



SUNDHEDSSTYRELSEN

Hurtig opstart af behandling og tryk opfølgning i børne- og ungdoms- psykiatrien

Hurtig opstart af behandling og tryk opfølgning i børne- og ungdomspsykiatrien

© Sundhedsstyrelsen, 2024
Publikationen kan frit refereres
med tydelig kildeangivelse.

Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S

www.sst.dk

Elektronisk ISBN: 978-87-7014-632-6

Sprog: Dansk
Version: 01
Versionsdato: 29. november 2024

Design og layout: Sundhedsstyrelsen

Foto: iStock, Colourbox og Sundhedsstyrelsen

Udgivet af Sundhedsstyrelsen
December 2024

Indholdsfortegnelse

1. Introduktion	4
1.1. Baggrund	4
1.2. Formål	5
1.3. Læsevejledning	5
2. Overblik over modellen	6
3. Individuelt tilrettelagte behandlingsindsatser	8
3.1. Målgruppe	8
3.2. Tilrettelæggelse af behandlingsindsatser	11
3.3. Behandlingsindsatser	12
3.4. Tværsektorielt samarbejde om indsatser til barnet/den unge	16
3.5. Kompetencer	16
4. Individuelt tilrettelagt opfølgning	18
4.1. Målgruppe	20
4.2. Vurdering af behov for opfølgning i børne- og ungdomspsykiatrien	21
4.3. Opfølgningsforløb	21
4.4. Tværsektorielt samarbejde	23
5. Implementering og kvalitetsudvikling	24
5.1. Regional implementering og tværregionalt samarbejde	24
5.2. Kvalitetsudvikling og forskning	25
Referenceliste	26

1. Introduktion

De senere år er der sket en stigning i antallet af familier, der søger hjælp i den regionale børne- og ungdomspsykiatri, og langt flere end tidligere diagnosticeres med psykiske lidelser og udviklingsforstyrrelser. Udviklingen har skabt et pres på børne- og ungdomspsykiatrien, fordi kapaciteten ikke er øget svarende til antallet af børn og unge, som visiteres til udredning og behandling. Dette har blandt andet ført til stigende ventetider for familier, som ofte i forvejen har haft en bekymring i flere år (1), inden de kommer til deres første udredningstid. Samtidig er der en del børn og unge, som udredes uden at få et behandlingstilbud ud over psykoedukation, eller som kun i begrænset omfang tilbydes behandling i børne- og ungdomspsykiatrien.

Når et barn eller en ung i dag visiteres til børne- og ungdomspsykiatrien, opstartes et udredningsforløb, som består af interviews, observationer, tests mv. over flere besøg. Til trods for at regionerne tilstræber at overholde patientrettighederne om hurtig udredning og behandling, kan udredningsforløbet strække sig over flere måneder alt efter kompleksiteten og behovet for supplerende undersøgelser. Efter endt udredning kan barnet/den unge enten afsluttes uden et tilbud om behandling ud over psykoedukation eller til opfølgning i kommunen, eller barnet/den unge kan tilbydes behandling i børne- og ungdomspsykiatrien. Akutte situationer (eksempelvis børn og unge med alvorlige spiseforstyrrelser eller psykoselidelser) behandles umiddelbart, mens andre børn og unge kan opleve flere måneders ventetid på relevant behandling trods moderat til svære symptomer og alvorlig påvirkning af funktionsniveauet. I perioden fra henvisning til endt udredning og eventuelt behandling kan der således gå mange måneder, hvor familien ikke modtager hjælp til de problemer, de i første omgang henvendte sig med, hvilket kan forværre barnets/den unges tilstand og funktionsniveau og familiens samlede situation.

Efter endt behandling i den regionale børne- og ungdomspsykiatri er der i dag ikke en systematisk praksis for opfølgning på børn/unge og familier, som har et særligt behov på grund af eksempelvis en høj risiko for tilbagefald. Nogle grupper af børn og unge følges i en længere periode, hvis de fx har en psykoselidelse, en alvorlig spiseforstyrrelse eller modtager medikamentel behandling. Oftest skal familierne dog igennem en ny henvisningsproces, hvis barnet/den unge får tilbagefald eller forværring af symptomer, der kræver behandling i den regionale psykiatri. Processen er ressourcekrævende, og familierne kan opleve barrierer i forbindelse med en genhenvisning, som kan forringe muligheden for hurtig intervention ved tilbagefald (1). Derudover kan der i nogle familier være individuelle barrierer for at opsøge rettidig hjælp, eksempelvis hvis der er få ressourcer i familien eller lav sundhedskompetence, hvilket kan føre til utilsigtet ulighed i sundhed. Behovet for opfølgning vil således særligt gøre sig gældende for eksempelvis børn og unge fra familier med høj belastningsgrad eller med et komplekst og ustabilt sygdomsforløb, da opfølgningen vil kunne styrke tilbagefaldsforebyggelse og sammenhæng med parallelle kommunale indsatser.

1.1. Baggrund

Under 10-årsplanen for psykiatrien og mental sundhed (2) blev det med aftalen om "En bedre psykiatri – hurtigere behandling til børn og unge, bedre akut hjælp og større tryghed for medarbejderne" fra november 2023 besluttet at afsætte midler til iværksættelse af to initiativer om henholdsvis hurtig opstart af behandling og tryk opfølgning i børne- og ungdomspsykiatrien. Initiativerne skal sikre, at der hurtigt og systematisk opstartes behandlingsindsatser sideløbende med udredning, og at der udvikles en model for opfølgning med det formål at kunne gribe tidligt ind ved eventuel forværring eller udvikling af nye symptomer.

Initiativet skal ses i sammenhæng med øvrige initiativer under 10-årsplanen, herunder den gradvise kapacitetsopbygning i børne- og ungdomspsykiatrien, oprettelsen af et nyt behandlingstilbud i kommunerne til børn og unge i psykisk mistrivsel (3) samt udarbejdelsen af beskrivelser af forløb for børn og unge med svære psykiske lidelser. Det forventes, at det nye behandlingstilbud i kommunerne ved fuld implementering på sigt vil kunne sikre tidlig hjælp til børn, unge og deres familier og dermed forebygge sygdomsforværring. Således er det ambitionen at understøtte en hensigtsmæssig anvendelse af kapaciteten i børne- og ungdomspsykiatrien, så ressourcerne i børne- og ungdomspsykiatrien bruges til de børn og unge, der har det største behov for behandling.

Til modellen for hurtig opstart af behandling er der afsat i alt 51,6 mio. kr. til regionerne i 2024, heraf 35,4 mio. kr. til at kickstarte kapacitetsopbygningen og herefter varigt 60,0 mio. kr. årligt til implementering af modellen. Til modellen for tryk opfølgning efter endt forløb er der afsat 20,9 mio. kr. til regionerne i 2024, heraf 12,7 mio. kr. til at kickstarte kapacitetsopbygningen og herefter varigt 30,0 mio. kr. årligt fra 2025.

1.2. Formål

Formålet med initiativet er at sikre, at børn og unge, der visiteres til den regionale børne- og ungdomspsykiatri, tilbydes et sammenhængende forløb af høj kvalitet, hvor man tidligt i forløbet afdækker, hvad der fylder mest for familien og hurtigt iværksætter relevante og systematiske indsatser

herfor. Formålet er desuden, at børn og unge med et særligt psykiatrisk begrundet behov kan modtage opfølgning efter endt behandling. Behandlingsindsatserne igangsættes under udredning med henblik på at skabe hurtig bedring hos barnet/den unge, kvalificere diagnostikken samt understøtte hurtig tilbagevenden til et normalt hverdagsliv. Det systematiske tilbud om opfølgning til børn og unge med et særligt begrundet behov herfor vil kunne skabe tryghed, mulighed for hurtig intervention ved tilbagefald og mulig reduktion i genhenvisninger og akutte genindlæggelser, fordi en eventuel forværring kan opdages tidligt.

