



SUNDHEDSSTYRELSEN

FORLØBSPROGRAM FOR BØRN OG UNGE MED ADHD - UDKAST 25.9.2017

2017

Indhold

1	Introduktion	4
1.1	Formål	4
1.2	Baggrund	4
1.3	Forløbsprogram som redskab	5
1.4	Vidensgrundlag for forløbsprogrammet	5
1.5	Sammenhæng med øvrige initiativer på området	5
1.6	Lovgrundlag	6
1.7	Opbygning af forløbsprogrammet	6
2	Målgruppe	6
2.1	Afgrænsning af målgruppen	6
2.2	Kernesymptomer	6
2.3	Målgruppens demografi og karakteristika	7
3	Samarbejde og koordination	9
3.1	Planlægning af forløb	9
3.1.1	Faktorer i vurderingen af barnet/den unge	9
3.1.2	Fælles målsætninger understøtter sammenhæng i forløb	10
3.2	Koordinering af forløb med parallelle og samtidige indsatser	10
3.3	Integreret samarbejde	10
3.4	Overgange	12
4	Alment forebyggende indsats	14
4.1	Hvorfor alment forebyggende indsatser	14
4.1.1	Generelt om risikofaktorer	14
4.1.2	Handlemuligheder ift. mistrivsel	14
5	Faglige indsatser og organisering	16
5.1	Graduerede indsatser	16
5.2	Tidlig indsats (trin 1)	17
5.2.1	Faglige indsatser	18
5.3	Uddybende vurdering og indsats (trin 2)	20
5.3.1	Faglige indsatser	21
5.4	Udredning, diagnostik og behandling (trin 3)	22
5.4.1	Faglige indsatser	23
5.5	Opfølgning og rehabilitering (trin 4)	26

5.5.1	Faglige indsatser	26
6	Implementering og opfølgning	27
6.1	Forudsætninger for vellykket implementering	28
6.1.1	Tværsektorielt/tværgående samarbejde	28
6.1.2	Plan for implementering	28
6.1.3	Kompetenceudvikling	29
6.1.4	Monitorering	29
6.2	Opfølgning	29
6.3	Revision af forløbsprogrammet	29
7	Referencer	30
8	Bilag	32
Bilag 1: Kommissorium for arbejdsgruppe til udarbejdelse af forløbsprogram for børn og unge med ADHD32		
	Medlemsliste	34
Bilag 2: Kommissorium for referencegruppe vedr. udarbejdelse af forløbsprogrammer for børn og unge med psykiske lidelser		
	Medlemsliste	37
Bilag 3: Oversigt over planer til beskrivelse af mål og indsatser i den enkelte borgers forløb, også for børn og unge		
		38
Bilag 4: Hyppigt forekommende vanskeligheder afledt af ADHD		
		39
Bilag 5: Data omkring målgruppen		
		40
Bilag 6: Model for graduerede indsatser for børn og unge med psykiske lidelser		
		40
Bilag 7: Tidlige tegn ift. symptomer på ADHD		
		41

1 Introduktion

1.1 Formål

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

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

1.2 Baggrund

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

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

1.3 Forløbsprogram som redskab

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

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

Et forløbsprogram kan desuden bidrage til at understøtte anvendelsen af bestemte indsatser og evidensbaserede behandlingsmetoder i arbejdet med barnet, den unge og familien, samt understøtte udarbejdelse af retningslinjer for samarbejdet mellem faggrupper og sektorer.

Dette forløbsprogram tager afsæt i den generiske model for forløbsprogrammer for mennesker med psykiske lidelser, som Socialstyrelsen i samarbejde med Sundhedsstyrelsen har udarbejdet i 2015 med udgangspunkt i Sundhedsstyrelsens generiske model for forløbsprogrammer for kronisk sygdom. Modellen er specifikt tilpasset arbejdet med at skabe kvalitet og sammenhæng i indsatsen for mennesker med psykiske lidelser, idet modellen omfatter behandling og indsatser på hhv. sundheds-, social-, beskæftigelses- og uddannelsesområdet.

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

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

1.4 Vidensgrundlag for forløbsprogrammet

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

1.5 Sammenhæng med øvrige initiativer på området

Forløbsprogrammet er den overordnede ramme for koordination og samarbejde omkring ADHD. Forløbsprogrammet for børn og unge med ADHD skal ses i sammenhæng med øvrige, relaterede initiativer og publikationer på området. Dette gælder bl.a. Socialstyrelsens Nationale ADHD-handleplan, den generiske model for forløbsprogrammer for mennesker med psykiske lidelser, den nationale kliniske retningslinje for udredning og behandling af ADHD hos børn og unge samt den faglige visitationsretningslinje om udredning og behandling af ADHD hos børn og unge.

Hvor flere af de nævnte publikationer uddyber indsats, udredning og behandling, er forløbsprogrammet den overordnede ramme for koordinationen og samarbejdet omkring disse.

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

1.6 Lovgrundlag

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

1.7 Opbygning af forløbsprogrammet

Indholdet i kapitlerne 1(introduktion), 3 (samarbejde og koordination), 4 (alment forebyggende indsats) og 6 (implementering og opfølgning) er ens beskrevet i alle tre forløbsprogrammer og eventuelt suppleret med diagnosespecifikke bemærkninger, hvor det er fagligt relevant.

2 Målgruppe

2.1 Afgrænsning af målgruppen

Dette forløbsprogram retter sig mod børn og unge fra det 0. år og som udgangspunkt op til det fyldte 18. år, som viser tegn på, eller som har fået diagnosen ’Forstyrrelse af aktivitet og opmærksomhed’ (F90.0-F90.9) eller ’Opmærksomhedsforstyrrelse uden hyperaktivitet’ (F98.8C) i henhold til International Classification of Diseases (ICD-10). Målgruppen betegnes i dette forløbsprogram samlet som børn og unge med ’Attention Deficit Hyperactivity Disorder’ (ADHD).

Forløbsprogrammet har ikke en aldersmæssig nedre afgrænsning og omfatter dermed børn helt ned til spædbarnsalder, hvor der naturligt ikke kan eller bør stilles en diagnose. Derfor omhandler forløbsprogrammet også børn og unge, hvor der identificeres mistvivl 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.

2.2 Kernesymptomer

Kernesymptomerne på ADHD er forstyrrelse af *opmærksomhed*, *hyperaktivitet* og *impulsivitet*. Udviser barnet/den unge problemer inden for et eller flere af disse domæner, bør det give anledning

ning til en skærpet faglig opmærksomhed hos de centrale personer, der er sammen med barnet/den unge til hverdag. Se bilag 4 for en liste over de hyppigt forekommende vanskeligheder afledt af ADHD. Målgruppen defineres altså af det samlede symptombillede, risikovurderingen (herunder barnets miljø), funktionsniveauet og den udviste adfærd, som giver anledning til mistvivl og/eller mistanke om psykisk lidelse.

Ofte vil børn og unge med ADHD i løbet af opvæksten udvikle symptomer svarende til en eller flere andre psykiske lidelser. Forskning peger på, at børn, selv i en ung alder, kan udvise symptomer på forskellige psykiske lidelser, og at det er kombinationen af symptomer, der skal fokuseres på, hvis barnet/den unge skal hjælpes bedst muligt (Gillberg, 2010). Dette understreger en pointe, som forløbsprogrammet senere vil vende tilbage til; at det er væsentligt at have et helhedsorienteret billede af barnets/den unges udfordringer. Det er forskelligt, hvilke symptomer der hyppigst fremkommer hos piger og drenge. Hvor drenge typisk reagerer med adfærdsstyrrelser og misbrug, er det hos piger mere almindeligt at udvikle angstlidelser og depression. Alligevel kan alle kombinationer af såvel disse vanskeligheder som andre vanskeligheder forekomme (Vidensråd om Forebyggelse, 2014).

2.3 Målgruppens demografi og karakteristika

ADHD er den hyppigst registrerede psykiatriske diagnose blandt børn og unge. Studier af forekomsten af ADHD viser forskellige estimater, men der er udpræget konsensus om, at diagnosen kan stilles hos 3-5 pct. af en børneårgang. En mindre del af børn og unge, ca. 1-2 pct., vil have ADHD i svær grad (Regeringens Udvalg om Psykiatri, 2013). Diagnosen ADHD er tre gange hyppigere blandt drenge end blandt piger, men ADHD-symptomer rapporteres i teenagealderen lige hyppigt af begge køn. De nyeste tal fra landspatientregisteret viser, at der i 2016 er registreret 25.029 tilfælde af børn og unge (0-18 år) med diagnosen ADHD. I 2016 var der 4128 børn og unge, der fik diagnosen ADHD, mens det tilsvarende tal for 2012 er 3662 børn og unge (Bilag med opdaterede data følger, herunder data fordelt på regionsniveau).

