiseforstyrrelser defineres en nedre aldersgrænse på 8 år (side 7). Dette er uheldigt, da specialevejledning generelt på tværs af diagnoser har en aldersgrænse der deler mellem det 3. og det 4. år for spædbørns- og småbørn kontra børn, og for farmakologisk behandling deler mellem 5. og 6. år. Hertil kommer at specialfunktionerne for spiseforstyrrelser har endnu en aldersgrænse som deler

mellem det 11. og 12. år Det gør det samlet set meget svært at navigere i Sundhedsstyrelsens regler, hvis der indføres endnu en aldersgrænse og de eksisterende aldersgrænser ikke gå igen i forløbsprogrammerne. Man kan frygte, at reglerne så ikke bliver fulgt. Derfor foreslår Danske Regioner, at forløbsprogrammernes nedre aldersgrænse sættes op til at matche specialevejledningsaldersgrænser for at undgå forvirring, og sikre at børn ikke bliver behandlet på et lavere niveau.

4) Reglerne om ret til hurtig udredning og det udvidede frie sygehusvalg gælder også for børne- og ungdomspsykiatrien. Det betyder, at private hospitaler og klinikker også kan forestå udredning og behandling på hovedfunktionsniveau på linje med regionale afdelinger. Dette er ikke indskrevet eller taget højde for i forløbsprogrammerne. Danske Regioner anbefaler, at privathospitaler og klinikkers rolle specificeres, samt at de nævnes i forbindelse med indsatsstrin 3. Der bør således tages højde for patientrettigheder og deraf følgende inddragelse af privathospitaler og klinikker i forløbsprogrammene.

5) I *de tiltrådte overenskomster*¹ fremgår det tydeligt, at praktiserende speciallæger kan udrede og behandle patienter med spiseforstyrrelse, dog undtaget patienter med "livstruende forhold hos eksempelvis spiseforstyrrede". Det er derfor uheldigt, at forløbsprogrammet for spiseforstyrrelser i høj grad har skrevet praktiserende speciallæger ud af forløbsprogrammet sammenlignet med de andre forløbsprogrammer, herunder deres mulighed for at diagnosticere og behandle i afsnit 5.4. Det vil reelt betyde en omorganisering, hvor patienter fra praksissektoren løftes ind i sygehusregi, hvor behandlingen kan være dyrere, og patienterne tildeles nye rettigheder. En omkostning som regionerne formentlig vil ønske kompensation for.

6) Endelig bekymrer det Danske Regioner, at forløbsprogrammene på visse områder forlader formålet med at være et organisatorisk redskab for samarbejde og koordinerende indsats, og i stedet dikterer detaljerne i hvad den enkelte part skal gøre på et bestemt niveau. Det i en sådan grad, at man kan frygte for at en **sundhedsfaglig vurdering sættes under regel**. Det viser sig i forløbsprogrammet for ADHD, hvor man i afsnit 5.4.1 ikke kun ønsker at bestemme, at hele indsatsen skal foretages af;

- 1) speciallæger,
- 2) folk med specialpsykologiske kompetencer eller
- 3) folk der er i gang med en sundhedsfaglig uddannelse og som vejledes af speciallæge eller specialpsykolog

¹ her tænkes primært på overenskomsterne i praksissektoren, herunder specifikt overenskomsten med de praktiserende speciallæger og moderniseringen af børne- og ungdomspsykiatrien, som Sundhedsstyrelsen har rådgivet i forhold til, og Sundhedsministeriet har tiltrådt gennem RLTN.

<http://www.regioner.dk/media/1147/modernisering-af-specialet-boerne-og-ungdomspsykiatri.pdf>

Men også at de kategorisk skal gennem fem elementer i en såkaldt standardudredning.

Danske Regioner forventer, at den behandlingsansvarlige speciallæge kan vurdere og beslutte, at en psykologisk undersøgelse foretaget i PPR er af en sådan standard, at den kan anvendes og derfor ikke bør gentages eller at en sygeplejerske med uddannelse inden for området er i stand til at observere barnet i skole eller hjem. Alt andet må anses for en dårlig udnyttelse af kompetencer og ressourcer, og vil medføre et øget pres på bl.a. speciallægeressourcerne i børne- og ungdomspsykiatrien, og vil højst sandsynligt medfører et ønske fra regionerne om kompensation for disse ekstra udgifter.