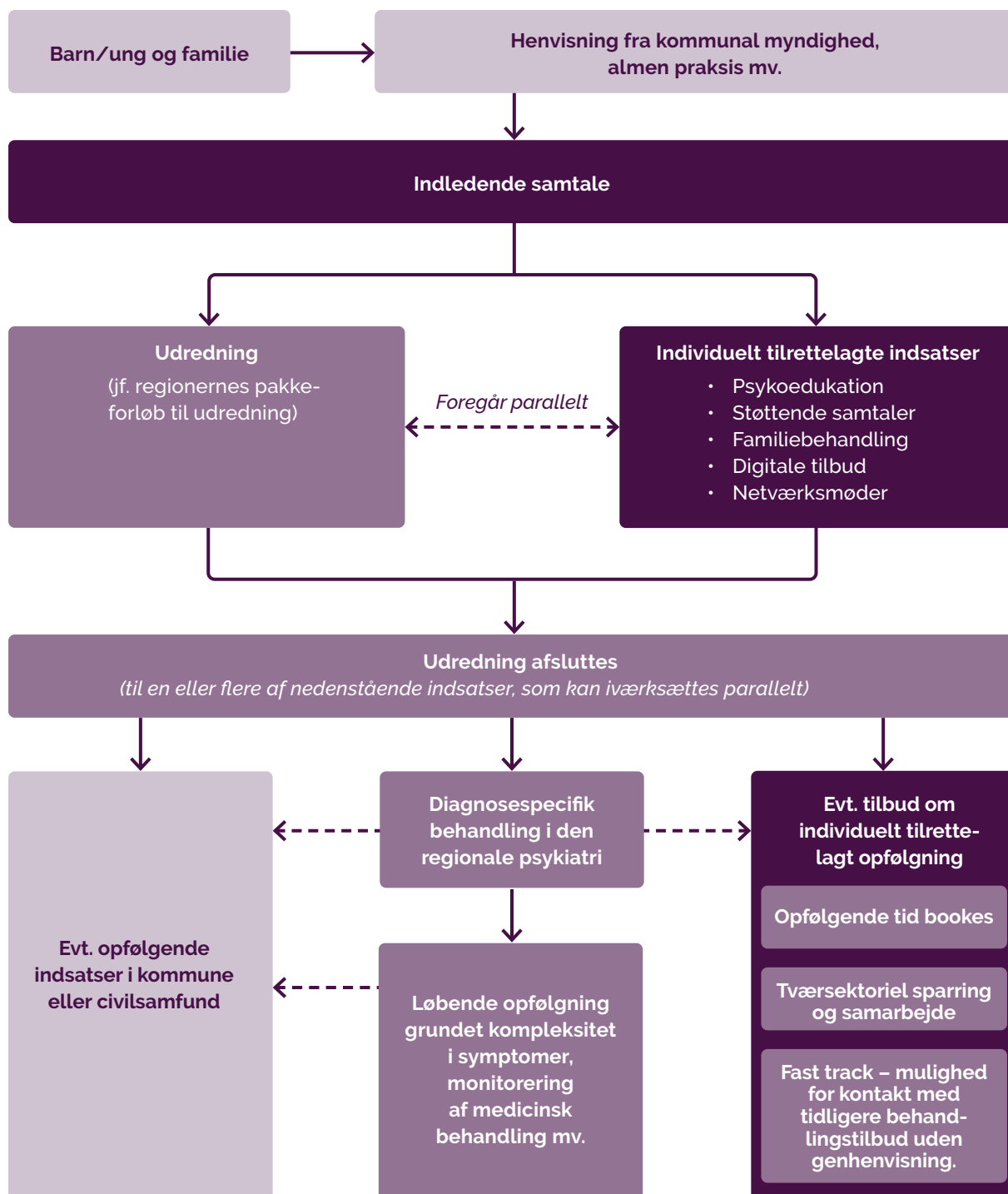
1.3. Læsevejledning

Beskrivelsen af modellen for hurtig opstart af behandling og tryk opfølgning i børne- og ungdomspsykiatrien er målrettet drifts- og hospitalsledelse, beslutningstagere og fagpersoner med ansvar for tilrettelæggelse og udførelse af indsatser i den regionale børne- og ungdomspsykiatri til at understøtte, at børn og unge med moderat til svære psykiske lidelser modtager hurtig og relevant behandling.

Kapitel 2 giver et overblik over det samlede forløb fra henvisning til udredning, mens kapitel 3 beskriver rammerne for den hurtige opstart af behandling, herunder målgrupper og indsatser, der kan iværksættes på baggrund af en individuel vurdering af familiens behov. I kapitel 4 beskrives målgruppe og model for systematisk opfølgning, mens kapitel 5 fokuserer på anbefalinger til implementering af og opfølgning på modellen i regionerne.

2. Overblik over modellen

Figur 1. Overblik over de individuelt tilrettelagte behandlingsindsatser og opfølgning.





3. Individuelt tilrettelagte behandlingsindsatser

En hurtig opstart af behandlende indsatser allerede under udredningen kan skabe tryghed for familien ved hurtigt at tage hånd om barnets/den unges og familiens vanskeligheder og forebygge forværring gennem hurtig intervention. Tidlig behandling kan desuden kvalificere udredning og diagnostik, fordi behandlerne får mulighed for at følge barnet/den unge over tid og evaluere effekten af igangsatte behandlingstiltag. Iværksættelse af behandlingsindsatser til børn og unge i et udredningsforløb i børne- og ungdomspsykiatrien skal dog favne en stor heterogenitet og kompleksitet og kræver således en fleksibel og gradueret tilgang til valg af behandlingsindsatser.

I dette kapitel beskrives målgruppen for behandlingsindsatserne samt en række gennemgående principper for, hvordan indsatserne kan tilrettelægges, herunder eksempler på hvilke behandlingsindsatser, der kan iværksættes, inden der er stillet en diagnose. Kapitlet beskriver desuden de nødvendige kompetencer for at kunne udføre behandlingsindsatserne og det tværsektorielle samarbejde med eventuelle parallelle kommunale indsatser.

3.1. Målgruppe

Et tilbud om hurtig opstart af individuelt tilrettelagte behandlingsindsatser vil i udgangspunktet være relevant for alle børn og unge, som visiteres til udredning i børne- og ungdomspsykiatrien. Denne målgruppe er i forvejen afgrænset af, at det kun er børn og unge med moderat til svær psykisk lidelse og belastningsgrad, som kan visiteres til børne- og ungdomspsykiatrien, mens børn og unge med en psykisk lidelse af lettere grad og tilsvarende lavere belastningsgrad som udgangspunkt vil modtage et tilbud i primærsektoren. For at tydeliggøre, hvilke børn og unge der er i målgruppen for de individuelt tilrettelagte behandlingsindsatser, beskrives neden-

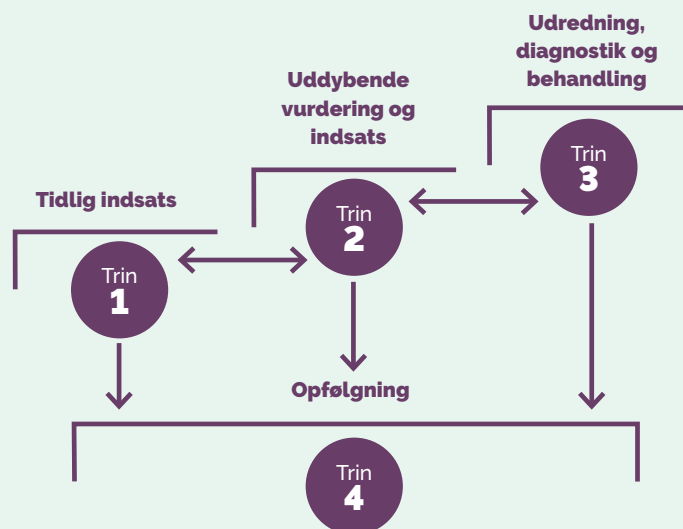
for børne- og ungdomspsykiatriens overordnede målgruppe og derefter en afgrænsning af, hvilke børn og unge der kan tilbydes behandlingsindsatser svarende til beskrivelsen i afsnit 3.3.

3.1.1. Overordnet målgruppebeskrivelse for børne- og ungdomspsykiatrien

Børne- og ungdomspsykiatriens målgruppe er børn og unge op til 18 år, som har 1) symptomer på moderat til svær psykisk lidelse, 2) høj belastningsgrad, som betyder, at trivsel og funktionsevne er påvirket i så alvorlig en grad, at barnet/den unge har svært ved at deltage i sociale aktiviteter/fritidsaktiviteter, familieliv og skolegang, og 3) forsøgt iværksat relevant behandling eller støttende indsatser via egen læge, det kommunale behandlingstilbud, PPR, skoletilbud eller lignende forud for henvisningen, medmindre symptomerne har været inden for målgruppen for børne- og ungdomspsykiatrien i forvejen, eksempelvis ved tydelige psykotiske symptomer eller svære selvmordstanker.