I løbet af de sidste 20 år er der sket en markant ændring i henvisningspraksis, der har medført en stigning i andelen af børn og unge, der får ADHD-medicin og i antallet af børn og unge med ADHD, der får behandling i psykiatrien. Ændringen i henvisningspraksis skyldes formentlig en øget opmærksomhed på ADHD efter diagnosens beskrivelse og afgrænsning i ICD-10 i 1994 og den heraf følgende tidligere opsporing. Tendensen kan også spores internationalt, men pga. forskellige diagnosesystemer er det vanskeligt at konkludere på konkrete forskelle fra land til land (Rockwool Fondens Forskningsenhed, 2014; Atladottir, 2014). Med ændringen i henvisningspraksis er antallet af børn og unge, der i psykiatrisk regi får diagnosen ADHD, steget fra ca. 1.000 i 2001 til ca. 8.000 i 2011¹ (Regeringens Udvalg om Psykiatri, 2013). Derudover er andelen af børn i Danmark, der modtager ADHD-medicin, steget fra 0,1 pct. i 1999 til 1,4 pct. i 2013 (Daley et al., 2014). Ser man på unge i medicinsk behandling i perioden 2011-2015 har antallet af drenge i behandling ligget stabilt, mens antallet af piger har været stigende. Den største stigning ses hos piger i alderen 15-17 år, hvor der fra 2011 til 2015 er sket en stigning fra små 13 pr. 1.000 til 16 pr. 1.000 piger, som har indløst en recept. Dog er det drengene i aldersgrupperne 10-14 år og 15-17 år, som stadig topper i andel børn i behandling med henholdsvis 34 og 30 pr. 1.000 drenge (Sundhedsdatastyrelsen, 2016).

¹ Disse tal må dog tages med forbehold for, at der ikke foreligger registreringer af børn og unge, der er diagnosticeret og/eller behandlet i almen praksis eller kommunalt regi. De reelle tal kan således være højere.

Undersøgelser peger på, at funktionelle vanskeligheder i relation til ADHD både er forbundet med store samfundsøkonomiske udgifter og individuelle personlige omkostninger. En dansk undersøgelse viser fx, at ubehandlet ADHD, der først diagnosticeres i voksenalderen, koster samfundet 2,8 mia. kr. om året (dvs. knap 150.000 kr. pr. individ), fordi mennesker med ADHD blandt andet har betydeligt sværere ved at komme i beskæftigelse og oftere er kriminelle end andre (Daley et al., 2014). Hvis ADHD opdages tidligt og der igangsættes relevant indsats, er der gode muligheder for at afhjælpe ADHD både pædagogisk, socialt og medicinsk. Fx viser danske undersøgelser af Ritalin-præparater, at omkring 80 pct. af børn med ADHD har tydelig positiv effekt af medicinen (bedre koncentration, mindre uro, højere karakterer, færre konflikter, mindre risiko for misbrug/kriminalitet, mv.) (Dalsgaard et al., 2013; Keilow et al., 2015).

ADHD er en psykiatrisk diagnose, der har sin begyndelsesalder i barne- og ungeårene, og for en stor gruppe varer symptomerne på ADHD ved ind i voksenalderen (Faraone et al., 2006). Det betyder for mange, at særligt symptomer på uopmærksomhed (planlægnings- og organiseringsvanskeligheder, hukommelses- og koncentrationsproblemer) kan påvirke personen med ADHD livslangt, selvom funktionsniveauet kan ændre sig væsentligt over tid. Forskning har vist, at der på særlige områder ses en forsinkelse i den neuro-biologiske modning hos personer med ADHD (Shaw et al. 2007). Disse områder er involveret i opmærksomhedsstyring, planlægningssevne og andre kognitive kontrolprocesser, der hjælper med at målrette tanke og handling. ADHD kan ligeledes påvirke barnets/den unges bredere intellektuelle ressourcer (Fraizer et al. 2004).

Denne viden om, at både symptomer på ADHD og neuro-biologiske og neuropsykologiske afvigelser kan vare ved ind i voksenlivet, bør indtænkes ift. omgivelserne omkring børn og unge med ADHD med henblik på at sikre forståelse og tilstrækkelig behandling af barnet/den unge. Børn/unge med ADHD kan have et kontinuerligt behov for støtte og tilpasninger af krav og forventninger, der svarer til både vanskelighederne beskrevet under ADHD-diagnosen, såvel som til vanskeligheder relateret til det generelle kognitive udviklingsniveau. Disse perspektiver er særligt relevante at have in mente ift. overgangen fra barn til ung og fra ung til voksen, hvor kravene til selvstændighed er stigende. Bl.a. vil det for den unge med ADHD betyde, at den unge med ADHD kan have behov for større støtte i dagligdagen, herunder at mestre hverdagslivet generelt, møde krav på ungdomsuddannelser, følge op på behandling, mv. Forskning indenfor området har bl.a. vist, at unge med ADHD har en større risiko for økonomiske problemer (bl.a. Barkley et al., 2006), øget risiko for at droppe ud af uddannelse (bl.a. Barkley et al., 2006) og øget risiko for at droppe ud af relevant medicinsk behandling (bl.a. Pottegaard et al., 2015). Det kan betyde, at den unge med ADHD har brug for støtte fra forældre eller andre voksenressourcer i længere tid end andre unge. Derfor kan det være relevant, med accept fra og i samarbejde med den unge, at inddrage voksne omkring den unge i beslutningsprocesser af betydning for den unge, f.eks. i forvaltning af økonomi, skolevalg, behandling mv.

3 Samarbejde og koordination

Det anbefales:

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

3.1 Planlægning af forløb

Indsatsen for børn og unge med ADHD og lignende vanskeligheder kan bestå af mange forskellige indsatser indenfor både sundheds-, social- og undervisnings-/uddannelsesområdet. Indsatsen kan varetages af forskellige fagpersoner internt i kommunerne og/eller mellem kommune, almen praksis, speciallægepraksis og psykiatrien samtidig. Som følge heraf skal der finde en indsats sted for at håndtere overgangene mellem indsatser og aktører, så barnet/den unge oplever sammenhæng og kontinuitet i forløbet.

3.1.1 Faktorer i vurderingen af barnet/den unge

En faglig helhedsvurdering af barnet og barnets situation er vigtig for at kunne vurdere barnets behov og målrette barnets forløb. Faktorer, der er væsentlige at inddrages i helhedsvurderingen, er fx fysisk og mental sundhed, læring og deltagelse i skolen, sociale relationer (fx skole, fritid, nærmiljø), familieforhold (fx ressourcer, bolig, netværk), forældrenes rolle ift. omsorg og støtte/vejledning. Der kan anvendes forskellige redskaber til at foretage den faglige helhedsvurdering af barnet, fx ICS eller ICF-CY². Begge redskaber forholder sig til barnet på både individniveau og i relation til familien/omgivelserne og bidrager dermed til at få et overblik over barnets hele situation. Begge redskaber er anvendelige som et fælles fagligt og sprogligt udgangspunkt, når der samarbejdes om barnet på tværs af faggrupper og sektorer.

² <https://socialstyrelsen.dk/tvaergaende-omrader/sagsbehandling-born-og-unge/ics/om-ics>,
<http://www.who.int/classifications/icf/en/>, <http://www.marselisborgcentret.dk/icf/>,
http://www.marselisborgcentret.dk/fileadmin/filer/Publikationer/PDF_er/ICF_vejledning_revideret_101013.pdf

3.1.2 Fælles målsætninger understøtter sammenhæng i forløb

Det er væsentligt, at indsatsen til børn og unge med ADHD målrettes, så barnet/den unge kan have så stabilt et hverdagsliv som muligt. Der bør derfor formuleres målsætninger for den konkrete indsats til barnet/den unge og familien, hvor disse inddrages aktivt i formuleringen af og opfølgningen på målsætningerne og eventuelle delmål undervejs (Socialstyrelsen og Sundhedsstyrelsen, 2014). Medinddragelse har stor betydning for at sikre medejerskab og motivation for indsatsen.

Målsætningerne bør være styrende for den samlede indsats på tværs af social-, sundheds-, uddannelses- og beskæftigelsesområdet. Samarbejdet mellem kommuner, almen praksis, børne- og ungdomspsykiatrien og privat speciallægepraksis om den fælles indsats forudsætter, at de involverede fagprofessionelle har en fælles forståelsesramme omkring målsætningerne. Fagprofessionelle i det tværfaglige samarbejde bør derfor have en koordineret tidsplan, klar opgavefordeling og effektiv kommunikation omkring målsætningerne (Sundhedsstyrelsen, 2011; Ekspertgruppen, 2015). Dette involverer en ensartet fortolkning/forståelse af målsætninger og begreber på tværs af fagområder, så fagprofessionelle har en fælles (tværfaglig) forståelse af forløbet. Det øger muligheden for sammenhæng i forløbet, når parterne har viden om indsatser og organisering i den modsatte sektor eller forvaltning. Udover kendskab bør sektorerne også udvise respekt for hinandens arbejdsgange og muligheder, så det tværsektorielle samarbejde kan fungere optimalt.

I lovgivningen er der anført forskellige planer til beskrivelse af mål og indsatser i den enkelte borgers forløb, således også for børn og unge (se bilag 3 for en oversigt). Børn og unge med ADHD kan have flere sideløbende handleplaner, som bør koordineres med henblik på et sammenhængene forløb mellem sektorer.

3.2 Koordinering af forløb med parallelle og samtidige indsatser

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

3.3 Integreret samarbejde

Det enkelte barn/den unge har ofte behov for forskellige kombinationer af tilbud på forskellige tidspunkter i forløbet. Den rette kombination af indsatser bør derfor tage udgangspunkt i det enkelte barns/den unges behov, så de indsatser, der tilbydes barnet/den unge, stemmer overens med den enkeltes almene trivsel, funktionsevne, forudsætninger og behov, fx i forhold til hjem, dagtilbud, skole og fritid. Indsatserne bør derfor tilrettelægges i en tværfaglig samarbejdsproces, hvor relevante fagprofessionelle aktivt samarbejder og inddrager hinanden så tidligt som muligt samt undervejs i forløbet.