7) På samme måde bekymrer det, når forløbsprogrammet for spiseforstyrrelser konsekvent bruger den generelle betegnelse "spiseforstyrrelser" om alle diagnoserne i forløbsprogrammet. Her slås de to anerkendte diagnoser anoreksi og bulimi sammen med en forventet diagnose som Binge Eating Disorder (BED).

Det er også problematisk, at der på side 23 konstateres, at trin 3 både er et trin hvor der foretages udredning og diagnosticering men samtidig konstateres det, at trin 3 oftest omfatter behandling ved indlæggelse. Det er Danske Regioners opfattelse, at børn og unge der diagnosticeres med anoreksi og bulimi i børne- og ungdomspsykiatrien heldigvis oftest kan hjælpes uden at fjernes helt fra vante omgivelser ved at tilbydes ambulant behandling. Derfor bliver det i Danske Regioners øjne at sætte en sundhedsfaglig vurdering ud af spillet, når Sundhedsstyrelsen vil at den faglige indsats er, at der sættes ind med indlæggelseskrævende behandling. Det strider mod begreber om at graduere indsatsen og anvende det intensitetsniveau der passer til det enkelte barn eller unge.

8) Generelt må det siges, at i forløbsprogrammet for spiseforstyrrelse ikke flugter med linjen i de to andre forløbsprogrammer. Både teksten og de bokse med anbefalingstrin (som man har valgt skal gå igen på tværs af de tre forløbsprogrammer) synes at være forskudt i forhold til de to andre forløbsprogrammer. Det virker fx besynderligt, at man under indsattrin 2 forventer "ambulant hospitalsbaseret indsats" mens selve udredningen og diagnosticeringen i børne- og ungdomspsykiatrien først anbefales på trin 3.

9) Sundhedsstyrelsen opstiller et forløbsprogram for spiseforstyrrelser og inkluderer BED på baggrund af en forventning om, det bliver en diagnose i den nye udgave af ICD. Efter en kort gennemgang af de tre typer af spiseforstyrrelser behandles de gennem forløbsprogrammet som om de var identiske lidelser med samme behandlingsbehov, og som om der ligger samme evidens bag behandlingstilbuddene, hvilket ikke er tilfældet. Forløbsprogrammet kunne med fordel have indeholdt forskellene.

Opbygningen af de tre forløbsprogrammer

10) Forløbsprogrammerne opbygges fint efter ideen om graduering understøttes at identiske afsnit, blå bokse for anbefalinger og røde bokse med gode eksempler til inspiration. Det gør det nemt at sætte sig ind i det enkelte forløbsprogram.

11) På samme måde bør indsats trin 3 tilpasses i de tre forløbsprogrammer. I forløbsprogrammet for angst og depression bør begrebet *universitetsklinikker* fjernes, i forløbsprogrammet for spiseforstyrrelser bør speciallægepraksis indføres i erkendelse af, at de også kan udrede og diagnosticere, ligesom det i alle tre forløbsprogrammer bør være indskrevet, at når de praktiserende speciallæger kan udrede og diagnosticere (og behandle), så bør de også formidle resultater og anbefalinger, indgå i lokalt samarbejde og lave aftaler med almen praksis. Det vil være spild af ressourcer, at dette skal gå gennem børne- og ungdomspsykiatrien for at nå til kommunen eller praktiserende læge. Det virker ligeledes ulogisk "at kommunen viderefører og revurderer den socialfaglige indsats med udgangspunkt i anbefalingerne fra børne- og ungdomspsykiatrien" når det kommer til børn og unge med spiseforstyrrelser, men ikke når det kommer til børn og unge med angst, depression eller ADHD.

12) Endelig bør der refereres til de regionale pakkeforløb, som regionerne har udviklet som rammer for behandling på hovedfunktionsniveau, hvor i koordination og samarbejde indgår, og som specifikt er skabt til bl.a. depression, anoreksi og bulimi og ADHD. Alt andet vil være en underkendelse af det store arbejde regionerne har gjort for at højne og ensarte behandlingen nationalt.

Tekstnære kommentarer

13) Der bør systematisk anvendes børne- og ungdomspsykiatrien igennem alle tre forløbsprogrammer i stedet for der i flere tilfælde anvendes psykiatrien, hvor læseren kan blive i tvivl om, hvor vidt der mens de to specialer samlet eller specialet for 'voksen' psykiatri.