Børne- og ungdomspsykiatriens målgruppeafgrænsning beskrives mere detaljeret i regionale vejledninger, og et nyt tilbud om hurtig opstart af individuelt tilrettelagte behandlingsindsatser ændrer ikke på denne afgrænsning. Børn og unge i psykisk mistrivsel og med let til moderat psykisk lidelse vil fortsat være i målgruppen for det kommunale behandlingstilbud (3) eller andre tilbud i primærsektor svarende til trin 1 og 2 på indsatstrappen (figur 2). Der vil dog være børn og unge med et tidligere forløb i det kommunale behandlingstilbud, som senere vil have behov for henvisning til børne- og ungdomspsykiatrien, eller hvor det ved screeningssamtalen eller undervejs i forløbet vurderes, at der er behov for viderehenvisning på grund af barnets/den unges sygdoms- og belastningsgrad, og hvor der vurderes at være behov for en indsats på trin 3.

Figur 2. Trin i indsatser til børn og unge.



Der er således tale om en selekteret målgruppe, hvor symptomer og belastningsgrad er så alvorlige, at der vurderes at være behov for udredning, diagnostik og behandling i børne- og ungdomspsykiatrien, eksempelvis fordi der er tegn på en psykoselidelse, moderat til svær spiseforstyrrelse, udviklingsforstyrrelser med betydelig funktionsevnepåvirkning, svær og/eller langvarig depression, svær angst, posttraumatisk stresssyndrom (PTSD), moderat til svær OCD, gentagen/alvorlig selvskade, personlighedsforstyrrelser, adfærdsforstyrrelser og følelsesmæssige forstyrrelser og/eller øget/akut selvmordsrisiko.

I alt 11.409 børn og unge i alderen 8-17 år blev i 2023 udredt i den regionale børne- og ungdomspsykiatri (5.215 i alderen 8-13 år og 6.194 i

alderen 14-17 år). Hovedparten (i alt 82 pct.) havde ikke tidligere været i et udredningsforløb inden for en femårig periode. Hyperkinetiske forstyrrelser og gennemgribende udviklingsforstyrrelser (ADHD og autisme) var de hyppigste diagnoser blandt målgruppen. 17 pct. af de 8-13-årige blev diagnosticeret med hyperkinetiske forstyrrelser og 8 pct. med gennemgribende udviklingsforstyrrelser, mens tallet for de 14-17-årige var hhv. 12 og 8 pct.

Blandt børn og unge udredt i 2021 blev 14 pct. genhenvist til psykiatrien, og 11 pct. blev akut indlagt inden for en toårig periode efter afsluttet udredning. Hovedparten var på tidspunktet for genhenvisning i alderen 14-17 år.

3.1.2. Målgruppe for individuelt tilrettelagte behandlingsindsatser

Alle børn og unge, som visiteres til ambulant udredning i børne- og ungdomspsykiatrien, er i udgangspunktet i målgruppen for et tilbud om individuelt tilrettelagte behandlingsindsatser. Inden for denne gruppe vil der dog være behov for at kunne

graduere typen af indsats efter barnets/den unges og familiens behov (se specifikation af målgruppeafgrænsningen i boks 1). Behandlingsbehovet vurderes ved en afklarende samtale (afsnit 3.2.1), hvor der både er fokus på barnets/den unges aktuelle problemstillinger, familiens samlede situation og effekten af eventuel tidligere behandling.

Boks 1

Afgrænsning af målgruppe for individuelt tilrettelagte behandlingsindsatser

- Børn og unge i alderen 8 til og med 17 år, som visiteres til ambulant udredning i børne- og ungdomspsykiatrien er i udgangspunktet i målgruppen. Tilbuddet kan på sigt udvides til også at omfatte yngre børn. Unge, der henvises som 17-årige, skal kunne færdiggøre den tidlige behandlingsindsats, selv om de fylder 18 år undervejs i udredningsforløbet.
- Børn og unge, som visiteres til indlæggelse, har typisk akutte, ustabile og/eller komplekse symptomer og behov for et specialiseret behandlingstilbud. De er derfor ikke i målgruppen under indlæggelse, men kan efter konkret vurdering tilbydes individuelt tilrettelagte behandlingsindsatser, hvis der ved udskrivning visiteres til ambulant opfølgning.
- Børn og unge, som visiteres til børne- og ungdomspsykiatrien, men hvor det senere vurderes, at de ikke tilhører målgruppen, er heller ikke i målgruppen for individuelt tilrettelagte behandlingsindsatser og kan i stedet guides til andre muligheder for hjælp og støtte.
- Børn og unge, der primært henvises for diagnostisk afklaring, og hvor der allerede er iværksat relevante indsatser i kommunalt regi, tilbydes en samtale for at vurdere behovet for individuelt tilrettelagte behandlingsindsatser.
- Målgruppen afgrænses ikke af diagnoser. I stedet foretages altid en vurdering af, om tilbuddet er relevant for den enkelte. Børn og unge, som visiteres direkte til et diagnosespecifikt behandlingstilbud (eksempelvis ved mistanke om psykoselidelse eller spiseforstyrrelse), tilbydes en samtale for at vurdere behovet for individuelt tilrettelagte behandlingsindsatser, men ofte vil der i stedet være behov for hurtig opstart af et diagnosespecifikt behandlingstilbud eller afholdelse af netværksmøde.

3.2. Tilrettelæggelse af behandlingsindsatser

Et tilbud om iværksættelse af behandlingsindsatser bør bero på en fælles beslutning med udgangspunkt i en faglig vurdering af den enkelte families behov og en beskrivelse af familiens erfaring med

støtte. Tilrettelæggelsen af de individuelle behandlingsindsatser bør tage udgangspunkt i en række faglige principper (boks 2) samt en indledende samtale med familien med henblik på at finde det rette match mellem barnets/den unges og familiens behov og behandlingsindsatsen.

Boks 2

Principper for tilrettelæggelse af behandlingsindsatser

- Behandlingsindsatser iværksættes tidligt og parallelt med udredningsforløbet, når det vurderes fagligt relevant. Ved tidsmæssigt komprimerede udredningsforløb kan det i nogle tilfælde vurderes hensigtsmæssigt at vente med opstart af indsatser, til udredningen er afsluttet, såfremt det vurderes fagligt relevant ift. eventuel opstart af diagnosespecifik behandling.
- Behandlingsindsatserne bør så vidt muligt baseres på evidensbaserede principper med mulighed for fleksibel tilrettelæggelse, der mest fordelagtigt udnytter lokale muligheder inden for den faglige ramme og tilpasses barnets og familiens behov. Den tidlige behandling kan baseres på psykoterapeutiske hovedretninger såsom kognitiv, narrativ og mentaliseringsbaseret terapi mv. samt bygge på anerkendte behandlingsmetoder inden for familierapi og sociale og pædagogiske interventioner. Indsatserne kan også udgøres af arbejde med dagstruktur, regulering af døgnrytme, mestring mm.
- Behandlingsindsatserne bør være familiefokuserede og tage udgangspunkt i et ligeværdigt samarbejde med familien ud fra dennes aktuelle behov og under hensyntagen til belastningsgrad, konfliktniveau, søskende, øvrige netværk mv. Ved at inddrage familiens kompetencer skabes en oplevelse af empowerment, der understøtter barnets og familiens egne ressourcer og kompetencer.
- Det skal løbende vurderes, om den valgte indsats er den rette til barnets/den unges behov, og indsatsen skal tilpasses derefter.
- De individuelt tilrettelagte indsatser må ikke forhale den diagnosespecifikke behandling.
- Behandlingsindsatserne kan med fordel koordineres med parallelle kommunale indsatser, og det tværsektorielle samarbejde bør igangsættes så tidligt som muligt i forløbet, når det vurderes relevant.

De graduerede indsatser i regionen skal sikre, at den enkelte får tilbudt den rette indsats, da behovet for hurtig opstart af behandling kan variere betydeligt. Ikke alle vil have behov for, at kommunen involveres, eller at der opstartes behandling, og der bør være en opmærksomhed på ikke at igangsætte indsatser, der kan forhale udredningsforløbet, uden et klart formål.

Den hurtigt opstartede behandlingsindsats bør være formålsstyret og baseres på en beskrivelse af, hvad familien ønsker at opnå. Dette fælles formulerede formål kan med fordel indgå i udrednings- og behandlingsplanen med henblik på løbende evaluering under udredning og behandling. Det kan ligeledes fremgå af behandlingsplanen, hvilke aftaler der indgås om behandling og evaluering af effekt.

Tilrettelæggelsen af de tidlige behandlingsindsatser skal implementeres i overensstemmelse med den til enhver tid gældende specialeplan og understøtte kerneopgaven på hovedfunktionsniveau¹ (4).