Koordination af indsats mellem almen praksis og kommune:

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

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

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

Basisteamet i Rudersdal Kommune:

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

Link i fodnote:

http://kommuneplan2013.rudersdal.dk/~media/Filer/Borgerservice/Skole_og_unge/Inklusion/adhd_projekt/Fakta_adhd_projekt_rudersdal.ashx

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

Eksempelvis en tovholderfunktion bl.a. med ansvar for:

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

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

Efter udredning i børne- og ungdomspsykiatrien er samarbejde mellem kommune, almen praksis og børne- og ungdomspsykiatri fortsat vigtig, hvis barnet/den unge modtager behandling i børne- og ungdomspsykiatrien. Børne- og ungdomspsykiatrien er ansvarlig for fortsat ambulant psykiatrisk behandling sideløbende med kommunens understøttende indsatser til barnet og dets familie. I denne proces bør parterne fortsat være i dialog og følge op på samt koordinere forløbet og målsætningerne (se desuden afsnit 2.1.2 om fælles målsætninger). Dialogen kan foregå enten fysisk eller digitalt.

Tværfaglige udgående teams (TUT):

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

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

3.4 Overgange

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

Overgang fra ung til voksen

Som udgangspunkt sker overgangen fra børne- og ungdomspsykiatri til voksenpsykiatri, omkring 18-års alderen, med en mindre regional variation. Det fremgår af Sundhedsstyrelsens spe-

cialvejledning for børne- og ungdomspsykiatri, at patienter indtil de fylder 18 bør varetages i børne- og ungdomspsykiatrien, men at aldersgrænsen i øvrigt er fleksibel og kan tilrettelægges lokalt og eventuelt efter det enkelte barns særlige forhold. For mange unge i børne- og ungdomspsykiatrien kan overgangen til voksenpsykiatrien opleves som en brat overgang, da behandlingstilbuddet i børne- og ungdomspsykiatrien af mange opleves som mere intensivt og målrettet end i voksenpsykiatrien. Derudover sker der i ungdomsårene meget både biologisk, psykologisk og socialt, som den psykiske lidelse eller vanskelighed kan influere på, og som også kan influere på den psykiske lidelse eller vanskelighed.³

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

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

Ift. den kommunale indsats er servicelovens børneparagraffer væsentligt forskellige fra voksenparagrafferne, som gælder fra den dag, den unge bliver 18 år. En ung med ADHD, der fylder 18 år, skal i det omfang, det er muligt, tage ansvar for sin egen tilværelse. Det betyder blandt andet, at den hjælp, som kommunen har bevilliget familien begrundet i et barnets/den unges funktionsnedsættelse, ophører. Hjælpen er nu målrettet den unge, og forældrene bliver ikke automatisk involveret i sagen, ligesom alle henvendelser fra kommunen sker direkte til den unge. Eksempler på foranstaltninger, der kan lette denne overgang, skitseres i boksen nedenfor.

Særlige kommunale udvalg

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

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

Efterværn

Til unge mellem 18 og 23 år, der indtil det 18. år har haft en fast kontaktperson eller har været anbragt uden for hjemmet umiddelbart inden det fyldte 18. år, kan der ydes tilbud om efterværn. Formålet med efterværn er at bidrage til, at den unge får en bedre overgang til en selvstændig voksentilværelse.

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

Særligt tilrettelagt ungdomsuddannelse/STU

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

4 Alment forebyggende indsats

Det anbefales:

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

4.1 Hvorfor alment forebyggende indsatser

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

4.1.1 Generelt om risikofaktorer

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

4.1.2 Handlemuligheder ift. mistrivsel

Forældre spiller en stor rolle i alment forebyggende indsatser. Ikke blot som forældre med bekymringer for deres barn, men også som deltagere i barnets udvikling og trivsel. Forældrene har derfor en central rolle i forhold til at være inddraget og medansvarlig for deres barns trivsel og udvikling i dagligdagen. Derfor er det vigtigt at involvere og informere forældrene tidligt i for-

løbet, eksempelvis med afsæt i konceptet for systematisk inddragelse af pårørende udarbejdet af Socialstyrelsen og Sundhedsstyrelsen (2014).

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

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

Forskellige faktorer kan øge risikoen for, at barnet/den unge mistrives eller oplever forskellige vanskeligheder. Det er væsentligt, at fagprofessionelle omkring børn og unge kender til og anvender de eksisterende rådgivnings- og supervisionsforaer, som kan benyttes ved mistanke om mistrivsel. I forlængelse heraf er det afgørende, at de fagprofessionelle har viden om tidlige tegn på mistrivsel, så de hurtigst muligt kan identificere de børn/unge, der har behov for indsatser. Dette kan eksempelvis ske gennem informationsmateriale, efteruddannelse, fyraftenskurser, mv. Fx har Sundhedsstyrelsen udarbejdet en række pjecer for sund psykisk udvikling hos børn (Sundhedsstyrelsen, 2000).

Eksempler til inspiration til den alment forebyggende indsats:

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

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

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

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

5 Faglige indsatser og organisering

Det anbefales:

- at regioner og kommuner arbejder ud fra en model om graduerede indsatser ift. børn og unge med tegn på psykisk lidelse fx ADHD

5.1 Graduerede indsatser

Indsatserne er beskrevet som graduerede indsatserne opdelt på fire indsatstrin.

Tilgangen med en gradueret indsats er baseret på antagelsen om, at nogle børn og unge med psykiske vanskeligheder og/eller lidelser har behov for lavintensive tilbud, mens andre har behov for mere omfattende højintensivitetstilbud, ligesom nogle børn har behov for begge dele på forskellige tidspunkter. På den måde anvendes først den metode, der med mindst indgriben kan opnå det ønskede formål, f.eks. tilfredsstillende trivsel eller øget funktionsniveau. Et barn/en ung kan godt opnå forbedret funktionsniveau og trivsel efter en lavintensiv indsats, men med relativt kort varsel bevæge sig i en negativ retning. Dette kan fx ske i forbindelse med skoleskift eller i forlængelse af stigende krav som følge af skift mellem grundskole og ungdomsuddannelse. Barnet/den unge kan i sådanne tilfælde have behov for, at der hurtigt sættes ind med en indsats på relativt højt intensitetsniveau. Der kan også være undtagelsestilfælde, hvor barnet/den unges vanskeligheder først opdages sent, og hvor indsatsen derfor ikke igangsættes rettidigt, hvilket ofte kan forekomme hos piger med ADHD, der ikke har udadreagerende symptomer. Her kan indsatsen starte på et højere intensitetsniveau for derefter at bevæge sig ned i intensitet – altså den modsatte bevægelse end den vanlige.

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

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

Bilag 6 illustrerer den graduerede tilgang i et samlet skema. På hvert trin er indsatserne tilpasset barnets/den unges symptombillede og funktionsevne med anførelse af hvilke overordnede aktører, der er involveret.

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

Generelt for alle trin er, at den socialfaglige og/eller pædagogiske indsats kan målrettes følgende områder, jf. Socialstyrelsens ”National ADHD-handleplan” fra 2017:

- familie
- dagtilbud
- skole
- fritidsområde
- den unge selv

Kommunen visiterer til indsatser på baggrund af dels en individuel vurdering af barnets og familiens behov, dels det kommunale serviceniveau.

Der henvises til den nationale ADHD-handleplan for eksempler på de relevante indsatser på ovenstående områder (Socialstyrelsen, 2017).

5.2 Tidlig indsats (trin 1)

Det anbefales ift. Tidlig indsats (trin 1):

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

Typisk iværksættes en indsats, hvis barnet/den unge vurderes i højrisiko for ADHD eller oplever problemer inden for områderne opmærksomhed, hyperaktivitet og impulsivitet (se bilag 4 for oversigt over symptombilledet og se bilag 7 for tidlige tegn ift. symptomer på ADHD). Her skal der være opmærksomhed på, at nogle (især piger) reagerer med indadvendthed, og at det også kan være et tegn på ADHD, selvom de klassiske symptomer ikke kan observeres. Tidlige indsatser kan også iværksættes med afsæt i bekymringer omkring risikofaktorer, som berøres i afsnit 4.1.

Indsatstrin 1 adskiller sig fra den alment forebyggende indsats ved, at der sættes ind, når et barn/en ung med potentielle vanskeligheder, der skal afhjælpes, er identificeret. På dette indsatstrin vil de kommunale indsatser primært have karakter af foregribende indsatser. Formålet med

foregribende indsatser er at være forudseende omkring særlige udfordringer med henblik på at mindske vanskelighederne hos en risikogruppe, hvor vanskelighederne kan være relateret til ADHD.

Ofte er det en forælder eller en lærer/pædagog i skole eller dagtilbud, der første gang bemærker, at et barn har vanskeligheder - enten hjemme, og/eller i institutionen og/eller i skolen. Når bekymringen for barnets udvikling og trivsel er opstået, bør barnet vurderes hos eksempelvis PPR⁴, pædiater eller anden funktion med kompetence til at afdække mulige symptomer og funktionsevniveauet hos barnet. Hvis barnet/den unge ses i almen praksis, tager den praktiserende læge efter konkret undersøgelse og vurdering stilling til, om der skal rettes henvendelse til kommunen med henblik på vurdering (Sundhedsstyrelsen, 2013).