14) Der kan med fordel anvendes samme nummerering på tværs af de tre forløbsprogrammer. Eksempelvis 'faktorer i vurdering af barnet/den unge' hedder 3.1.1 i to forløbsprogrammer men 3.2 i det sidste.

15) Man kan evt. undlade at nævne jobplan som vigtigt særskilt plan for børn og unge.

16) I forløbsprogrammet for angst/depression nævnes sidst i afsnit 5.5 på side 32 *aktører* hvilket ikke sker i de to andre forløbsprogrammer. Det er lidt svært at se formålet, og afsnittet afsluttes med "evt. privat aktører" uden nærmere definition af hvad begrebet dækker over og hvordan de tænkes ind.

17) Alle forløbsprogrammerne afsluttes med Sundhedsstyrelsens forventninger til opfølgning, dog uden at der specificeres om der afsættes midler til dette. Her indsættes deltagelse af relevante aktører fra specialiserede hjerneskadetilbud, hvilket må være en fejl.

Danske Regioner har ikke yderligere kommentarer.

Venlig hilsen

Thomas I. Jensen

Høringssvar fra Børne- og Ungdomspsykiatrisk Selskab ang. forløbsprogram for børn og unge med spiseforstyrrelser

Børne- og Ungdomspsykiatrisk Selskab takker for muligheden for at blive hørt ang. forløbsprogrammer for børn og unge med spiseforstyrrelser.

Vi ser med glæde frem til forløbsprogrammerne, som vi generelt mener, at der er behov for, og som vil have mulighed for at hjælpe mange børn og unge.

Vi takker samtidig for muligheden for at medvirke til at udforme forløbsprogrammerne, ligesom selskabet er meget enig i den generelle formulering af forløbsprogrammet.

Børne- og Ungdomspsykiatrisk Selskab vil dog gerne se en formulering ang. forpligtelse for forløbsprogrammerne f.eks. i pkt. "1.1. Formål", hvor vi ønsker formuleringen "hensigt at sikre" omformuleret til det mere ansvarsplacerende "skal sikre" og de samme klarere og mere forpligtende formuleringer i næste afsnit, hvor vi ønsker en stramning af formuleringen "Det er forventningen".

Vi oplever, at der i det daglige generelt er megen velvilje til tværsektorielt samarbejde, men at det desværre ikke altid fungerer efter de gode hensigter, når det kommer til praksis.

Derfor ønskes forpligtende formuleringer såsom "skal" frem for "kan" og "bør" også i forbindelse med punkt 3 "Samarbejde og koordination" herunder "Fælles målsætninger understøtter sammenhæng i forløb" "Koordinering af forløb med parallelle og samtidige indsatser", "Integreret samarbejde" og "Overgange".

Med venlig hilsen

Børne- og Ungdomspsykiatrisk Selskab

Høring: Tre forløbsprogrammer for børn og unge med psykiatriske lidelser

Til: Sundhedsstyrelsen

Dansk Selskab for Fysioterapi (DSF) har med interesse læst Sundhedsstyrelsens høringsudkast til de tre forløbsprogrammer for børn og unge med psykiatriske lidelser og takker for muligheden for at afgive høringssvar.

DSF har skrevet dette høringssvar med input fra Dansk Selskab for Pædiatrisk Fysioterapi, DSPF.

Vi håber arbejdsgruppen og Sundhedsstyrelsen finder kommentarerne i høringssvaret anvendelige at arbejde videre med i kvalificeringen af de tre forløbsprogrammer. Såfremt der er opklarende spørgsmål, er vi naturligvis behjælpelige.

Generelle bemærkninger

Dansk Selskab for Fysioterapi kvitterer for et materiale, som på systematisk vis beskriver, hvordan man gennem forløbsprogrammer kan arbejde med at understøtte en ensartet høj kvalitet og sammenhæng i indsatsen for børn og unge med psykiske lidelser. Det beskriver et vigtigt arbejde mellem barnet/den unge og forældrene, hvor der er fokus på samarbejde og koordinering mellem region, praksissektor og kommunerne, hvilket Dansk Selskab for Fysioterapi gerne støtter op om.

Der henvises i forløbsprogrammerne til den generiske model inden for mennesker med psykiske lidelser. Denne er udarbejdet med udgangspunkt i den generiske model for kronisk sygdom. Er den anvendelig både for børn/unge og voksne?