3.2.1. Tilbud til familien om en indledende samtale

Alle nyopstartede børn/unge bør tidligt i udredningsforløbet tilbydes en første afklarende samtale med behandlingssigte. Målet med samtalen er at skabe tryghed og håb for familien i deres aktuelle situation samt at vurdere behovet for opstart af indsatser. Samtalen bør være familiefokuseret og have til formål at skabe en fælles forståelse af barnets/den unges og familiens aktuelle og mest belastende problem(er) samt en fælles vision for den forandring, familien ønsker at opnå. Samtalen kan integreres i førstegangsbesøget i regionernes **pakkeforløb til udredning** (5), som i så fald med fordel kan udvides med ekstra tid.

Ud fra en faglig vurdering og familiens erfaringer aftales behov for og type af indsats med udgangspunkt i familiens erfaringer med tidligere iværksatte indsatser. Ved den første samtale tages i samarbejde med familien desuden stilling til behovet for

tidlig kontakt til skole, kommune mv. (se også afsnit 3.4.). Her er fokus ligeledes på at indhente informationer om tidligere behandlingsindsatser og effekten heraf, hvis der samtykkes hertil, med det formål at sikre videndeling og sammenhæng i indsatser og kvalificere valget af behandlingsindsatser, som barnet/den unge og familien kan tilbydes og få størst mulig gavn af.

Den indledende samtale kan foregå i ambulatoriet såvel som i diagnosespecifikke udrednings- og behandlingsteams.

3.2.2. Samspil mellem udredning og behandlingsindsatser

Når behandlingen opstartes under udredning, vil familien ses til flere besøg og samtaler, inden der stilles en diagnose, og den hurtige opstart af behandling kan i så fald bidrage til at kvalificere både udredning, diagnostik og dermed også behandlingen i sig selv.

Ved hurtig opstart af behandling kan de aktuelt mest belastende symptomer adresseres, samtidig med at der fortsat udredes for en eventuel underliggende udviklingsforstyrrelse eller anden formodet psykopatologi. Der kan også i forbindelse med behandlingen fremkomme tegn på anden psykopatologi end først antaget, hvilket kan pege på et behov for yderligere udredning. Ved hurtig opstart i diagnosespecifikke teams kan behandlingen ligeledes kvalificere diagnostikken, men den kan også bruges til at igangsætte diagnosespecifikke indsatser, jf. afsnit 3.3.3.

3.3. Behandlingsindsatser

På baggrund af kompleksiteten og sværhedsgraden af symptomer, familiens samlede situation og belastningsniveau, behov for diagnosespecifikt fokus mv. tilrettelægger klinikerne behandlingsindsatserne i samarbejde med familien og tilpasset mulighederne lokalt i regionen. Indsatserne kan spænde fra tidlige, støttende behandlingssamtaler med fokus på aktuelle symptomer, følelsesregulering, uhensigtsmæssig adfærd, personlighedstræk, familiodynamikker mv. til online psykoedukation, som familien selv kan tilgå. Uanset valg af indsats skal de primære udfordringer være relateret til en

¹ Jf. specialeplanen er kerneopgaven "akut og elektiv diagnostik og behandling. Behandlingen kan være af både biologisk, psykoterapeutisk og psykosocial karakter, ligesom det kan være rådgivning, undervisning, psykoedukation, netværksarbejde samt en konsultativ/kontekstbaseret indsats i forhold til familie og professionelt netværk".

psykiatrisk problemstilling og være i målgruppen for den tværfaglige indsats, som den regionale børne- og ungdomspsykiatri kan tilbyde.

De tidlige behandlingsindsatser kan med fordel organiseres i standardiserede moduler, der kan anvendes alt efter familiens behov. Modulerne kan indeholde psykoedukation (afsnit 3.3.1), støttende samtaler (afsnit 3.3.2.), diagnosespecifikke indsatser (afsnit 3.3.3.), rådgivning-/mestringsmoduler af mere generisk karakter (eksempelvis omhandlende søvn, konflikthåndtering eller vredesudbrud), udgående funktioner mv. Således kan familien modtage standardiseret behandling, der samtidig

kan tilpasses individuelle behov. Disse moduler bør kunne tilbydes i varierende formater med forældrene alene, barnet/den unge alene, hele familien samlet eller som gruppetilbud.

Indsatserne tilrettelægges under hensyntagen til den lokale organisering, herunder eksisterende behandlingstilbud og kompetencer, og under forudsætning af, at den faglige kvalitet kan opretholdes. Se boks 3 for case-eksempler på de forskellige behandlingsindsatser, som kan tilbydes som led i den hurtige opstart af behandling på baggrund af en individuel vurdering.

Boks 3

Case-eksempler på tilrettelæggelse af hurtig opstart af behandling

- Bertram på 12 år henvises til udredning for ADHD. Ved den indledende vurdering ses Bertram desuden med tristhed. Der kan allerede efter første samtale opstartes familiefokuseret støtte med henblik på opbyggelse af forældrenes og Bertrams mestring af tristheden og strategier til følelsesregulering. Bertram modtager tre støttende samtaler sammen med sine forældre undervejs i udredningen, inden der efter endt udredning opstartes medicinsk behandling af opmærksomhedsforstyrrelsen.
- Solvej på 9 år henvises til bred udredning med symptomer på autisme, ADHD, adfærdsförstyrrelse og tilknytningsforstyrrelse. Ved indledende vurdering møder behandleren en familie i krise efter mange år med et højt konfliktniveau og voldsomme skænderier forældrene imellem og med Solvej. Der afholdes en afklarende samtale, hvor behandleren lytter til familien, anerkender deres situation og forsøger at skabe ro ved at lægge en plan for opfølgende samtaler. I de følgende samtaler tales der både med Solvej og forældrene hver for sig, og der afholdes en fælles samtale med fokus på kommunikation, mestringsstrategier og psykoedukation om Solvejs vanskeligheder. Der afholdes desuden et tidligt netværksmøde med henblik på videndeling fra igangværende indsatser i kommunalt regi. Familien tilbydes fem samtaler under udredningen.
- Kamma på 15 år henvises til udredning for OCD. Ved anamnesen berettes om skolevanskeligheder siden 1.-2. klasse, distraherbarhed og hyppige skift i og problemer med at strukturere aktiviteter. Der opstår mistanke om ADHD og udredes videre herfor. Under udredningen afholdes en samtale med fokus på psykoedukation om den vedligeholdende cyklus ved tvangstanker og tvangshandlinger. Ved samtalen bliver det klart, at far også har haft tvangshandlinger som barn, og samtalen følges op af en online psykoedukationsvideo målrettet hele familien med gode råd til, hvordan forældrene kan håndtere adfærden. Der afholdes desuden to støttende samtaler med psykoedukation om opmærksomhedsvanskeligheder og strategier til problemløsning.

3.3.1. Psykoedukation

Psykoedukation er en del af det samlede behandlingstilbud i den regionale børne- og ungdomspsykiatri og indebærer undervisning til børn/unge og pårørende om den psykiske lidelse med henblik på at øge mestringen af lidelsen. Der er evidens for effekten af psykoedukation på forebyggelse af tilbagefald, symptomlindring, psykosocial funktion og familiefunktion særligt ved skizofreni (6), men også en række andre lidelser (7,8).

Psykoedukation kan gives både ved fysisk fremmøde individuelt eller i gruppesessioner, online via videokonference/webinar eller via psykoedukative videoer og supplerende skriftligt materiale. Børne- og ungdomspsykiatrien i Region Hovedstaden har i samarbejde med de øvrige regioner lavet en række psykoedukative videoer: **Viden om (psykiatri-regionh.dk)**. Videoer og supplerende tekstinformation er opdelt i aldersgrupper og findes for en lang række diagnoser såsom autisme, ADHD, angst og depression, ligesom der findes en video om søvn. I vinteren 2024/2025 udkommer desuden videoer om misbrug, konflikter, kost og søskende, som vil kunne anvendes på tværs af diagnoser.

Andre online modaliteter som webinarer og interaktive workshops med fokus på diagnostiske fællestræk kan desuden overvejes som alternativ eller supplement til videoer. Disse formater kan tilbyde en mere dynamisk læring, hvor familierne har mulighed for at stille spørgsmål og få direkte sparring med fagpersoner.

Psykoedukative videoer kan være et fordelagtigt supplement til samtaler og vil i nogle tilfælde være en tilstrækkelig indsats for en familie under udredningen. En støttende, psykoedukativ video kan give nyttig vejledning til forældrene, men ren brug af online psykoedukation vil ikke bidrage til at kvalificere udredningen, da det ikke er ensbetydende med ekstra tid med en behandler. Psykoedukation ydes i udgangspunktet, efter der er stillet en diagnose, men da der er mange fællestræk ved forskellige psykiske lidelser, kan aspekter fra psykoedukation inddrages tidligere ved behov. Det er dog væsentligt at være opmærksom på, at videoerne omhand-

ler diagnoser, som barnet/den unge endnu ikke har fået og måske ikke får. For at imødekomme dette kan det overvejes at lave videoer rettet mod de tidligere nævnte fællestræk såsom følelsesregulering.

