



SUNDHEDSSTYRELSEN



FORLØBSPROGRAM  
FOR BØRN OG UNGE MED  
**ADHD**



# INDHOLD

<b>1</b>	<b>INTRODUKTION .....</b>	<b>5</b>
1.1	Formål .....	5
1.2	Baggrund.....	5
1.3	Vidensgrundlag for forløbsprogrammet .....	5
1.4	Sammenhæng med øvrige initiativer .....	6
1.5	Lovgrundlag.....	6
<b>2</b>	<b>OVERSIGT OVER FORLØBSPROGRAMMETS ANBEFALINGER .....</b>	<b>7</b>
	Anbefalinger om samarbejde og koordination (kapitel 5).....	7
	Anbefalinger om graduerede indsatser og organisering (kapitel 6).....	8
	Anbefalinger om implementering og opfølgning (kapitel 7).....	8
<b>3</b>	<b>ALMENT FOREBYGGENDE INDSATS I KOMMUNERNE.....</b>	<b>11</b>
3.1	Forebyggelse af mistrivsel .....	11
<b>4</b>	<b>MÅLGRUPPE.....</b>	<b>13</b>
4.1	Afgrænsning af målgruppen .....	13
4.2	Symptomer og karakteristika .....	13
4.3	Demografi .....	14
<b>5</b>	<b>SAMARBEJDE OG KOORDINATION .....</b>	<b>17</b>
5.1	Planlægning af forløb.....	18
5.2	Fælles målsætninger .....	18
5.3	Forløb med samtidige og koordinerede indsatser.....	19
5.4	Overgange .....	21
<b>6</b>	<b>GRADUERERE INDSATSER OG ORGANISERING.....</b>	<b>24</b>
6.1	Model for gradueret indsats .....	25
6.2	Tidlig indsats (trin 1).....	26
6.3	Uddybende vurdering og indsats (trin 2) .....	28
6.4	Udredning, diagnostik og behandling (trin 3).....	29
6.5	Opfølgning (trin 4) .....	31
<b>7</b>	<b>IMPLEMENTERING OG OPFØLGNING.....</b>	<b>33</b>
7.1	Forudsætninger for vellykket implementering.....	33
7.2	Opfølgning .....	34
7.3	Revision af det nationale forløbsprogram .....	34

<b>8</b>	<b>REFERENCER .....</b>	<b>35</b>
<b>9</b>	<b>BILAGSFORTEGNELSE .....</b>	<b>37</b>
	Bilag 1: Kommissorium for arbejdsgruppe til udarbejdelse af forløbsprogram for børn og unge med ADHD.....	38
	Bilag 2: Kommissorium for referencegruppe til udarbejdelse af forløbsprogrammer for børn og unge med psykiske lidelser .....	41
	Bilag 3: Lovgrundlag .....	44
	Bilag 4: Oversigt over planer til beskrivelse af mål og indsatser i det enkelte barns/unges forløb.....	50
	Bilag 5: Hyppigt forekommende symptomer på ADHD.....	51
	Bilag 6: Tidlige tegn og adfærd som kan være relateret til ADHD .....	52





# 1 INTRODUKTION

## 1.1 FORMÅL

En sammenhængende indsats baserer sig på tværfagligt og tværsektorielt samarbejde, der ydes med høj faglig kvalitet og effektivitet. Formålet med forløbsprogrammet er derfor at understøtte et godt tværsektorielt samarbejde omkring børn og unge med ADHD eller tilsvarende vanskeligheder<sup>1</sup>, både i forhold til indsatser, behandling og opfølgning samt med inddragelse af barnet/den unge og dennes forældre/pårørende. Samtidig er forventningen, at en bedre sammenhæng medvirker til en bedre ressourceudnyttelse på tværs af sektorer.

Selvom dette forløbsprogram omhandler børn og unge med ADHD, er hensigten, at de overordnede anbefalinger om organisering og sammenhæng i indsatsen også finder anvendelse i forhold til samarbejdet omkring børn og unge med andre psykiske lidelser/vanskeligheder.

Forløbsprogrammerne henvender sig til planlæggere samt ledende og koordinerende medarbejdere i regioner, kommuner og almen praksis.