Alle tre forløbsprogrammer er meget teksttunge, og Dansk Selskab for Fysioterapi anbefaler, at sundhedsstyrelsen i det færdige materiale fremstiller lettilgængelige korte versioner, "pixi udgaver", som kan anvendes i praksis.

Generelt er der for få terapeutressourcer (fysio- og ergoterapeuter) til børn og unge psykiatrien), i forhold til hvor meget det sansemæssige/fysiske fylder og i det tværfaglige samarbejde. Der er meget lav evidens for anvendelse af psykofarmaka, især hos mindre børn, derfor er vejen gennem krop og forståelse.

Bemærkninger til Forløbsprogram for børn og unge med spiseforstyrrelser:

I de faglige indsatser er der i trin 3 foreslået gradvis opbygning af ikke vægtreducerende træning. Det burde i alle 4 trin stå, at barnet/den unge med spiseforstyrrelse kan arbejde med kroppen med en ikke vægtreducerende metode. Dette for at påvirke kroppens sanser og kropsopfattelsen positivt. Det kunne eksempelvis være afspænding, udspænding og

brug af kugledyner og kugleveste. Derudover vil man i nogle tilfælde kunne bruge hold-sport med øje for social identitet.

På side 20 står der, at "ved en bekymring for udvikling og trivsel bør barnet vurderes hos eksempelvis PPR". Her mener Dansk Selskab for Fysioterapi, der med fordel kunne stå "i samarbejde med kommunale fysioterapeuter med kompetence til at afdække...". Fordi, som nævnt adskillige steder, der skal laves en helhedsvurdering og netop fordi kendetegnene for spiseforstyrrelserne er forvrænget kropsopfattelse og utilfredshed med egen krop.

Bemærkninger til Forløbsprogram for børn og unge med ADHD:

Dansk Selskab for Fysioterapi bemærker at der i forløbsprogrammet for ADHD slet ikke er fysioterapeuter med. Vi er som fysioterapeuter meget i kontakt med denne gruppe både gennem skole og dagtilbud og gennem det tværfaglige arbejde.

Faglige indsatser (s. 18): I undersøgelse og helhedsvurdering af barn/ung, er der under de fagprofessionelle, ikke nævnt ergo-/ eller fysioterapeuter. Vi anbefaler at disse faggrupper er en del af undersøgelsen, da det netop handler om en helhedsvurdering, hvorfor det fysiske og kropslige, samt sansemæssige område også må prioriteres i et tværfagligt vurdering af børn og unge.

Bemærkninger til Forløbsprogram for børn og unge med angst og/eller depression:

Det nævnes flere steder i forløbsprogrammet, at der skal udpeges en tovholder. Tovholderfunktionen hilses meget velkommen, da det er med at sikre et sammenhængende forløb, hvor der er fokus på koordinering gennem hele forløbet, samt på en fælles målsætning og tidsplan for forskellige indsatser.

Der henvises endvidere til høringssvaret fra Danske Fysioterapeuter.

På vegne af

Dansk Selskab for Fysioterapi

Med venlig hilsen

Annette Fisker

Faglig konsulent

Dansk Selskab for Fysioterapi

Holmbladsgade 70

2300 København S

Tel: +45 33414612

E-mail: kontakt@dsfys.dk

www.dankselskabforfysioterapi.dk





Til Sundhedsstyrelsen
plan@sst.dk

Vordingborg
13. oktober 2017

Høringssvar til følgende tre forløbsprogrammer som Sundhedsstyrelsen har sendt i offentlig høring:

- "Forløbsprogram for børn og unge med ADHD"
- "Forløbsprogram for børn og unge med angst og depression"
- "Forløbsprogram for børn og unge med spiseforstyrrelse"

Generelt

FSD bemærker, at mange kommuner har et solidt erfaringsgrundlag for arbejdet med målgrupperne, og allerede har tilbud til målgrupperne, ligesom kommunerne har et samarbejde med regionerne. Derfor bør forløbsprogrammerne beskrives således, at det bliver muligt for kommunerne at implementere dem med respekt for eksisterende samarbejder og i eksisterende strukturer.