3.3.2. Støttende samtaler og behandling af aktuelle symptomer

Når et barn eller en ung og familien visiteres til den regionale børne- og ungdomspsykiatri, vil der ofte i forvejen være en historik på barnets vanskeligheder, ligesom der ofte vil have været iværksat en række tiltag. Indsatserne i den hurtigt opstartede behandling skal bygge videre på disse tidligere erfaringer, som identificeres ved den indledende samtale. Til trods for at barnet ikke er færdigudredt ved første fremmøde, vil der således typisk være en række udfordringer, som ikke kræver en stillet diagnose for at kunne gå i gang.

Ofte vil hele familien være præget af krise og have behov for støtte. Familiens samlede funktionsniveau er med til at understøtte barnets bedring og forbedre prognosen, og samtalerne kan således målrettes hele familien, når det vurderes relevant, eksempelvis gennem manualbaseret familiefokuseret terapi (9) eller individuelt tilpassede indsatser med anvendelse af metoder fra systemisk, familierapeutisk, narrativ og/eller kognitiv teori.

De støttende samtaler under udredning kan ligeledes adressere forskellige diagnostiske fællestræk såsom følelsesmæssig undgåelse, vanskeligheder med følelsesregulering, tendens til at overtænke og manglende kognitiv fleksibilitet, som har vist sig at ligge til grund for en række psykiske lidelser (10). Med afsæt i de mange fællestræk på tværs af diagnoser er der udviklet manualer, som kan anvendes til behandling af flere samtidige lidelser. Et eksempel herpå er programmet *Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders in Adolescents* (11), som bygger på principper inden for emotionsfokuseret kognitiv adfærdsterapi til at arbejde med følelsesregulering på tværs af diagnoser og symptomer. *Unified Protocol* er en af de mest velbeskrevne og empirisk efterprøvede transdiagnostiske modeller til behandling af emotionelle lidelser såsom angst og depression.

For at kunne matche den enkeltes behov kan der i stedet for eller i tillæg til en manualbaseret tilgang udvikles fælles principper, der kan tilrettelægges individuelt og kan guide den familie- og helhedsorienterede praksis. Sådanne principper bør baseres på teori og evidens inden for de teoretiske hovedretninger for psykoterapi i børne- og ungdomspsykiatrien og kan med fordel koordineres mellem regionerne.

Behandling af aktuelle symptomer, der går på tværs af forskellige diagnoser, kan være fordelagtigt både behandlings- og omkostningsmæssigt. Dels kan man opstarte behandling, inden en diagnose er stillet, og dels skal behandlere potentielt kun oplæres i en manual eller en fælles samling principper, som kan anvendes bredt (10). Samtidig giver tilgangen en fordel i gruppebehandling, da flere børn/unge eller forældre/familier vil kunne samles hurtigere i en gruppe.

3.3.3. Tidlig opstart af diagnosespecifik behandling

Selv om en behandlingsindsats iværksættes, inden barnet/den unge er endeligt udredt, vil det i nogle tilfælde være muligt at opstarte eller forberede opstarten af den diagnosespecifikke behandling gennem eksempelvis afklaring af motivation og personlige mål, når det vurderes fagligt relevant. Barnet/den unge vil ofte have afprøvet tidligere indsatser, og der kan være adskillige tiltag, der vil være oplagte at gå i gang med, som ikke afhænger af den endelige diagnostik. Behandlingen kan således fokuseres omkring diagnosespecifikke indsatser, så der bygges bro til den egentlige opstart af diagnosespecifik, psykoterapeutisk behandling. Alternativt kan den diagnosespecifikke behandling opstartes direkte og under udredning, hvis der er indikation for dette.

Ved en række diagnoser såsom psykoselidelser og spiseforstyrrelser vil udredningen foretages i teams med hurtig opstart af diagnosespecifik behandling. I disse tilfælde vil det afhænge af en konkret faglig

vurdering, om der er behov for opstart af yderligere indsatser end den hurtigt iværksatte diagnosespecifikke behandling.

For anbefalinger vedrørende diagnosespecifik behandling henvises til Sundhedsstyrelsens beskrivelser af forløb for mennesker med svære psykiske lidelser (12), kliniske retningslinjer, specialfunktioner samt regionernes behandlingspakkeforløb (13).

3.3.4. Digitale tilbud

I tillæg til muligheden for online psykoedukation opleves der en øget interesse for digitale behandlingstilbud. Danske Regioner har blandt andet derfor i 2020 etableret "Taskforce for digital psykiatri", som har til formål at understøtte og koordinere digitale løsninger i psykiatrien som en del af løsningen på den øgede forekomst af psykiske lidelser i befolkningen, øget efterspørgsel på behandling og begrænsede ressourcer i psykiatrien (14).

Ved Center for Digital Psykiatri i Region Syddanmark undersøges det aktuelt i et forskningsprojekt, hvordan man kan optimere digital kognitiv adfærdsterapi målrettet børn og unge med angst og depression, så flere børn og unge kan få hurtig og let adgang til behandling (15). I takt med at der udvikles flere digitale tilbud målrettet børn og unge, forventes disse at kunne indgå som en del af den hurtige opstart af behandling.

3.3.5. Tværfaglige indsatser

Tværfaglige indsatser kan iværksættes ud fra en konkret vurdering af familiens samlede problemstillinger. I nogle tilfælde vil barnets/den unges og familiens primære behov ikke være behandlingsindsatser i forhold til barnets/den unges symptomer, men snarere hjælp fra eksempelvis en socialrådgiver til det socialfaglige helhedssyn, fokus på samtidigt rusmiddelbrug eller en fysioterapeutisk indsats. Ofte kan det også være relevant at sikre tværsektoriel koordination, eventuelt gennem afholdelse af et tidligt, koordinerende netværksmøde i udredningsfasen.

3.4. Tværsektorielt samarbejde om indsatser til barnet/den unge

På en række tidspunkter i løbet af et udrednings- og behandlingsforløb i børne- og ungdomspsykiatrien vil det være relevant, at familie, region, almen praksis og kommunale instanser samarbejder omkring indsatserne for at sikre et helhedsorienteret fokus. Dette gør sig særligt gældende ved opstart og afslutning af et nyt forløb, men også undervejs kan det være en god ide at koordinere eventuelle parallelle indsatser, skabe et tæt samarbejde om indsatserne i de to sektorer og dele viden om barnet for at sikre en sammenhængende indsats.

I nogle regioner findes en fremskudt funktion, hvor kommunen kan få rådgivning eller sparre med børne- og ungdomspsykiatrien omkring mulige tiltag, der kan overvejes, uden at barnet nødvendigvis skal henvises. Det kunne være fordelagtigt med en tilsvarende koordinerende funktion tilknyttet behandlingsindsatsen med mulighed for, at barnets/den unges behandler i børne- og ungdomspsykiatrien kan holde tæt kontakt til kommunen parallelt med den hurtige opstart af behandling. Dette kan bidrage til koordination med eventuelle samtidige kommunale indsatser, så der arbejdes fælles om barnets/den unges mål og sikres en hensigtsmæssig ansvarsfordeling, og at behovet hos den enkelte familie tilgodeses ud fra et helhedsperspektiv.

Almen praksis er ligeledes en vigtig aktør i det tværsektorielle samarbejde, da de ofte udgør det første kontaktpunkt for familien og har en grundlæggende indsigt i familiens livshistorie og barnets/den unges tidligere og aktuelle helbredstilstand. Samarbejdet med almen praksis kan omfatte indhentning af oplysninger om familien og dennes belastningsgrad

samt effekten af tidligere behandlingsindsatser, deling og overdragelse af relevante informationer om barnet/den unge, koordinering vedrørende andre sundhedstilbud til barnet/den unge, søskende, forældre mv. Ydermere kan civilsamfundsindsatser spille en vigtig rolle i understøttelsen af familier med børn og unge med psykiske lidelser, bl.a. gennem pårørendeindsatser.

3.5. Kompetencer

Udførelsen af de individuelt tilrettelagte, familiefokuserede behandlingsindsatser kræver en række kompetencer for at sikre hensigtsmæssig og effektiv behandling. Behandlere bør således have bredt kendskab til børne- og ungdomspsykiatri og psykoterapi og have erfaring med at samarbejde med familier om den rette indsats. Derudover skal de have færdigheder i at identificere og adressere underliggende fællestræk på tværs af diagnoser og tilrettelægge behandlingsindsatser på baggrund heraf. Dette vil i en del tilfælde kræve efteruddannelse.