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

5.2.1 Faglige indsatser

Helhedsvurdering af barnet/den unge

Når det er registreret, at et barn eller en ung er i risiko for at have problemstillinger relateret til ADHD, kan der med fordel foretages en undersøgelse med henblik på at identificere barnets/den unges behov. Fagprofessionelle, der udfører undersøgelsen, vil ofte være sundhedsplejersker, praktiserende læger, psykologer, pædiatere, socialrådgivere, PPR eller anden funktion med lignende kompetence.

I undersøgelsen kan der med fordel indhentes informationer fra barnet/den unge selv, forældre, institution og evt. skole og andre aktører ved behov. Både amerikanske (AAP, CDC) og engelske (NICE) guidelines fremhæver, at der ikke findes en enkelt test for ADHD, men at det kræver information fra flere kilder. Desuden er et godt redskab til tidlig identifikation at lytte til forældres bekymring. Det at teste alle børn udgør en risiko for negative sideeffekter i form af labeling, stigmatisering mm. (Grønlie et al., 2016), hvorfor undersøgelse kun foretages ved en begrundet mistanke. Eksempler på undersøgelsesværktøjer er SDQ⁵ og CBCL, som begge er brede undersøgelser af barnet/den unge, der kan give en indikation af årsagerne til barnets/den unges vanskeligheder.

På baggrund af undersøgelsen vurderes familiens og barnets behov for støtte, og en eventuel intervention målrettes barnets/den unges og familiens vanskeligheder. PPR eller lignede funktion bør efter vurderingen af barnet støtte forældre, lærere og pædagoger i den videre håndtering af barnets vanskeligheder. Ofte kan et tæt samarbejde mellem forældrene og personalet i barnets dagtilbud, skole, SFO eller klub hjælpe med at løse problemer i barnets/den unges hverdag. I andre situationer kan det være nødvendigt at involvere andre parter. Der igangsættes oftest ikke kommunale indsatser målrettet barnet/den unge før ovenstående faglige vurdering af barnet/den

⁴ PPR kan være organiseret forskelligt i kommunerne. Erfaringen viser, at der er psykologisk- og/eller pædagogisk specialiseret kompetence til stede. Nogle steder kan der være andre kompetencer til stede, fx fysioterapeuter, ergoterapeuter og socialrådgivere.

⁵ <http://sdq-dawba.dk/>

unge foreligger. Der kan imidlertid godt være igangsat en indsats på det alment forebyggende eller foregribende niveau, før der foretages undersøgelse.

Hvis nødvendigt kan der foretages videre henvisning til børne- og ungdomspsykiatrien, i tilfælde hvor barnet/den unge har svære symptomer og væsentligt nedsat funktionsevneniveau. Dette vil betyde, at barnet/den unge går fra direkte fra en indsats af lavere intensitet til en indsats af højere intensitet og dermed springer fra trin 1 til trin 3. Det forudsættes dog, at der inden henvisning fra almen praksis er foretaget en kognitiv vurdering af barnet/den unge, jf. Sundhedsstyrelsens faglige visitationsretningslinje for udredning og behandling af børn og unge (2016). Der indgås lokal aftale om, hvorvidt der skal foreligge en kognitiv vurdering ved henvisning fra kommunalt regi også.

Socialfaglig og/eller pædagogisk indsats

Den socialfaglige og/eller pædagogiske indsats kan være målrettet barnet/den unge, familien og omgivelserne. Indsatsen kan både være bredt tilrettelagt og indbefatte mange forskellige områder, og den kan være mere individuel tilrettelagt og være målrettet barnet/den unge selv. Ofte vil de unge i teenagealderen fx have behov for en individuel støttende indsats, mens der i indsatsen over for børn oftere er behov for at sætte ind over for både familie og omgivelser.

Kompetenceudvikling af relevante fagprofessionelle

Kompetenceudviklingen kan understøtte brugen af metoder og værktøjer til at forebygge og håndtere de udsatte positioner, som børn/unge kan havne i. De fagprofessionelle omkring børn og unge bør således have praktisk træning i at forstå vanskelighederne fra barnets/den unges perspektiv og på det grundlag støttes til at skabe de rammer og det indhold, som barnet/den unge har brug for. Ligeledes kan kompetenceudviklingen understøtte, at ledelse og fagpersonale kan bringe ny viden i anvendelse i egen praksis. Kompetencerne kan fx opnås via undervisning og supervision af de fagprofessionelle i dagtilbud og skole, som eksempelvis kan udføres af PPR eller anden funktion med lignende kompetence. Ansvar for, at de fagprofessionelle omkring barnet/den unge har de nødvendige kompetencer aftales lokalt.

5.3 Uddybende vurdering og indsats (trin 2)

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

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

På indsatsstrin 2 indgår indsatser, der i højere grad er målrettet barnet og dets familie – samtidig med at de under Indsatsstrin 1 iværksatte indsatser i institution og/eller skole fortsætter. Målgruppen er børn og unge, der fortsat har udfordringer med mange ADHD-lignende symptomer og nedsat funktionsevneniveau. Barnet anerkendes som havende særlige behov og skal derfor tilbydes hjælp og støtte forenelig med barnets problematikker – også selvom barnet ikke er diagnosticeret.

Henvisning til børne- og ungdomspsykiatrien bør først ske, efter at forskellige non-farmakologiske tiltag er afprøvet. Her bør andre årsager til barnets vanskeligheder også afdækkes. Fx henvises nogle fejlagtigt til børne- og ungdomspsykiatrien, hvor det viser sig, at det er dårlig begavelse, der er udfordringen. Derfor kan det være hensigtsmæssigt at foretage en kognitiv vurdering før en eventuel henvisning.

Projekt 'Fælles på Tværs':

Tværasektorielt projekt, hvor PPR og børne- og ungdomspsykiatrien samarbejder løbende og mere integreret om udredning af barnet/den unge. PPR er med under hele udredningsforløbet, og kan derfor påtage sig en mere specifik vejledende og koordinerende funktion. Kommune og region deler i højere grad deres viden, således at den specialiserede viden i børne- og ungdomspsykiatrien også bliver et aktiv i PPR's forebyggende og inkluderende ramme

Indsatsernes formål er at hjælpe barnet/den unge og familien med at overvinde de oplevede vanskeligheder, der på niveau 2 hæmmer barnets/den unges funktion uanset miljøets tilpasninger.

Indsatserne på dette niveau tilbydes typisk i kommunerne eller i specialiserede private enheder, f.eks. privatpraktiserende børne- og ungdomspsykiatere eller pædiatrisk speciallægepraksis.

Indsatserne vil ofte være længerevarende af moderat intensitet tæt på barnets dagligdag. Som overordnet princip bør de fagprofessionelle, der involveres i niveau 2 indsatser, have et kendskab til ADHD og lignende vanskeligheder hos børn og unge.

5.3.1 Faglige indsatser

På dette indsatstrin vil de kommunale indsatser sandsynligvis være en blanding af foregribende indsatser og indgribende indsatser, hvor formålet dels er at forudse særlige udfordringer med henblik på at mindske vanskelighederne, og dels at afhjælpe vanskelighederne for enkelte børn/unge, der har alvorlige vanskeligheder, som kan være relateret til ADHD. Fokus er at sætte bredt ind med en opmærksomhed på barnet/den unge og støtte forældrene i håndteringen af udfordringer, samt at understøtte barnet/den unge i at fungere i hverdagen med henblik på at forbedre betingelser og muligheder for barnet/den unge.

Helhedsvurdering af barnet/den unge

På dette niveau anbefales det, at fagprofessionelle med relevante psykologfaglige kompetencer, fx PPR eller anden funktion med lignende kompetence, egen læge eller privatpraktiserende børne- og ungdomspsykiatere eller pædiatere, vurderer barnets behov ved at foretage videre undersøgelse. Den specialiserede fagprofessionelle bør være opmærksom på at afdække særlige opmærksomhedspunkter for målgruppen vedr. det kognitive niveau og symptombilledet. Den videre undersøgelse bør dermed belyse, om vanskelighederne kan forklares på anden baggrund end ADHD. Forældre, lærere, pædagoger, socialrådgivere og andre omkring barnet er vigtige ift. at understøtte indsatsen, som barnet/den unge selv typisk inddrages i. Den fagprofessionelle, der udfører undersøgelsen, har ansvar for at formidle resultater og rådgive fagprofessionelle tæt på barnet/den unge i at omsætte resultaterne til praksis og i at håndtere barnets/den unges vanskeligheder.

I undersøgelsen vil der typisk blive indhentet information fra barnet/den unge selv, forældre, institution og evt. skole og andre aktører efter relevans og behov. De brede undersøgelsesværktøjer, der fremgår under tidlig indsats (SDQ og CBCL), kan ligeledes anvendes her samt et mere ADHD-specifikt spørgeskema som fx ADHD-RS⁶, som også kan give en indikation af symptommernes belastningsgrad.

Det er desuden hensigtsmæssigt på dette niveau, at børne- og ungdomspsykiatrien (jf. forebyggelsesforpligtelsen i Sundhedslovens § 119, stk. 3) tilbyder børne- og ungdomspsykiatrisk vurdering og rådgivning til kommunale fagprofessionelle, fx via kontaktpersoner i børne- og ungdomspsykiatrien.