Det bør således være muligt at kommunerne kan tilpasse forløbsprogrammerne ud fra den lokale kontekst, således at de kommer de børn og unge, der er i lokalområdet, mest mulig til gavn. Ligeledes bør kommunerne have mulighed for at kombinere forløbsprogrammerne med eksisterende indsatser, som de pågældende kommuner måtte have en god erfaring med.

Indsatser i forløbsprogrammerne

Det er en god og meningsfuld opdeling af indsatser i almen forebyggende indsatser og graduerede faglige indsatser med tidlig indsats (trin 1), uddybende vurdering samt udredning (trin 2), diagnostik og behandling (trin 3).

Dog vurderer FSD, at temaer som ulighed i sundhed og almen forebyggelse er relevante i forhold til de problemstillinger forløbsprogrammerne indeholder.

Skolegangen

FSD efterspørger et afsnit med fokus på skolegangen, da forløbsprogrammerne er målrettet børn og unge, hvor skolen netop udgør en væsentlig del af hverdagen, og hvor skolerne kan spille en vigtig rolle i opsporing af risikoadfærd og begyndende symptomer.

Overgange til ungdomsuddannelse og voksenområdet

Efterværn og STU beskrives i samme afsnit, som en del af indsatsen for forløbsprogrammernes målgruppe.



FSD vurderer, at hovedparten af tilfældene omhandler unge med fagligt potentiale til at tage en ordinær ungdomsuddannelse. Reelt vil det være meget få unge, der vil være berettiget til en STU, da den er målrettet en svagere gruppe af unge, der ikke vil kunne tage en ordinær ungdomsuddannelse.

Mere støtte til forældre

Forældre- og pårørendeinddragelse er beskrevet i forløbsprogrammerne. Det er en vigtig indsats, det er væsentligt at forløbsprogrammerne har fokus på, herunder overgangen barn-voksen.

Specifikt til enkelte forløbsprogrammer

Spiseforstyrrelser

FSD tilslutter sig forløbsprogrammets afsnit om formål, hensigter og forventninger. Fokus på tværfagligt og -sektorielt samarbejde, borgerinddragelse, forebyggelse samt den generelle fokus på sammenhængende og koordineret indsats til gavn for borgeren er i overensstemmelse med de tanker, der arbejdes efter på området.

Som følge af de indledende hensigter og forventninger i forløbsprogrammet, ser FSD gerne en yderligere konkretisering af det nævnte behov for koordinering/tovholderfunktion, ansvarsfordeling og evt. økonomi. Dette er særligt gældende i løbet af afsnit 3. En præcisering af dette kunne i endnu højere grad bidrage til et stærkt, tværgående samarbejde til gavn for denne gruppe af børn og unge.

Tovholderfunktionen er velbeskrevet i forløbsprogrammet for børn/unge med angst og/eller depression og kan tilsvarende fremhæves ved spiseforstyrrelser og ADHD.

Under afsnittet om handlemuligheder i forhold til mistrivsel bør de kommunale læger (børn og unge-læger) desuden stå på listen over forskellige fagprofessionelle.

Der bør endelig rettes opmærksomhed på risikoadfærd for at sikre tidlig opsporing af spiseforstyrrelser. Særligt ved overvægtige børn kan der skjule sig risikoadfærd for udvikling af Binge Eating Disorder (BED). Hvis et barn/en ung med risikoadfærd for BED kommer i vægttabsforløb, kan det gøre mere skade end gavn. Det er derfor vigtigt med kompetencer til at skelne mellem overvægt grundet usund livsstil og overvægt pga. psykiske problematikker som eksempelvis BED-risikoadfærd.

På baggrund af ovenstående bemærkninger, tilslutter FSD sig elementerne i forløbsbeskrivelsen som forelagt.

Med venlig hilsen

Helle Linnet
Landsformand



Til Sundhedsstyrelsen

30. oktober 2017

**Københavns Kommunes høringssvar vedrørende
forløbsprogrammer for børn og unge med psykiske lidelser**

Sagsnr.
2017-0346359

Dokumentnr.
2017-0346359-3

Sundheds- og Omsorgsforvaltningen, Socialforvaltningen og Børne- og Ungdomsforvaltningen i Københavns Kommune takker for at have modtaget følgende kommende forløbsprogrammer i høring:

Sagsbehandler
Anne Sophie Gottlieb
Susanne Juul Rohmann
Lærke Fritzboeger Christensen
Thea Hviid Lavrsen

- "Forløbsprogram for børn og unge med ADHD"
- "Forløbsprogram for børn og unge med angst og depression"
- "Forløbsprogram for børn og unge med spiseforstyrrelse"

Forløbsprogrammerne bliver et brugbart redskab i forhold til at samarbejde og koordinere indsatser mellem aktører og sektorer samtidig med, at forløbsprogrammerne giver mulighed for at lave lokale aftaler, hvilket er vigtigt for kommunerne.