Viden om psykoedukation og evnen til at mestre de samtalemæssige processer er afgørende for at støtte børn/unge og deres familier. Det vil primært dreje sig om faggrupper såsom kliniske psykologer/specialpsykologer, uddannelses- og speciallærere i børne- og ungdomspsykiatri, sygeplejersker, socialrådgivere, pædagoger og socialpædagoger, ergoterapeuter og fysioterapeuter afhængigt af individuel relevant erfaring og efteruddannelse.

Behandlingsindsatserne bør konfereres med speciallæge/specialpsykolog, og behandlere bør modtage regelmæssig vejledning og supervision.



4. Individuelt tilrettelagt opfølgning

Opgørelser fra Landspatientregisteret viser, at ca. 20 pct. af børn og unge i alderen 8-17 år, som for første gang er i et udredningsforløb i børne- og ungdomspsykiatrien, genhenvises inden for en toårig periode. Et individuelt tilpasset opfølgningsforløb for børn og unge i øget risiko for at få tilbagefald kan være et redskab til at forebygge disse uhensigtsmæssige genhenvisninger og akutte indlæggelser. Gennem opfølgning kan tegn på tilbagefald og faldende funktionsniveau opdages og håndteres rettidigt, og der kan arbejdes fokuseret med tilbagefaldsforebyggelse, ligesom det tværsektorielle samarbejde kan styrkes til gavn for barnet/den unge og familien.

Opfølgningen har desuden til formål at mindske ulighed i sundhed ved at sikre, at familier med særlige behov modtager den nødvendige støtte i børne- og ungdomspsykiatrien og det samme behandlingsudbytte som andre. Opfølgningen kan skabe tryghed for familier med en høj belastningsgrad og komplekse sociale problemer og kan sikre sammenhæng i forhold til eventuelle parallelle kommunale støttende indsatser. En række principper for opfølgningen i børne- og ungdomspsykiatrien opsummeres i boks 4.

Boks 4

Principper for individuelt tilrettelagt opfølgning i børne- og ungdomspsykiatrien

- Differentieret og individuelt tilpasset opfølgning tilbydes til børn og unge, som har modtaget ambulant udredning og eventuelt behandling på hovedfunktionsniveau, og som har et begrundet behov for psykiatrisk, ambulant opfølgning efter behandlingen, jf. målgruppekriterierne (afsnit 4.1.).
- Opfølgningen har fokus på tilbagefaldsforebyggelse og sammenhæng med eventuelle parallelle kommunale indsatser.
- Opfølgningen tilbydes inden for en tidsafgrænset periode, som aftales med barnet/den unge og familien, og hvor målet med og modellen for opfølgningen er tydelig for alle parter.
- Det skal løbende vurderes, om barnet/den unge skal afsluttes til eksempelvis opfølgning i kommune, civilsamfund, almen praksis eller speciallægepraksis, så barnet/den unge ikke fastholdes i uhensigtsmæssigt lange forløb i børne- og ungdomspsykiatrien.
- Opfølgningen medfører ikke en ændring i opgaver, ansvarsfordeling eller målgruppeafgrænsning mellem region, kommune og almen praksis, men kan styrke sammenhængen mellem sektorer til gavn for barnet/den unge og familien. Ansvars- og opgavefordelingen aftales mellem alle parter, eksempelvis ved afholdelse af et netværksmøde.

Der er et stigende fokus på, at sundhedsvæsenet skal tilbyde differentierede behandlingsforløb, som tilpasses den enkeltes behov og inddrager patienter og pårørende i beslutninger om behandlingen. Nogle børn og unge og deres familier vil have et større behov for opfølgning i børne- og ungdomspsykiatrien end andre, eksempelvis på grund af sværhedsgraden af den psykiske lidelse, graden af komorbiditet, sociale forhold eller familiens sundhedskompetence. Et barn med moderat til svær angst fra en ressourcestærk familie med høj sundhedskompetence ville eksempelvis potentielt kunne klare sig med et kortere behandlingsforløb uden behov for yderligere opfølgning. Modsat kunne et barn med ADHD og komorbid depression fra en familie med lav sundhedskompetence og færre ressourcer have brug for et mere omfattende tilbud i børne- og ungdomspsykiatrien, herunder tæt samarbejde mellem psykiatrien og kommunen i en overgangsfase.

Ifølge gældende specialevejledning omfatter det børne- og ungdomspsykiatriske speciale også opfølgning og rehabilitering af mentale og adfærdsmæssige forstyrrelser og psykiske lidelser hos børn og unge (4). Dog fastslår de diagnosespecifikke

pakkeforløb for ambulant psykiatrisk behandling på hovedfunktionsniveau, at efterbehandling, rehabilitering og støtte i udgangspunktet bør foregå i almen praksis, ved speciallæge i børne- og ungdomspsykiatri eller via kommunale indsatser. Pakkeforløbene er udarbejdet for at sikre ensartede behandlingstilbud, men giver samtidig mulighed for fleksibilitet og forlængelse af forløb, når der vurderes at være særligt behov herfor. Et tilbud om individuelt tilrettelagt opfølgning efter behandling vurderes således at være i overensstemmelse med gældende specialevejledning og de nuværende pakkeforløb for den ambulante børne- og ungdomspsykiatri.

Tilbuddet om opfølgning i en tidsbegrænset periode til børn og unge, som opfylder målgruppekriterierne, ændrer ikke ved kommunens forpligtelse til at yde særlig hjælp og støtte til børn og unge med nedsat psykisk funktionsevne eller langvarig lidelse og deres familier jf. barnet lov. Ligeledes må opfølgningen ikke forsinke iværksættelsen af hjælp og støtte i kommunen, men kan derimod muliggøre et tættere samarbejde mellem børne- og ungdomspsykiatrien og kommunale indsatser, især i overgangsfaser, til gavn for barnet/den unge og familien.

4.1. Målgruppe

Målgruppen for opfølgning omfatter en mindre andel af målgruppen for individuelt tilrettelagte behandlingsindsatser (afsnit 3.1.2.). Børn og unge i målgruppen skal have et begrundet behov for tidsafgrænset, psykiatrisk opfølgning efter udredning og behandling i børne- og ungdomspsykiatrien, eksempelvis med henblik på at forebygge tilbagefald eller sikre et tæt samarbejde i overgangen til kommunale indsatser eller voksenpsykiatrien. Hos børn og unge, som indgår i et længerevarende ambulant behandlingstilbud på grund af psykose-

lidelser, spiseforstyrrelser eller behov for medicamentel behandling med regional opfølgning indgår opfølgningen typisk som en del af behandlingsforløbet, og de er derfor i udgangspunktet ikke omfattet af beskrivelsen nedenfor. Børn og unge, som indlægges på en børne- og ungdomspsykiatrisk sengeafdeling, indgår derimod i målgruppen, hvis de ved udskrivning visiteres til ambulant behandling eller opfølgning, og hvis de ikke allerede indgår i et længerevarende, ambulant behandlingstilbud. Et eller flere af kriterierne i boks 5 skal som minimum være opfyldt, før det kan vurderes relevant at tilbyde opfølgning efter afsluttet behandling.

Boks 5

Målgruppekriterier for opfølgning i børne- og ungdomspsykiatrien efter endt behandling

Barnet/den unge har:

- Betydeligt skolefravær begrundet i psykisk lidelse
- Samtidig rusmiddelproblematik
- Ustabile symptomer eller hyppige tilbagefald, som inden for de seneste to år har ført til genhenvielse til børne- og ungdomspsykiatrien, akut indlæggelse eller gentagne besøg i psykiatrisk akutmodtagelse
- Svær komorbiditet, herunder PTSD, gentagne belastningsreaktioner, alvorlig selvskade eller selvmordsforsøg
- Behov for psykiatrisk revurdering i en stabil fase, når de akutte belastninger er remitteret (eksempelvis hos børn og unge med svære belastningsreaktioner og mistanke om autisme/ADHD)
- Behov for psykiatrisk opfølgning i en overgangsfase, eksempelvis fra børne- og ungdomspsykiatrien til voksenpsykiatrien eller fra hjemmet til anbringelse på opholdssted/døgninstitution

Familien har:

- Lav sundhedskompetence vurderet systematisk gennem validerede redskaber eller spørgeskema
- Høj belastningsgrad og/eller komplekse sociale problemer, som markant øger barnets/den unges risiko for tilbagefald, eksempelvis ved moderat til svær psykisk lidelse hos forældre/søskende, rusmiddelproblematik i familien, højt konfliktniveau i familien eller mistanke om vold i hjemmet eller omsorgssvigt

4.2. Vurdering af behov for opfølgning i børne- og ungdomspsykiatrien

Behovet for opfølgning i børne- og ungdomspsykiatrien vurderes ud fra kriterierne i boks 5 og aftales ved den afsluttende samtale mellem de tilknyttede behandlere og barnet/den unge og familien, som også inddrages i beslutningen om form, indhold og mål for opfølgningen. Hvis der er planlagt en overgang til voksenpsykiatrien, eller hvis barnet/den unge modtager kommunale indsatser eller opholder sig på opholdssted/døgninstitution, kan kontaktpersoner herfra inddrages, ligesom andre relevante personer i barnets/den unges liv også kan inddrages. Der skal altid gives informeret samtykke til opfølgningen.