Socialfaglig og/eller pædagogisk indsats

Det anbefales, at der på dette niveau, forud for en henvisning til børne- og ungdomspsykiatrien, opereres med en periode med såkaldt ”watchful waiting”, hvor man starter med fx oplæring i selvhjælpsstrategier hos barnet/den unge og de omgivende voksne, og hvor der kan indhentes råd og vejledning hos fagprofessionelle med viden om børn og unge med særlige behov. Hvis

⁶ http://www.bupnet.dk/media/ADHD-RS-DK_manual_version.pdf

der efter en ”venteperiode” stadig ikke er tilstrækkelig gavn af indsatsen, kan det være hensigtsmæssigt at henvise barnet/den unge til udredning og behandling i børne- og ungdomspsykiatrien.

Da mange børn med ADHD eller lignende vanskeligheder ofte har sociale vanskeligheder, er det helt afgørende, at indsatsen i dagtilbud/skole, fx. klasseindsatser og rådgivning/vejledning, fortsættes. Det er vigtigt at støtte forældre og fagprofessionelle omkring barnet i at holde fast i strategier og integrere indsatserne i forhold til barnets videre udvikling.

Forældretræning:

På dette niveau kan familien tilbydes forældretræning. Forældretræning indebærer, at forældre igennem flere sessioner lærer at forstå deres barns behov og ligeledes lærer forskellige adfærdsreguleringsstrategier, der f.eks. kan mindske konflikt i dagligdagen. Det er meningsfuldt at indlede med denne type af indsatser, forud for en diagnose, fordi en række af de problematikker, der opleves af barnet, familie og i skoleregi, kan afhjælpes herigennem (Rimestad et al., 2016; Rimestad et al., in press; Trillingsgaard et al., 2014). Det anbefales, at forældretræning og socialpædagogiske interventioner går forud for egentlig diagnosticering.

5.4 Udredning, diagnostik og behandling (trin 3)

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

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

Indsatstrin 3 indeholder indsatserne i børne- og ungdomspsykiatrien, hhv. ambulante, dag og døgntilbud samt privatpraktiserende børne- og ungdomspsykiatere og pædiatere (hvor der er opnået tilladelse til at forstå behandling, jf. Sundhedsstyrelsens vejledning om medikamentel behandling af børn og unge med psykiske lidelser, 2013). Barnet henvises til dette niveau fra kommune eller almen praksis, såfremt der forsat er vanskeligheder efter gennemførelse af indsatserne på niveau 1 og 2. Hvis nødvendigt kan barnet/den unge henvises til dette niveau uden fuld gennemførelse af indsatserne på niveau 1 og 2 – fx ved komplekst symptombillede, svær psykopatologi og ved svær funktionsnedsættelse eller alvorlig mistrivsel. Indsatserne på dette niveau omhandler primært psykiatrisk diagnosticering, behandling og initiering af mulig farmakologisk behandling sideløbende med indsatser i kommunen. Der bør altså foregå et kontinuerligt samarbejde mellem børne- og ungdomspsykiatrien (eller lign.), forældrene, barnet/den unge og kommunen om at tilrettelægge indsatsen for barnet/den unge og familien bedst muligt. Når der er foretaget diagnosticering i børne- ungdomspsykiatrisk eller i særlige tilfælde pædiatrisk regi skal familie og netværk informeres om fundene fra udredningen, og iværksættelse af relevante indsatser både i kommunen og regionen initieres.

5.4.1 Faglige indsatser

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.

På dette indsatstrin vil de kommunale indsatser primært have karakter af indgribende indsatser, hvor formålet er at afhjælpe vanskelighederne for enkelte personer, der har alvorlige vanskeligheder, og som måske er på vej til at blive eller allerede helt eller delvist er ekskluderet fra eksempelvis de almene tilbud. Formålet er at understøtte barnet/den unge i at fungere i hverdagen med henblik på at forbedre betingelser og muligheder for barnet/den unge og øge inklusion i samfundet. Henvisning til børne- ungdomspsykiatrien (eller lign.) vil ofte være relevant, og der vil være stort behov for koordinering i den tværfaglige indsats, og indsatsen kræver specialiseret viden.

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

Aktører er fagprofessionelle i børne- og ungdomspsykiatrien, privatpraktiserende børne- og ungdomspsykiatere, pædiatere samt fagprofessionelle i kommunernes PPR- eller anden funktion med lignende kompetence, lærer, pædagoger, socialrådgivere og ungdoms- og uddannelsesvejledere.

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. Desuden er forældre,

lærere, akt-lærere og lignende fortsat vigtige i forhold til at indgå i en koordineret indsats, og barnet/den unge er altid inddraget på dette niveau.

Indsatser ifm. udredning, diagnosticering og behandling

En række elementer danner god praksis for en diagnostisk standardudredning for ADHD. Elementerne har til formål at vurdere antallet og sværhedsgraden af ADHD-kernesymptomer i forhold til, hvordan symptomerne viser sig i forskellige situationer, hvordan symptomerne har udviklet sig igennem barnets/den unges opvækst, og hvordan sværhedsgraden af symptomerne er sammenlignet med andre børn/unge på samme alder eller udviklingstrin. Desuden vurderes det, om symptomerne medfører funktionsevnedssættelse. Udredningen bør også vurdere tilstedeværelsen af komorbide psykiatriske og somatiske tilstande og indlæringsvanskeligheder.

Elementer i standardudredningen⁷:

- Klinisk interview med anamnese
- Standardiserede rating scales eller spørgeskemaer
- Indhentning af oplysninger om og evt. observation af barnets dagligdag
- Lægelig, somatisk undersøgelse
- Psykologisk undersøgelse

Elementerne i udredningen danner baggrund for, at der kan stilles en eventuel diagnose. Diagnosticering vil dermed være en del af udredningen for nogle børn og unge.

Er der stillet en ADHD-diagnose i børne- og ungdomspsykiatrisk regi (eller lign.) bør resultater og vurdering af sværhedsgrad formidles, herunder beskrivelse af barnets/den unges tilstand; hvad fejler barnet/den unge, hvad betyder diagnosen for barnet/den unge, og hvilken behandling understøtter psykiatrien barnet/den unge (og eventuelt de pårørende) med. Denne vurdering indgår i kommunernes vurdering af, om der skal iværksættes pædagogiske, psykologiske eller andre eventuelle understøttende indsatser, samt hensyn ift. tilbagevenden til et almindelig liv. Kommunernes visitation sker på baggrund af en individuel vurdering af barnets/den unges behov, miljø og støttebehov, hvor psykiatriens beskrivelser af barnets problematik indgår som led i tilrettelæggelsen af indsatser.

Non-farmakologisk indsats i psykiatrien

Generelt er det vigtigt, at den fagprofessionelle/behandleren baserer beslutningen om indsats på graden af barnets/den unges belastning af kernesymptomer, eventuel komorbiditet samt funktionsevnedssættelse (Sundhedsstyrelsen, 2014). Eksempelvis er det hensigtsmæssigt at begynde behandling med ikke-farmakologisk behandling hos børn med mindre grad af funktionsevnedssættelse. Børn og unge med sværere funktionsnedsættelse kan efter en faglig vurdering have gavn af farmakologisk behandling. Beslutningen om udredning og behandling bør altid inddrage patientens perspektiv, i dette tilfælde barnet/den unge og forældrene. Alle børn og unge med ADHD bør så vidt muligt ift. deres alder og modenhed have mulighed for at tage beslutning om

⁷ En uddybende beskrivelse af de enkelte elementer fremgår af den nationale kliniske retningslinje for udredning og behandling af ADHD hos børn og unge (Sundhedsstyrelsen 2014).

behandling i fællesskab med den behandlingsansvarlige. Dette er en klar forudsætning for at sikre god behandling (Sundhedsstyrelsen, 2014).

Alle børn og unge i børne- og ungdomspsykiatrien (eller lign.), der har fået en ADHD diagnose, tilbydes et afgrænset forløb med non-farmakologisk behandling. Behandlingen og indsatsen tilpasses barnets/den unges alder og udviklingsniveau. Formålet med behandlingen er at give barnet/den unge, forældre og netværket viden om de specifikke vanskeligheders karakter, og hvordan de daglige udfordringer kan håndteres samt bidrage med vejledning og støtte til, at barnet/den unge og familie kan videreføres i kommunalt regi. Herunder et eventuelt fortsat samarbejde mellem børne- og ungdomspsykiatrien og de kommunale aktører ved behov for en koordineret indsats.

Behandlingen sammensættes af følgende elementer: Indledende samtale, hvor der lægges en plan for behandlingen sammen med barnet/den unge og forældre, samtale vedr. KRAM-faktorer (kost, rygning alkohol og motion), psykoedukation af barnet/den unge og forældre ud fra individuelle behov, deltagelse i psykoedukative/støttende forældre- eller patientgrupper, pårørende-samtaler, koordination med samarbejdspartnere, herunder afholdelse af netværksmøde, løbende vurdering af symptomerne og funktionsnedsættelsens sværhedsgrad, tilbagefaldsforebyggelse og afsluttende samtale, såfremt barnet/den unge ikke fortsat skal følges pga. fortsat medikamentel behandling af ADHD eller behandling af andre lidelser (Danske Regioner, 2015).