Som det fremgår af kommentarerne nedenfor, er vi opmærksomme på, at det vil øge opgavetrykket samt krav om specialisering i kommunerne. Dette skal vies stor opmærksomhed i DUT aftalerne, da opgaverne ellers ikke vil være mulige at løfte, som det er intentionen i forløbsprogrammerne.

Kommentarer til høringsudkast til forløbsprogram for børn og unge med ADHD

Set fra Københavns Kommunes perspektiv bliver der ikke pålagt kommunen nye eller større opgaver i forløbsprogrammet om børn og unge med ADHD.

Det er dog et opmærksomhedspunkt, at der generelt ser ud til at ske en opgaveforskydning mellem psykiatri og kommuner. Med udrednings- og behandlingsgarantien ses hurtigere og mere komprimerede forløb, og børnene/de unge kommer hurtigere tilbage til de kommunale foranstaltninger, hvilket Københavns Kommune bakker op om, da de dermed hjælpes tættere på almenmiljøet. Dette betyder dog også et krav om øget specialisering hos kommunerne og højere grad af egentlige "behandlingsopgaver". Der kan derfor være behov for at se mere på den ændrede opgavefordeling mellem region og kommune, særligt ift. kravet om, at psykiatrien stiller sig til rådighed for sparring og rådgivning for kommunerne. Dette gør sig ligeledes gældende for den opgaveforskydning, der måtte være til PPR. Det er væsentligt at påpege, at PPR i høj grad løfter opgaver relateret til det undervisningsmæssige.

**Afdeling for Strategisk
Folkesundhed**

Sjællandsgade 40, Bygning H, 3. sal
2200 København N

E-mail
YA24@suf.kk.dk

EAN nummer
5798009290359

Telefontid
kl.11.00 – 12.00

Københavns Kommune finder det relevant, at mulighederne for gradueret indsatsplanlægning for børn og unge med ADHD er beskrevet.

I kapitel 3 om samarbejde og koordination kunne ungdomsuddannelsessektorens opgaver og muligheder for at skabe inklusion for unge med ADHD med fordel tydeliggøres.

Det fremgår ikke tydeligt ud fra teksten, hvor og hvordan denne forløbspakke anviser, hvem der skal understøtte unge med ADHD i overgangen mellem grundskole og ungdomsuddannelse og videre ind i voksenlivet. Det vil derfor være væsentligt at udfolde i forløbsprogrammet, hvordan kommuner og regioner laver aftaler og faste procedurer for henvendelse ved bekymring for et barn/en ung, så fagpersoner og forældre kender til og har muligheder for at reagere på tegn på mistrivsel. Her skal skoler og ungdomsuddannelserne også tænkes ind som vigtige aktører til brug for både viden og handlekompetence.

Ungdomsuddannelsesinstitutionerne vil formentlig have behov for mere tilgængelig rådgivning om mistrivsel, misbrug og tidlig opsporing til vejledere og evt. individuelle rådgivninger eller indsatser målrettet de unge varetaget af fagprofessionelle. Dette behov vil sandsynligvis omfatte en lang række kommunale medarbejdere, og ikke kun ungdomsuddannelsesinstitutionerne. I hvor høj grad de fagprofessionelle har relevant viden om tegn på mistrivsel vil ofte afhænge af, hvor specifikke udfordringer der er tale om. Medarbejderne vil som regel have tilstrækkelig relevant viden om tidlige tegn på mistrivsel og adfærdsvanskeligheder, men hvis det drejer sig om mere diagnosespecifikke udfordringer, jf. forløbsprogrammernes diagnostiske afgrænsninger, kan vidensniveauet variere. Det kan bl.a. handle om målgruppens størrelse og derved medarbejdernes erfaringer med dem.