## 1.2 BAGGRUND

Der er, som en del af satspuljeaftalen på sundheds- og ældreområdet for 2017-2020, afsat midler til udarbejdelse af forløbsprogrammer for børn og unge med henholdsvis ADHD, angst/depression og spiseforstyrrelser.

Et forløbsprogram er et organisatorisk redskab, der beskriver samarbejdet mellem forskellige parter og kan være med til at understøtte ensartet høj kvalitet og sammenhæng i indsatsen for en

specifik målgruppe. Desuden kan forløbsprogrammet 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.

Forløbsprogrammet er blevet kvalificeret af en arbejdsgruppe og en referencegruppe, som Sundhedsstyrelsen har nedsat. Arbejdsgruppens og referencegruppens kommissorium og medlemmer fremgår af bilag 1 og 2.

## 1.3 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 indsatser, behandling og opfølgning. Forløbsprogrammet bygger således på eksisterende nationale og internationale kliniske retningslinjer, øvrige retningslinjer, handleplaner, statusrapporter mv. Derudover bygger forløbsprogrammet på input fra arbejdsgruppen, ekspertviden og bedste praksisviden, der har kvalificeret og præciseret forløbsprogrammets opbygning og indhold. Der er ikke foretaget en systematisk litteraturnemgang i forbindelse med udarbejdelsen af forløbsprogrammet.

---

1 Benævnes ADHD herfra.



## 1.4 SAMMENHÆNG MED ØVRIGE INITIATIVER

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, Danske Regioners pakkeforløb for ADHD – børn og unge samt Sundhedsstyrelsens 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. Udmøntning af forløbsprogrammernes anbefalinger forudsætter og sker via indgåelse af lokale samarbejdsaftaler i regi af sundhedsaftalerne.

Forløbsprogrammet for børn og unge med ADHD er udarbejdet sideløbende med forløbsprogrammer for børn og unge med hhv. spiseforstyrrelse og angst og/eller depression, og dele af de tre forløbsprogrammer er identiske. Det drejer sig om kapitel 1 (introduktion), kapitel 2 (oversigt over forløbsprogrammets anbefalinger), kapitel 3 (alment forebyggende indsats i kommunerne), kapitel 5 (samarbejde og koordination) og kapitel 7 (implementering og opfølgning). De tre målgrupper har imidlertid forskellige behov for indsatser og behandling, og der er stor forskel på, på hvilket indsatstrin og i hvilken sektor den primære indsats varetages<sup>2</sup>.

---

2 Se bilagspublikation *Prævalens, incidens og aktivitet i sundhedsvæsenet for børn og unge med angst eller depression, ADHD og spiseforstyrrelser* for uddybende data om målgruppernes aktivitet i praksissektor, børne- og ungdomspsykiatri og somatik.

## 1.5 LOVGRUNDLAG

Der er flere lovgivninger, der giver mulighed for indsatser til børn og unge, hvor der er mistanke om eller diagnosticeret en psykisk lidelse, eller hvor der er en adfærd, der minder herom<sup>3</sup>. Det drejer sig om sundhedsloven, lov om social service, psykiatriloven, lov om folkeskolen, samt dagtilbudsloven. For en uddybende beskrivelse af de enkelte lovgrundlag se bilag 3. Her gives et overblik over de forskellige fagområders lovgivning, samt de muligheder for indsatser, der findes i loven, når et koordineret forløb for børn og unge med psykiske lidelser skal tilrettelægges.

---

3 Forstås som vanskeligheder fx med indlæring, motorik, koncentration, adfærd, emotionel kontakt, stemningsleje mv.

## 2 OVERSIGT OVER FORLØBSPROGRAMMETS ANBEFALINGER

Sundhedsstyrelsens anbefalinger for samarbejde og koordination, graduerede indsatser og organisering samt implementering og opfølgning er samlet i nedenstående oversigt. Anbefalingerne skal ses i sammenhæng med de uddybende beskrivelser i kapitlerne 5, 6 og 7.