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.

Den nationale kliniske retningslinje fra 2014 (Sundhedsstyrelsen, 2014) konkluderer, 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 lisdexamfetamin). 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 bivirkningsprofil.

5.5 Opfølgning og rehabilitering (trin 4)

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

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

Opfølgning er målrettet børn og unge, der har behov for at vende tilbage til hverdagslivet efter endt behandling, og indsatserne har til hensigt at fastholde funktionsniveauet og gøre barnet/den unge og familien i stand til at mestre hverdagen. For ADHD-målgruppen vil denne type af opfølgning kun være relevant for den del af målgruppen, der har været udredt og behandlet i børne- og ungdomspsykiatrisk regi. For den del af målgruppen, der alene håndteres i kommunalt regi, vil deciderede opfølgende indsatser ikke være relevante, da indsatserne i kommunen løbende justeres i henhold til barnets aktuelle behov.

5.5.1 Faglige indsatser

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

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

- Borgerinddragelse og motiverende tilgang
- Rehabiliterende indsatser og tilbud på social-, sundheds-, undervisnings- og/eller beskæftigelsesområdet
- Opstilling af tidsbestemte progressionsmål
- Opmærksomhed på behandling af komorbiditet
- Eventuelt fokus på gradvis udslusning af indsatser og tilbud i børne- og ungdomspsykiatrien og fokus på at støtte barnet/den unge i at leve et selvstændigt liv

Det er vigtigt at støtte forældre og fagprofessionelle omkring barnet i at holde fast i strategier og integrere indsatserne i forhold til barnets videre udvikling.

Opfølgende behandling hos egen læge:

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

Når man afslutter en farmakologisk eller non-farmakologisk psykiatrisk indsats vil der ofte være behov for sociale eller pædagogiske indsatser for at støtte barnet/den unge bedst muligt. Disse indsatser er forankret i de enkelte kommuner, men der er fortsat behov for at sikre en parallel og koordineret behandlingsindsats, hvis barnets behandlingsbehov tilsiger det (Sundhedsstyrelsen, 2014). En indsats kan tilbydes flere gange i forløbet, hvis indsatsen havde begrænset effekt i første omgang, eller hvis barnet/den unge er et andet sted i sit forløb, og indsatsen derfor igen vurderes relevant. Det er vigtigt, at der følges op på den enkelte indsats i samarbejde med forældrene. Der kan desuden være behov for, at en eventuel farmakologisk behandling videreføres efter barnet/den unge afsluttes i børne- og ungdomspsykiatrisk regi, og her anbefales det, at der indgås aftale mellem almen praksis og børne- og ungdomspsykiatrien om, at almen praksis viderefører og følger op på den farmakologiske behandling.

6 Implementering og opfølgning

Det anbefales:

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

6.1 Forudsætninger for vellykket implementering

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

6.1.1 Tværsektorielt/tværgående samarbejde

Regioner og kommuner har allerede i regi af sundhedsaftalerne en organisation med ansvar for udvikling, implementering og opfølgning på det tværsektorielle/tværgående samarbejde, herunder aftaler vedrørende den konkrete arbejdsdeling, koordination og samarbejde. Implementeringen af forløbsprogrammet kan hensigtsmæssigt forankres i denne organisation, eventuelt med nedsættelse af en særlig udviklings- og opfølgningsgruppe for forløbsprogrammet med deltagelse af relevante aktører fra region, kommuner i regionen, praktiserende speciallæger, herunder almen praksis og brugerorganisationer. Forløbsprogrammet kan desuden hensigtsmæssigt forankres i regi af praksisplaner for almen praksis, der udarbejdes som led i den samlede regionale sundhedsplanlægning.

6.1.2 Plan for implementering

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

Implementeringsplanen bør beskrive:

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

Faglige retningslinjer

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

6.1.3 Kompetenceudvikling

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

6.1.4 Monitorering

Monitorering danner grundlag for planlægning og kvalitetsudvikling for indsatsen og forløbet for børn og unge med ADHD. Det er derfor væsentligt, at der tages stilling til, hvordan implementeringsprocessen kan monitoreres. Monitoreringen kan anvendes til at undersøge, om implementeringen forløber som planlagt og kan samtidig anvendes som beslutningsgrundlag vedrørende implementeringsprocesser.

6.2 Opfølgning

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

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

Derudover bør der lokalt foretages en systematisk vurdering af forløbsprogrammet fx hvert 2.-3. år. Denne opgave kan hensigtsmæssigt forankres i eksisterende fora i sundhedsaftaleregioner, der har deltagelse af relevante aktører fra region, kommune, almen praksis, eventuelt med involvering af brugerorganisationer.

En del af den viden, der frembringes på lokalt niveau, kan være relevant at dele bredere med andre regioner og kommuner. Det kan øge udbyttet af de foretagne opfølgninger og samtidig fremme ensartede forløb.

6.3 Revision af forløbsprogrammet

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

7 Referencer

Sundhedsstyrelsen, Forløbsprogram for rehabilitering af børn og unge med erhvervet hjerneskade, 2011.

Socialstyrelsen og Sundhedsstyrelsen, Koncept for systematisk inddragelse af pårørende, 2014.

RADS (Rådet for Anvendelse af Dyr Sygehusmedicin), Behandlingsvejledning for medicinsk behandling af ADHD, 2016.

Socialstyrelsen, National ADHD-handleplan, 2017.

Rapport fra regeringens Udvalg om Psykiatri, En moderne, åben og inkluderende indsats for mennesker med psykiske lidelser, 2013.

Sundhedsstyrelsen, Vejledning om medikamentel behandling af børn og unge med psykiske lidelser, 2013.

Sundhedsstyrelsen, National klinisk retningslinje for udredning og behandling af ADHD hos børn og unge, 2014.

Vidensråd for Forebyggelse, Børn og unges mentale helbred, 2014.

Danske Regioner, Pakkeforløb for ADHD – børn og unge, 2015.

Socialstyrelsen og Sundhedsstyrelsen, Generisk model for forløbsprogrammer for mennesker med psykiske lidelser, 2015.

Sundhedsstyrelsen, Udredning og behandling af ADHD hos voksne – faglig visitationsretningslinje, 2016.

Sundhedsstyrelsen, Udredning og behandling af ADHD hos børn og unge – faglig visitationsretningslinje, 2016.

Sundhedsdatastyrelsen, MedicinForbrug - Indblik 2016: Kommunale forskelle i brug af ADHD-medicin, 2016.

Socialstyrelsen og KORA, Udviklingen og revideringen af Opsporingsmodellen. Baggrundsrapport, 2016.

Rockwool Fondens Forskningsenhed, ADHD koster ubehandlet knap 3 mia. kroner om året, 2014.

Atladottir H.O. (2014). The increasing prevalence of reported diagnoses of childhood psychiatric disorders: a descriptive multinational comparison.

Peter Fallesen og Christopher Wildeman (2015). The Effect of Medical Treatment of Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) on Foster Care Caseloads: Evidence from Danish Registry Data, Rockwoolfonden.

Peter Fallesen, Marie Keilow, Anders Holm (2015). The effect of medical treatment of attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) on childrens academic achievement, Rockwoolfonden.

David Daley, Rasmus Højbjerg Jacobsen, Anne-Mette Lange, Anders Sørensen, Jeanette Wall-dorf (2014). Private and social costs of adhd: Cost analysis, Rockwoolfonden.

Søren Dalsgaard, Helena Skyt Nielsen, Marianne Simonsen (2014). Consequences of ADHD medication use for childrens outcomes, *Journal of Health Economics* 37, pp. 137-151.

Dalsgaard et al. (2013). Criminal behavior and mental health: CBMH, 23(2), pp. 86-98.

Ginsberg et al. (2010). Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) among longer-term prison inmates is a prevalent, persistent and disabling disorder, *BMC Psychiatry*. 10:112.

Grønlie, Apeland, Askeland og Christiansen (2016). Hvor godt predikerer to spørgsmål barns risiko for problemstferd?, *Tidsskrift for norsk Psykologforening*, pp. 268-275).

American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Washington DC, (DSM-5).

Barkley, R.A., Fischer, M., Smallish, L., Fletcher, K. (2006) Young Adult Outcome of Hyperactive Children: Adaptive Functioning in Major Life Activities, *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 45(2), pp. 192-202.

Faraone, S.V., Biederman, J., Mick, E. (2006) The age-dependent decline in attention deficit hyperactivity disorder a meta-analysis of follow-up studies, *Psychological Medicine*, 36, pp. 159-165.

Fraizer, T.W., Heath, A.D., Youngstrom, E.A. (2004) Meta-analysis of Intellectual and Neuropsychological Test Performance in Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder, *Neuropsychology*, 18 (3), pp. 543-555.

Pottegaard A., Bjerregaard, B.K., Kortegaard, L.S, Zoëga (2015) Early Discontinuation of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Drug Treatment: A Danish Nationwide Drug Utilization Study, *Basic & Clinical Pharmacology & Toxicology*, 116, pp. 349-353.

Shaw, P., Eckstrand, K., Sharp, W., Blumenthal, J., Lerch, J.P., Greenstein, D., Clasen, L., Evans, A., Giedd, J., Rapoport, J.L. (2007) Attention-deficit/hyperactivity disorder is characterized by a delay in cortical maturation, *Proc Natl Acad Sci USA*, 104(49), pp. 19649-19654.