I forhold til indsatsstrin 3 (udredning og diagnostik) er det Københavns Kommunes vurdering, at vi overordnet set lever op til alle tre forløbsprogrammernes anbefalinger, og at der generelt er et godt samarbejde mellem kommunen og Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center (BUC). Der kan dog være behov for at arbejde med højere grad af samtidighed i indsatserne på tværs af kommunen og BUC i forbindelse med udredningsforløb (både ambulant og under indlæggelse). Yderligere rettes der aktuelt opmærksomhed mod informationerne, som gives til kommunen fra psykiatrien i form af psykiatriske erklæringer. Begge parter er optaget af, hvorledes denne information kan blive lidt skarpere, bl.a. omkring barnet/den unges funktionsniveau.

Kommentarer til høringsudkast til forløbsprogram for børn og unge med angst og depression

Københavns Kommune vil gerne kvittere positivt for, at der udvikles et forløbsprogram for børn og unge med angst og/eller depression, idet behovet for et sådant program er stort.

I kapitel 5 om faglige indsatser og organisering præciseres overordnet, hvor opgaverne tænkes placeret mellem kommuner og regioner. Set fra et kommunalt synspunkt er det godt, at der er beskrevet en model for graduering med mulighed for overlap. Forløbsprogrammets model vil også bidrage til begrebsafklaring og fælles sprog mellem sundhedsplanlæggere i de forskellige sektorer og kan understøtte og afgrænse de faglige opgaver blandt de fagprofessionelle. Københavns Kommune ønsker dog opmærksomhed på de udfordringer, der kan knytte sig til forskelligheder i de relevante lovgivninger, som i praksis har konsekvenser for, hvornår hvilke indsatser kan iværksættes. I forløbsprogrammerne nævnes blot, at børn og unge er omfattet af forskellige lovgivninger.

Forløbsprogrammet udvider de nuværende opgaver for Københavns Kommune i afsnittet om tidlig indsats trin 1 og 2 samt i afsnittet om opfølgning, hvor der skrives om genoptræningsplaner.

Angående tidlig indsats anbefales i både trin 1 og 2 opgaver som fx faglig helhedsvurdering af barnet og den unge, igangsætning og varetagelse af socialfaglige indsatser samt at der er brug for fagprofessionelle med relevante kompetencer og adgang til diverse redskaber. Kommunernes opgave udvides herved ift. tidlig indsats for de unge, som har forladt grundskolen. Lærerne og pædagogerne i skolerne og fritidsinstitutionerne arbejder allerede i dag med trivsel for at sætte tidligt ind. De vil derfor spille en vigtig rolle i arbejdet med forløbsprogrammerne. Det kan med fordel fremhæves tydeligere, at hvis disse faggrupper skal kunne gøre mere, end de gør i dag, skal de tilføres kompetencer.

Børne- og Ungdomsforvaltningen organiserer og varetager indsatserne i forhold til grundskolen, men for unge som eksempelvis er ledige, i job eller tilmeldt en ungdomsuddannelse, har kommunen ikke et tilsvarende omfattende og understøttende tilbud som PPR. Sundheds- og Omsorgsforvaltningen har et psykologtilbud med mål om at støtte unge på erhvervs- og produktionsskoler samt i ungdomsskolens heltidsundervisning, men tilbuddet dækker ikke unge med angst og/eller depression på gymnasier eller i job. Socialforvaltningen har tilbud, der imødekommer problematikkerne, men ikke nødvendigvis i en skala, der er omfattende nok til at dække en bredt forebyggende indsats. Forløbsprogrammet medfører derfor en udvidelse af den nuværende opgave, fordi kommunen skal tilbyde flere unge foregribende indsatser for at mindske de unges vanskeligheder.

I afsnittet om tidlig indsats (trin 2) anbefales indsatser i kommunen som fx faglig helhedsvurdering, tilpasninger af den individuelle socialfaglige indsats samt adgang til børne- og ungdomspsykiatrisk vurdering og rådgivning. Dette vil også medføre en udvidelse af den nuværende opgave og kræve et kompetenceløft til en række af kommunens medarbejdere. Det vil bl.a. dreje sig om kompetenceløft til de medarbejdere, der rådgiver om psykisk sundhed på ungdomsuddannelserne.

I afsnittet om opfølgning og rehabilitering, står der, at: ”der kan fx udarbejdes en genoptræningsplan, hvis barnet/den unge har et lægefagligt begrundet behov for genoptræning eller rehabilitering.” Dette er en udvidelse af kommunens nuværende opgave med at modtage, vurdere og gennemføre genoptræningsplaner for borgere med somatiske aktionsdiagnoser og ikke psykiske aktionsdiagnoser.