### ANBEFALINGER OM SAMARBEJDE OG KOORDINATION (KAPITEL 5)

#### Det anbefales

- at indsatserne i barnets/den unges forløb er **samtidige og koordinerede** mellem sektorerne ud fra barnets/den unges behov
- at der foreligger **lokale aftaler** om, hvordan barnets/den unges forløb koordineres i et integreret og tværfagligt samarbejde mellem sektorerne såvel som internt i sektorerne
- at barnet/den unge og familien **aktivt involveres** i udarbejdelse af mål og aftaler, og at de fagprofessionelle løbende orienterer om forløbet
- at der foreligger lokale aftaler omkring **rådgivning fra børne- og ungdomspsykiatrien** til kommunen samt for samarbejdet mellem kommunen og børne- og ungdomspsykiatrien med henblik på **tilrettelæggelse af indsatsen** for barnet/den unge igennem hele forløbet
- at børne- og ungdomspsykiatrien eller privatpraktiserende speciallæge i børne- og ungdomspsykiatri **etablerer tidlig kontakt** til og sparrer med kommunen, fx via netværksmøde. Kommunen bør tilsvarende løbende holde børne- og ungdomspsykiatrien eller privatpraktiserende speciallæge i børne- og ungdomspsykiatri orienteret, om en social, psykologisk og/eller pædagogisk indsats bliver iværksat
- at der altid tages stilling til og aftales, om der skal udpeges en **ansvarlig kontaktperson** blandt de involverede fagprofessionelle i hver sektor og internt i sektorerne med henblik på at varetage en koordinerende rolle
- at **overgangen** fra ung til voksen **planlægges** og koordineres ud fra en individuel vurdering



## ANBEFALINGER OM GRADUERERE INDSATSER OG ORGANISERING (KAPITEL 6)

### Det anbefales

- at regioner og kommuner arbejder ud fra en model om graduerede indsatser i forhold til børn og unge, der har ADHD eller tegn på ADHD

#### TRIN 1

### Tidlig indsats

- at kommunen, evt. i samarbejde med almen praksis eller anden relevant kompetence, foretager en faglig vurdering af barnet/den unge og på den baggrund tager stilling til, om barnet/den unge og familien har behov for en kommunal indsats samt igangsætter og varetager indsatsen ved identificeret behov
- at kommunen og evt. almen praksis iværksætter en uddybende vurdering og indsats (trin 2), hvis den iværksatte indsats ikke har den forventede effekt

#### TRIN 2

### Uddybende vurdering og indsats

- at kommunen, evt. i samarbejde med almen praksis eller anden relevant kompetence, foretager en uddybende faglig vurdering og på den baggrund viderefører eller revurderer den socialfaglige, psykologiske og/eller pædagogiske indsats for barnet/den unge
- at kommunen, almen praksis, mv. henviser til børne- og ungdomspsykiatrien eller privatpraktiserende speciallæge i børne- og ungdomspsykiatri (trin 3), hvis den iværksatte indsats ikke har den forventede effekt

#### TRIN 3

### Udredning, diagnostik og behandling

- at børne- og ungdomspsykiatrien eller privatpraktiserende speciallæge i børne- og ungdomspsykiatri foretager udredning og diagnosticering af barnet/den unge og formidler diagnosens indhold, den iværksatte behandling og resultater til kommunen og forældre

#### TRIN 4

### Opfølgning

- at kommunen i samarbejde med relevante fagprofessionelle omkring barnet/den unge løbende vurderer barnets/den unges behov for opfølgende indsatser med henblik på at mestre hverdagslivet
- at der indgås aftale mellem børne- og ungdomspsykiatrien og almen praksis eller privatpraktiserende speciallæge i børne- og ungdomspsykiatri om eventuel videreførelse af og opfølgning på farmakologisk behandling