Når der tilbydes opfølgning i børne- og ungdomspsykiatrien, er det vigtigt at være opmærksom på, at unge over 15 år selv skal give samtykke til opfølgningen. Hvis der eksempelvis skal videregives helbredsoplysninger til kommune mv. uden for behandlingsforløbet efter sundhedsloven, skal der ligeledes indhentes samtykke (16). Forældrenes ønsker og opfattelse af behov for opfølgning inddrages, men ved uenighed mellem den unge og forældrene er det i udgangspunktet den unge, der bestemmer, medmindre den unge ikke selv er i stand til at forstå konsekvenserne af sin stillingtagen. Hvis dette er tilfældet, indhentes i stedet et stedfortrædende samtykke fra forældrene. For børn og unge under 15 år er det som udgangspunkt indehaveren af forældremyndigheden, der kan give informeret samtykke. Hvis en familie afviser opfølgning, og det vurderes, at barnet/den unge har behov for særlig støtte jf. § 133 i barnets lov, er det vigtigt at være opmærksom på, at fagpersoner i børne- og ungdomspsykiatrien har en skærpet underretningspligt til kommunen.

4.3. Opfølgningsforløb

Opfølgningen i børne- og ungdomspsykiatrien er fleksibel og individuelt tilrettelagt og kan organiseres i forskellige typer af forløb. I boks 6 beskrives tre typer af opfølgning: 1) Opfølgende kontakt som fysisk eller online møde, telefonisk kontakt eller e-mail, hvor behandleren tager kontakt, og familien informeres om, hvor de kan henvende sig ved behov, 2) opfølgning med fokus på tværsektorielt samarbejde og overgange med tilbud om eksempelvis netværksmøder for at sikre tryghed i overgange mellem sektorer eller indsatser, og 3) afslutning med mulighed for 'fast-track' genhenvisning til børn og unge, som ikke har behov for et planlagt opfølgningsforløb, men hvor der ved tilbagefald kan genhenvises i en "fast-track-løsning" til samme behandlingstilbud uden ny visitation.

Hvis der i forvejen er iværksat kommunale indsatser, inviteres de kommunale kontaktpersoner til et netværksmøde, hvis der gives samtykke til det. Her aftales opgave- og ansvarsfordelingen mellem kommune og region. Ligeledes laves klare aftaler med kontaktpersoner i det behandlingstilbud, som den unge skal overgå til, hvis det drejer sig om en transition til voksenpsykiatrien.

Det estimeres, at cirka halvdelen af børn og unge i målgruppen for opfølgning med fordel kan afsluttes med mulighed for hurtig genhenvisning, mens den anden halvdel kan tilbydes opfølgende kontakt og/eller netværksmøder. Behovet for antal kontakter vil variere og bør tilpasses den enkelte familie. Det vurderes individuelt, hvordan opfølgningsforløbet skal tilrettelægges, og det bør være fleksibelt, så der kan tilbydes kontakter af varierende form, fx ved kombination af fremmøde, telefonisk kontakt eller e-mail-kontakt. Hos børn/unge og familier, som tilbydes opfølgende kontakt og/eller netværksmøder, vil der forventeligt være flere kontakter end de planlagte i opfølgningsforløbet, idet familierne og/eller kommunen kan henvende sig uden for de planlagte kontakter.

Når barnet/den unge får et tilbud om opfølgning i en tidsafgrænset periode, vil det fortsat være børne- og ungdomspsykiatrien, som har behandlingsansvaret, indtil forløbet afsluttes helt. Ved afslutning af et behandlingsforløb med mulighed for 'fast-track' genhenvisning overgår behandlingsansvaret til almen praksis eller praktiserende speciallæge i

børne- og ungdomspsykiatri, herunder ansvar for opfølgning på medicinsk behandling. Muligheden for 'fast-track' genhenvisning bør fremgå af epikrisen. Kommunen vurderer løbende, uanset hvilken type psykiatrisk opfølgning der tilbydes, barnets/den unges behov for opfølgende og støttende kommunale indsatser jf. barnets lov (17).

Boks 6

Typen af opfølgningsforløb

Opfølgende kontakt til barnet/den unge og familien

Ved den afsluttende behandlingssamtale aftales en opfølgende tid med fysisk fremmøde, telefonisk opfølgning, e-mailkorrespondance eller online-konsultation. Samtidig aftales formål, indhold og forventet varighed af opfølgningen. Det bør så vidt muligt være det behandlerteam, som har haft barnet/den unge i et forløb, som varetager den opfølgende kontakt. Familien bør altid orienteres om, hvor de skal henvende sig, hvis der opstår et akut behov for vurdering eller rådgivning, og hvornår akut henvendelse anbefales.

Opfølgning med fokus på tværsektorielt samarbejde og overgange

Nogle børn og unge og deres familier har brug for opfølgning i børne- og ungdomspsykiatrien for at skabe sammenhængende forløb og tryghed i overgange. Dette kan fx være relevant i overgangen til opstart af kommunale indsatser eller til voksenpsykiatrien. Opfølgningen planlægges med særligt fokus på at sikre et godt tværsektorielt samarbejde, en god overlevering til de fagpersoner, som skal overtage ansvaret, og en tryk overgang for barnet/den unge. Opfølgningen kan planlægges som et eller flere tværsektorielle netværksmøder mellem børne- og ungdomspsykiatrien og kommunen og/eller som en mulighed for, at kommunen kan kontakte børne- og ungdomspsykiatrien ved behov for psykiatrifaglig sparring. Tværsektorielle netværksmøder afholdes, når det i den konkrete sag vurderes nødvendigt at sikre koordinering, dialog eller videndeling mellem sektorer. Der bør i forbindelse med netværksmødet udarbejdes dagsorden og referat, og hvis det drejer sig om børn og unge med komplekse problemstillinger, udarbejdes en fælles samarbejdsplan, som beskriver barnets/den unges status og behov samt en plan for opfølgning i kommunen. Samarbejdsplanen kan også indeholde centrale elementer af barnets/den unges kriseplan/tilbagefaldsforebyggelsesplan, som alle parter bør kende til. De ansvarlige fagpersoner i kommunen og almen praksis kan med fordel deltage i netværksmødet, hvis det er fagligt relevant.

Forløbet afsluttes med mulighed for 'fast-track' genhenvisning

Nogle børn og unge har ikke et aktuelt behov for opfølgning i børne- og ungdomspsykiatrien, eller opfølgningen består eventuelt kun af en enkelt kontakt, hvorefter forløbet kan afsluttes. Hvis der alligevel vurderes at være risiko for, at barnet/den unge kan opleve forværring eller tilbagefald jf. de ovenfor beskrevne målgruppekriterier, kan der for disse børn og unge aftales mulighed for 'fast-track' genhenvisning inden for et år, hvor barnet/den unge visiteres direkte til tidligere behandlingstilbud gennem almen praksis uden at skulle igennem en ny visitation i børne- og ungdomspsykiatrien. En sådan ordning findes allerede i Region Sjælland. Når barnet/den unge afsluttes, tydeliggøres det for alle parter, hvornår det er relevant at genhenvise. Dette kan fx gøres i epikrise, ved afsluttende netværksmøde eller i dialog med de ansvarlige fagpersoner i kommunen.

4.4. Tværsektorielt samarbejde

Et tæt koordineret tværsektorielt samarbejde mellem børne- og ungdomspsykiatrien og kommunale indsatser er afgørende for de børn og unge, som har behov for opfølgning i børne- og ungdomspsykiatrien efter endt behandling. Det vil ofte være hjælpsomt at afholde et netværksmøde, hvor indsatsen koordineres, vigtige informationer deles, og der aftales en klar fordeling af ansvar og opgaver. Børne- og ungdomspsykiatrien har ansvaret for den psykiatriske behandling og opfølgning og kan bidrage med psykiatrifaglig viden og rådgivning til kommunale medarbejdere, mens kommunen jf. barnets lov kan rådgive børn, unge og familier og tilbyde støttende indsatser på baggrund af en vurdering af barnets/den unges behov.