Gillberg, C. (2010). The ESSENCE in child psychiatry: Early Symptomatic Syndromes Eliciting Neurodevelopmental Clinical Examinations, *Research in Developmental Disabilities*, 31, pp. 1543–1551.

Trillingsgaard, A. & Elmoose, M. (2010). Caseformulering - i en udviklingspsykopatologisk referenceramme. I: *Psyke og Logos*, Vol. 31, pp. 399-416.

Rimestad, M.L., Lambek, R., Christiansen, H.Z. & Hougaard, E. (2016). Short- and long- term effects of parent training for preschool children with or at-risk of ADHD: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Attention Disorders*, e-pub ahead of print, DOI: 10.1177/1087054716648775.

Rimestad, M.L., O'Toole, M.S. & Hougaard, E. (In Press): Mediators of change in a parent training program for early ADHD difficulties: the role of parental strategies, parental self-efficacy and therapeutic alliance. *Journal of Attention Disorders*, e-pub ahead of print, DOI: 10.1177/1087054717733043

Trillingsgaard, T., Trillingsgaard, A., & Webster-Stratton, C. (2014). Assessing the effectiveness of the 'incredible years® parent training' to parents of young children with ADHD symptoms— A preliminary report. *Scandinavian Journal of Psychology*, 55(6), 538-545.

8 Bilag

Bilag 1: Arbejdsgruppens kommissorium og medlemsliste

Bilag 2: Referencegruppens kommissorium og medlemsliste

Bilag 3: Oversigt over planer til beskrivelse af mål og indsatser i den enkelte borgers forløb, også for børn og unge

Bilag 4: Hyppigt forekommende vanskeligheder afledt af ADHD

Bilag 5: Data omkring målgruppen

Bilag 6: Model for graduerede indsatser for børn og unge med psykiske lidelser

Bilag 7: Tidlige tegn ift. symptomer på ADHD

Bilag 1: Kommissorium for arbejdsgruppe til udarbejdelse af forløbsprogram for børn og unge med ADHD

Baggrund

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

<https://socialstyrelsen.dk/projekter-og-initiativer/handicap/generisk-model-for-forlobsprogrammer-for-mennesker-med-psykiske-lidelser>

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

- Angst/depression
- ADHD

- Spiseforstyrrelser

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

Formål og rammer

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

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

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

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

Organisering

Sundhedsstyrelsen nedsætter en arbejdsgruppe bestående af følgende repræsentanter:

Sundheds- og Ældreministeriet	1 repræsentant
Styrelsen for Undervisning og Kvalitet	1 repræsentant
Socialstyrelsen	1 repræsentant
KL/kommuner	1/2 repræsentant/er
Danske Regioner/regioner	1 repræsentant
Danske Handicaporganisationer / ADHD Foreningen	1 repræsentant
Dansk Sygepleje Selskab	1 repræsentant
Dansk Selskab for Fysioterapi	1 repræsentant
Ergoterapifaglige Selskaber	1 repræsentant
Børne- og Ungdomspsykiatrisk Selskab i Danmark	2 repræsentanter
Dansk Psykiatrisk Selskab	1 repræsentant
Dansk Psykolog Forening	1 repræsentant
Dansk Psykolog Forenings selskab for Psykopatologi for børn og unge (SPBU)	1 repræsentant
Dansk Psykolog Forenings selskab for Børnepsykologi	1 repræsentant
Pædiatriske psykologers selskab	1 repræsentant

Dansk Psykoterapeutisk selskab for psykologer	1 repræsentant
Dansk Pædiatrisk Selskab	1 repræsentant
Dansk Selskab for Almen Medicin	1 repræsentant
Dansk Psykolog Forenings sektion for kommunalt ansatte	1 repræsentant
Dansk Socialrådgiverforening	1 repræsentant
Fagligt Selskab for Sundhedsplejersker	1 repræsentant

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

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

Sundhedsstyrelsen varetager formandskab og sekretariatsfunktion.

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

Arbejdsgruppens opgaver

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

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

Tidsplan

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

Sundhedsstyrelsen forventer at offentliggøre forløbsprogrammet i december 2017.

Medlemsliste

- Maja Sørensen, Sundheds- og Ældreministeriet
- Sanna Dragholm, Socialstyrelsen
- Karen Elvira Paludan, Styrelsen for Undervisning og Kvalitet
- Tina Levysohn, KL
- Ane Stallknecht, Kalundborg Kommune
- Tine Buch Juhl, Glostrup Kommune

- Helle Rasmussen, Region Midtjylland
- Christina Mohr, Danske Handicaporganisationer/ADHD Foreningen
- Sanne Lemcke, Dansk Sygepleje Selskab
- Camilla Tjott, Dansk Selskab for Fysioterapi
- Stine Holm, Ergoterapifaglige Selskaber
- Jens Buchhave, Børne- og Ungdomspsykiatrisk Selskab i Danmark
- Tine Houmann, Børne- og Ungdomspsykiatrisk Selskab i Danmark
- Karen Tilma, Dansk Pædiatrisk Selskab
- Anette Maria Pilegaard, Dansk Psykolog Forening
- Martin Bredstrup, Dansk Psykolog Forenings Selskab for Psykopatologi for børn og unge
- Lene Straarup, Dansk Psykolog Forenings Selskab for Børnepsykologi
- Lone Hjerrild Møller, Pædiatriske Psykologers Selskab
- Mette-Sofie Arnvig, Dansk Psykoterapeutisk Selskab for Psykologer
- Henning Strand, Dansk Psykolog Forenings sektion for kommunalt ansatte psykologer
- Hanne Fly, Dansk Selskab for Almen Medicin
- Sanne Nielsen, Dansk Socialrådgiverforening
- Jette LaBianca, Dansk Psykiatrisk Selskab
- Anne Lorenzen, Fagligt Selskab for Sundhedsplejersker

Fra Sundhedsstyrelsen:

- Kirsten Hansen (Formand)
- Julie Præst
- Elisabeth Skibsted
- Cecilie Juul
- Tina Birch (sekretær)

Bilag 2: Kommissorium for referencegruppe vedr. udarbejdelse af forløbsprogrammer for børn og unge med psykiske lidelser

Baggrund

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

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

- Angst/depression
- ADHD
- Spiseforstyrrelser

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

Formål og rammer

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

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

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

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

Organisering

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

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

Sundheds- og Ældreministeriet	1 repræsentant
Børne- og Socialministeriet	1 repræsentant
Undervisningsministeriet	1 repræsentant
Socialstyrelsen	1 repræsentant
KL/kommuner	1/3 repræsentant/er
Danske Regioner/regioner	1/2 repræsentant/er
Danske Handicaporganisationer	1 repræsentant
Danske Patienter	1 repræsentant
Dansk Sygepleje Selskab	1 repræsentant
Dansk Selskab for Fysioterapi	1 repræsentant
Ergoterapifaglige Selskaber	1 repræsentant
Børne- og Ungdomspsykiatrisk Selskab i Danmark	1 repræsentant
Dansk Psykiatrisk Selskab	1 repræsentant
Dansk Psykolog Forening	1 repræsentant
Dansk Selskab for Almen Medicin	1 repræsentant

Dansk Selskab for Klinisk Ernæring (DSKE)	1 repræsentant
Dansk Selskab for Spiseforstyrrelser	1 repræsentant
Dansk Pædiatrisk Selskab	1 repræsentant
Dansk Neurologisk Selskab	1 repræsentant
Dansk Selskab for Distriktpsychiatri	1 repræsentant
Socialpædagogernes faglige selskab om mennesker med sindslidelse	1 repræsentant
Børnerådet	1 repræsentant
Fagligt Selskab for Sundhedsplejersker	1 repræsentant

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

Sundhedsstyrelsen varetager formandskab og sekretariatsfunktion.

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

Referencegruppens opgaver

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

Referencegruppens opgaver omfatter følgende:

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

Tidsplan

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

Sundhedsstyrelsen forventer at offentliggøre forløbsprogrammerne i december 2017.