Københavns Kommune finder det generelt relevant med modellen om graduerede indsatser for børn og unge med angst og/eller depression. Det giver overblik og opgaveforståelse at tale om børn og unges mistrivsel, angst og/eller depression ud fra modellens elementer. Kommunens opgaver i forhold til at fremme psykisk sundhed blandt børn og unge samt at forebygge psykisk sygdom og lidelse understøttes ved beskrivelserne af det alment forebyggende arbejde med at fremme trivsel, opspore mistrivsel og varetage tidlig indsats.

En generel betragtning er, at unge i alderen 15 til 18-23 år med angst og/eller depression understøttes mindre af forvaltningernes tilbud og dermed lander i en gråzone, hvor vejen til socialfaglig indsats og støtte er utydelig og mindre tilgængelig. Dette er også billedet, når forløbsprogrammets kapitel 5 læses med de unge for øje. Der mangler et fokus på ungdomsuddannelsessektoren, og der kunne med fordel tilføjes nogle anbefalinger til samarbejde og organisering mellem ungdomsuddannelser, psykiatri og kommune.

Kommentarer til høringsudkast til forløbsprogram for børn og unge med spiseforstyrrelse

Forløbsprogrammet har fokus på, at der skal sættes ind tidligere med en forebyggende indsats, og en del af det handler om at fastholde børn og unge, der modtager en specialiseret indsats fra enten region eller kommune, i et almenmiljø. Københavns Kommune vurderer, at fastholdelse i almentilbud i nogle tilfælde ikke vil være muligt, da barnet eller den unge vil have behov for et skærmet tilbud undervejs i forløbet og bagefter i form af rehabilitering, hvilket stiller ekstra krav til kommunerne om at have forskellige understøttende tilbud. Understøttende tilbud kan dog også have en mere forebyggende karakter og bidrage til, at der kun i særligt svære tilfælde bliver behov

for et skærmet tilbud. Et eksempel herpå kunne være måltidsstøtte på skolerne.

Hensigten med forløbsprogrammet – at understøtte samarbejdet mellem region, kommune og almen praksis om en sammenhængende og koordineret indsats til børn og unge med spiseforstyrrelse – er god og relevant. Som det beskrives i forløbsprogrammet, vil det kræve en tovholder i kommunalt og regionalt regi, hvilket betyder, at kommunerne vil blive pålagt en tovholderfunktion, som der skal afsættes ressourcer til. Afhængigt af, om den påtænkte tovholderfunktion kan udgøres af myndighedssagsbehandler, som allerede har en koordinerende rolle, eller om der lægges op til en tovholderfunktion med mere ekspertise ift. målgruppen, vil der kunne blive tale om et ganske stort ressourcetræk for kommunerne. For lærere og pædagoger forventes også en større opgave ift. at opspore og hjælpe børn og unge med en spiseforstyrrelse.

Binge Eating Disorder (BED) er ifølge forløbsprogrammet karakteriseret under *andre uspecificerede spiseforstyrrelser* og er endnu ikke en diagnose men forventes at blive inkluderet i den kommende reviderede udgave af ICD (ICD-11). Med forløbsprogrammet bliver der større krav til, at kommunerne kan varetage screening og opsporing ift. BED og ligeså ift. rehabilitering efter endt behandling.

Mennesker, der er ramt af BED, lider ofte af andre psykiske sygdomme, herunder især depression, personlighedsforstyrrelser og angst. Den eksisterende viden i forhold til børn, der er ramt af BED, er dog sparsom. Københavns Kommune ser derfor gerne, at Sundhedsstyrelsen hjælper kommunerne ved at samle og beskrive den eksisterende viden om metoder i forhold til de forskellige indsatsniveauer nævnt i forløbsprogrammet.

Københavns Kommune håber, at Sundhedsstyrelsen vil revidere forløbsprogrammerne med udgangspunkt i ovenstående bemærkninger og ser frem til at modtage den endelige version af forløbsprogrammerne.

Venlig hilsen

Katja Kayser
Administrerende direktør
Sundheds- og Omsorgsforvaltningen

Nina Eg Hansen
Administrerende direktør
Socialforvaltningen

Tobias Børner Stax
Administrerende direktør
Børne- og Ungdomsforvaltningen