Det er afgørende med tydelige aftaler for, hvilket ansvarsområde henholdsvis regionen og kommunen har, så man ikke med opfølgningen i børne- og ungdomspsykiatrien forsinker eventuelle kommunale indsatser, fordi kommunen vurderer, at psykiatrien stadig er aktiv i barnets sag. Det kan derfor anbefales, at ansvarsfordelingen for et gensidigt forpligtende samarbejde omkring de børn og unge, som tilbydes opfølgning i børne- og ungdomspsykiatrien, forankres i de regionale sundheds- og samarbejdsaftaler mellem regionen, kommunerne og almen praksis.

5. Implementering og kvalitetsudvikling

Børne- og ungdomspsykiatrien er organiseret forskelligt i regionerne og har forskellige erfaringer med at tilbyde behandlings- og opfølgningsindsatser til børn og unge i målgruppen samt forskellige forudsætninger for at implementere indsatserne grundet geografiske forhold, forskelle i organiseringen af visitation, udredning og behandling, forskelle i muligheden for at rekruttere medarbejdere, forskellige forhold og modeller for kommunalt samarbejde mm. Når implementeringen planlægges i regionerne, er det derfor nødvendigt at tilpasse indsatserne til forholdene i den enkelte region. Det er samtidig centralt, at implementeringen foregår inden for de ovenfor beskrevne faglige rammer, herunder kompetencer, målgruppe og fagligt indhold for at understøtte en ensartet tilgang til kvalitet og forebygge ulighed i adgangen til behandling på tværs af landet.

5.1. Regional implementering og tværregionalt samarbejde

Hver region planlægger implementeringen på baggrund af modellen for hurtig opstart af behandling og tryk opfølgning i børne- og ungdomspsykiatrien og med afsæt i den enkelte regions aktuelle organisation og erfaringer med behandlingsindsatser til målgruppen. Implementeringen foregår løbende og trinvist, så opbygningen af behandlingstilbudet gradvist udvides, i takt med at der rekrutteres medarbejdere og opbygges relevante kompetencer i eksisterende tilbud til at kunne tilbyde behandlingsindsatserne til en bred målgruppe. En løbende opfølgning på implementeringen og justering af

indsatsen i regionerne vil være nødvendig. Der vil samtidig være behov for at følge, hvordan implementeringen påvirker og spiller sammen med patientrettighederne i børne- og ungdomspsykiatrien, det kommunale behandlingstilbud til børn og unge i psykisk mistrivsel og de kommunale indsatser i øvrigt.

For at sikre udveksling af viden og erfaringer og effektiv brug af ressourcer anbefales regionerne at følge implementeringen og justere indsatserne via tværregionale fora, som med udgangspunkt i den beskrevne model for hurtig opstart af behandling og tryk opfølgning og aktuel viden og evidens kan udarbejde og understøtte fælles regionale rammer for indsatsen og et tilbud af ensartet, høj kvalitet på tværs af landet.

Da der er tale om et nyt tilbud, er der fortsat begrænset viden om effekten af behandlingsindsatserne og omkostningseffektiviteten i forhold til den beskrevne målgruppe. Det er derfor vigtigt, at behandlingsindsatserne justeres løbende, i takt med at der opnås øget viden om effekten af indsatserne.

I børne- og ungdomspsykiatrien i Region Nordjylland opstartes det femårige projekt "Bedst for Os", som blandt andet har fokus på at udvikle nye familie-fokuserede behandlingsformer og digitale behandlingstilbud, der kan tilbydes tidligt i forløbet på tværs af diagnoser (18). Det vil være vigtigt at inddrage erfaringer herfra og fra tilsvarende projekter i den løbende justering af indsatsen. Der følges desuden op på initiativet i regi af Sundhedsstyrelsens nationale råd for psykiske lidelser og mental sundhed.

5.2. Kvalitetsudvikling og forskning

For at sikre viden om effekten af behandlingsindsatserne anbefales det, at der på tværs af regionerne aftales en procedure for dataindsamling og monitorering, som bidrager til kvalitetsudvikling og understøtter klinisk forskning. Dataindsamlingen kan med fordel bestå af både kvantitative og kvalitative data. I boks 7 gives et eksempel på, hvordan dataindsamling og kvalitetsudvikling kan understøttes.

Boks 7

Dataindsamling og kvalitetsudvikling

- Evaluering af den kliniske kvalitet forudsætter, at der er enighed om, hvad der er god klinisk praksis, og at de overordnede principper for behandlingen er identiske. Evalueringen af den kliniske kvalitet bør derfor tage afsæt i faglige retningslinjer.
- Der kan fokuseres på dataindsamling og kvalitetsudvikling i forhold til en specifik modalitet i behandlingsindsatserne, såsom behandling af diagnostiske fællestræk, udarbejdet på baggrund af eksisterende behandlingsmanualer og/eller kommende faglige retningslinjer.
- Elementer af den kvantitative dataindsamling til brug for kvalitetsudvikling kan med fordel forankres i en eller flere kliniske kvalitetsdatabaser i regi af Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut (tidligere Regionernes Kliniske Kvalitetsprogram). Her opstilles kvalitetsmål for både processer og resultater (effekt af behandlingen). Data indsamlet i en klinisk kvalitetsdatabase kan videregives til forskningsbrug.

Referenceliste

1. Hansen AS, Telléus GK, Mohr-Jensen C, Lauritsen MB. Parent-perceived barriers to accessing services for their child's mental health problems. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health* 2021;15(1):4.
2. Sundhedsministeriet. Aftale om en 10-årsplan for psykiatrien og mental sundhed.
3. Sundhedsstyrelsen. Faglig ramme for det kommunale behandlingstilbud til børn og unge i psykisk mistrivsel. 2023. 1–48.
4. Sundhedsstyrelsen. Specialevejledning for Børne- og ungdomspsykiatri. 2023. 1–12.
5. Danske Regioner. Børne- og Ungdomspsykiatri. Pakkeforløb til udredning. 2014:1–5.
6. Rodolico A, Bighelli I, Avanzato C, Concerto C, Cutrufelli P, Mineo L, et al. Family interventions for relapse prevention in schizophrenia: a systematic review and network meta-analysis. *Lancet Psychiatry* 2022;9(3):211–221.
7. Murray-Swank AB, Dixon L. Family psychoeducation as an evidence-based practice. *CNS Spectr* 2004;9(12):905–912.
8. Nina Timmerby, Stephen Austin, Per Beck and Claudio Csillag. Psykoedukation af pårørende ved affektive lidelser. Opdateret: 2024.Nov 28. 2024. Link: <https://ugeskriftet.dk/videnskab/psykoedukation-af-parorende-ved-affektive-lidelser>.
9. Jørring NT, Juul J. Manual for Samarbejdende familierterapi. 1–147.
10. Sidse Marie Arnfred and Nina Reinholt. Transdiagnostisk kognitiv terapi til angstlidelser. Opdateret: 2024.Nov 28. 2024. Link: <https://ugeskriftet.dk/videnskab/transdiagnostisk-kognitiv-terapi-til-angstlidelser>.
11. Kennedy SM, Tonarely NA, Sherman JA, Ehrenreich-May J. Predictors of treatment outcome for the unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders in children (UP-C). *J Anxiety Disord* 2018; 57:66–75.
12. Sundhedsstyrelsen. Tværsektorielle forløb for mennesker med svær psykisk lidelse. Opdateret: 2024.Nov 28. 2024. Link: <http://www.sst.dk/da/Fagperson/Sygdomme-lidelser-og-behandling/10-aarsplan-for-psykiatrien-og-mental-sundhed/Tvaersektorielle-beskrivelser-af-forloeb>.
13. Danske Regioner. Pakkeforløb. Nov. 28. 2024. Link: <https://www.regioner.dk/sundhed/psykiatri-og-social/pakkeforloeb-og-forloeb-for-indlagte/>.
14. Danske Regioner. Taskforce for digital psykiatri. Nov. 28. 2024. Link: <https://www.regioner.dk/sundhed/sundhedsinnovation-og-forskning/taskforce-for-digital-psykiatri/>.
15. CoolMinds-projektet.
16. Bekendtgørelse om information og samtykke i forbindelse med behandling og ved videregivelse og indhentning af helbredsoplysninger m.v. BEK nr. 359 af 04/04/2019.
17. Bekendtgørelse af barnets lov. LBK nr. 890 af 19/06/2024 (Gældende).
18. Bedst for os. Om os | Bedst for Os. Nov. 28. 2024. Link: <https://bedstforos.dk/om-os>.



Sundhed for alle ♥ + ●