Medlemsliste

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

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

Fra Sundhedsstyrelsen:

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

Bilag 3: Oversigt over planer til beskrivelse af mål og indsatser i den enkelte borgers forløb, også for børn og unge

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

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

Indsatstype	Indsatsbeskrivelse
Sundhed	Alle patienter i den regionale behandlingspsykiatri skal have en individuel behandlingsplan, der justeres løbende og efter behov (Socialstyrelsen og Sundhedsstyrelsen, 2015).
Social	<p>Serviceovens § 140 forpligter kommunen til at udarbejde handleplaner med mål for den socialfaglige indsats.</p> <p>For <i>børn og unge</i> gælder det, at der skal være udarbejdet en handleplan som redegør for formålet med indsatsen, hvilken indsats der er nødvendig for at opnå formålet, den forventede varighed af indsatsen og andre særlige forhold. For unge der er fyldt 16 år skal handleplanen opstille konkrete mål for den unges overgang til voksenlivet. Handleplanen skal være udarbejdet inden kommunen afgør, hvilke hjælpeforanstaltninger der skal iværksættes. Når en <i>voksen</i> er udredt, kan sagsbehandleren udarbejde en social handleplan. Kommunerne er forpligtet til at tilbyde og udarbejde sociale handleplaner for</p>

	borgere med fysiske og psykiske handicap i sager, hvor det skønnes at være relevant. Handleplanen sikrer, at både borger, pårørende og professionelle har samme mål med indsatsen, ligesom handleplanen prioriterer de forskellige dele af støtten. Ifølge loven skal handleplanen så vidt muligt udarbejdes i samarbejde med borgeren. Udover at fungere som et styringsredskab er den sociale handleplan dermed også et redskab til at øge brugerinddragelsen, gøre indsatsen mere tydelig for borgeren og styrke borgerens selvbestemmelse.
Beskæftigelse	For borgere, som modtager en beskæftigelsesrettet indsats, skal der udarbejdes en jobplan, hvori indsatser og borgerens beskæftigelsesrettede mål med indsatserne opstilles. For borgere, som modtager et ressourceforløb og jobafklaringsforløb samt for borgere, der som sygedagpengemodtagere er visiteret til kategori 3 og får en tværfaglig indsats, udarbejdes rehabiliteringsplanens indsatsdel. Indsatsdelen indeholder borgerens beskæftigelses- og uddannelsesmål og en plan for den tværfaglige indsats, der skal iværksættes i forløbet. For borgere der, som sygedagpengemodtagere er visiteret til kategori 2 og modtager en beskæftigelsesrettet indsats, indgår kommunen en aftale med den sygemeldte om beskæftigelsesmål og beskæftigelsesindsats.
Uddannelse	I folkeskolen udarbejdes der elevplaner for alle elever. Elevplanerne indeholder individuelle mål og status for elevernes læring samt en beskrivelse af de indsatser, der eventuelt iværksættes for at støtte eleven bedst muligt. På det videregående uddannelsesområde udarbejdes der som udgangspunkt ikke individuelle planer med opstillede mål for borgerens forløb.

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

Bilag 4: Hyppigt forekommende vanskeligheder afledt af ADHD

Hyppigt forekommende vanskeligheder afledt af ADHD:

PROBLEMER MED..	OPMÆRKSOMHED	AKTIVITET	IMPULSIVITET
.. Kan vise sig som:	<ul style="list-style-type: none"> Koncentrationsproblemer Let afledning Problemer med at organisere Manglende overblik Glemsomhed Manglende filterfunktion for relevant/irrelevant information Manglende tidsforømmelse Lille kognitiv fleksibilitet 	<ul style="list-style-type: none"> Fysisk uro Rastløshed og indre uro Sover ikke meget Være i konstant aktivitet Manglende evne til at slappe af Tendens til at snakke meget Manglende initiativ Opgivende adfærd Tendens til at falde hen i egne tanker Hurtig mental udtrætning 	<ul style="list-style-type: none"> Utidige reaktioner Tendens til at afbryde eller forstyrre Svarer før spørgsmålet er færdigt Svært ved at vente Emotionel impulsivitet Tendens til at stikke af

Note: Tabellen er lavet med udgangspunkt i DSM-5 og er yderligere kvalificeret af arbejdsgruppen. Obs: Listen er ikke udtømmende.

De i tabel 4 oplyste vanskeligheder illustrerer væsentlige dele af det komplekse symptombillede hos den målgruppe, dette forløbsprogram omhandler. Et bredt udsnit af de ovenstående

vanskeligheder skal være forekommet i mindst 6 måneder i en grad, der ikke svarer til udviklingsniveauet, og som har en direkte negativ virkning på sociale eller uddannelsesmæssige aktiviteter. Vanskelighederne kan give anledning til betydelig funktionsnedsættelse i flere sammenhænge (fx hjemme, skole, fritid, mv.) (DSM-5, 2013).

Bilag 5: Data omkring målgruppen

Opdaterede data følger.

Bilag 6: Model for graduerede indsatser for børn og unge med psykiske lidelser

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

tidspunkt, men hvor intervention på trin 2 matcher graden af deres problemudvikling			
Udredning, diagnostik og behandling (trin 3) Børn med sammensatte problemstillinger, fortsat nedsat funktionsniveau, svære symptomer og/eller børn i alvorlig mistrivsel	Komplekse problemstillinger eller klare symptomer på svær psykisk lidelse Udredning og diagnostik	Udredning og diagnostisk vurdering i børne- og ungdomspsykiatrien med inddragelse af relevante fagprofessionelle Ambulant /døgnbaseret behandling i børne- og ungdomspsykiatrien: Intensiverede indsatser i forhold til den sygdomsspecifikke psykopatologi og dertil evt. medicinsk behandling. Behandlingen varetages med inddragelse af relevante fagprofessionelle Formidling af fund og formulering af anbefalinger til socialfaglig indsats til forældre og kommune og/eller almen praksis og	
Opfølgning og rehabilitering (trin 4) Børn der har behov for at vende tilbage til hverdagslivet efter endt behandling	Tilpasning til hverdagslivet Fastholdelse af trivsel og funktionsniveau	Opstilling af målsætninger og anbefalinger af den behandlingsansvarlige psykolog eller psykiater Relevant sundhedsfaglig opfølgning, herunder genoptræning ved ergo- eller fysioterapeut opfølgning af medicin i almen praksis o.l. Koordination ift. socialfaglig indsats	Den opfølgende socialfaglige indsats tilrettelægges efter det enkelte barns behov og kan både have <i>foregribende</i> og <i>indgribende</i> karakter

NB de enkelte faggruppers rolle er beskrevet i selve forløbsprogrammet.

NB både de social- og de sundhedsfaglige indsatsniveauer er dynamiske. Det er barnets/ den unges aktuelle vanskeligheder og funktionsniveau der afgør, hvilken type socialfaglig indsats der sættes i værk, endvidere kan der også være tale om indsatser, som i skolen er af indgribende karakter, men som i forhold til familien er af foregribende karakter. Man kan ikke sige, at fordi et barn befinder sig på trin 3 (sundhedsfagligt set) er det pr definition også en indgribende kommunal indsats, der vil være tale om. Ligeledes er det den enkelte kommune og børne- og ungdomspsykiatri, som afgør, hvilken eller hvilke indsatser, der skal tilbydes hvornår. De social- og sundhedsfaglige indsatsniveauer lapper således ind over hinanden og vil også gøre det i forhold til de opstillede trin.

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

Bilag 7: Tidlige tegn ift. symptomer på ADHD

ALDER	SIGNALER
0-3 år	<ul style="list-style-type: none"> Konstant motorisk uro Impulsivitet, evt. udadreagerende adfærd Søvnforstyrrelse

	<ul style="list-style-type: none"> • Spiseproblemer/problemer med amning • Skrig-ture • Følsomhed for mange ydre stimuli
3-6 år (førskolebørn)	<ul style="list-style-type: none"> • Konstant motorisk uro, i konstant fysisk aktivitet • Problemer med at sidde stille til samlinger og måltider, opfatte beskeder • Problemer med at koncentrere sig, holde fokus i længere tid ved aktiviteter og leg • Impulsivitet – kan ikke vente på tur, når ikke at tænke konsekvens • Sociale vanskeligheder som følge af problemer med at aflæse andres signaler og kropssprog, aflæse spilleregler, hvilket ofte medfører misforståelser og konflikter og problemer med at komme ind i en leg • Søvnforstyrrelser • Ved manglende hyperaktivitet og impulsivitet: <ul style="list-style-type: none"> ◦ Dagdrømmeri, tager "time out", trækker sig (men har samme problemer med koncentration og social kompetence)
6-14 år (skolebørn)	<ul style="list-style-type: none"> • Problemer med at koncentrere sig og holde fokus i længere tid • Problemer med at sidde stille, rastløshed, uro • Problemer med at opfange kollektive beskeder og mere end en besked af gangen, huske sine ting • Let afledelighed/opfanger "alt omkring sig" • Problemer med at få skrevet lektier ned og komme i gang med opgaver • Sociale vanskeligheder som følge af problemer med at aflæse andres signaler, kropssprog, motiver, aflæse spilleregler, medfører ofte social isolation eller udadreagerende adfærd. • Konflikter og/eller raserianfald. • Impulsivitet • Faldende fagligt niveau trods normal begavelse • Skoleforsømmelse • Søvnforstyrrelser • For ADHD uden hyperaktivitet: <ul style="list-style-type: none"> ◦ Dagdrømmeri, kigger ofte ud af vinduet, opfanger ikke kollektive beskeder, kommer ikke i gang med opgaver, bliver forstyrret af alt omkring sig (alle ovenstående uden hyperaktivitet)
14-18 år (teenagere)	<ul style="list-style-type: none"> • Alle ovennævnte (6-14 år - skolebørn) • Tendens til indre uro, tankemylder og rastløshed i stedet for synlig hyperaktivitet • Begyndende risikoadfærd (hvis de ikke er velkompenserede pædagogisk/medicinsk) • Vedvarende faldende fagligt niveau • Manglende skolegang, dropper ud af skolen
Følger af ukompenseret ADHD:	<ul style="list-style-type: none"> • Udadreagerende adfærd • Impulsivitet • Konflikter i skole, hjem og fritid • Misbrug og vold • Lavt selvværd • Ikke udnyttelse af evner, fagligt, socialt og personligt • Ingen uddannelse • Ensomhed, mistrivsel • Svært ved at håndtere stress • Tidlig graviditet

	<ul style="list-style-type: none">• Stor sygelighed• Selvskadende aktivitet• Opgivenhed• Angst og depression
--	---

HØRINGSUDKAST