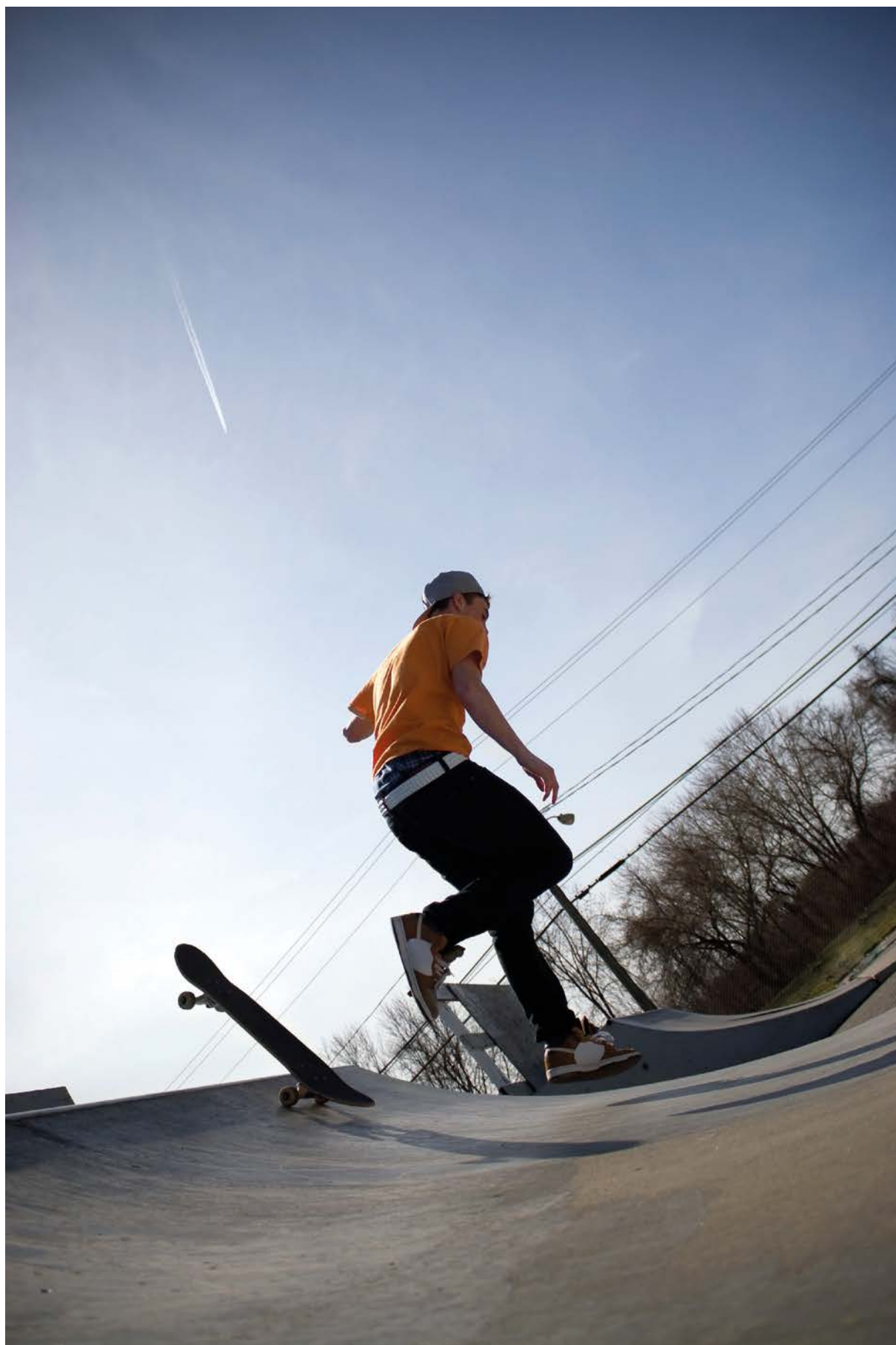




## ANBEFALINGER OM IMPLEMENTERING OG OPFØLGNING (KAPITEL 7)

### Det anbefales:

- at der indgås aftaler om fælles kompetenceudvikling, så fagprofessionelle omkring børn og unge har **de rette kompetencer** til at understøtte den rette indsats i forhold til barnets/den unges vanskeligheder
- at **samarbejdet** omkring forløbsprogrammet løbende **følges og evalueres** med henblik på eventuelle justeringer i samarbejdet og i praksis. Opfølgning aftales lokalt fx hvert 2. – 4. år





# 3 ALMENT FOREBYGGENDE INDSATS I KOMMUNERNE

## 3.1 FOREBYGGELSE AF MISTRIVSEL

Forløbsprogrammet omhandler alene børn og unge, der har ADHD eller tegn på ADHD. Tidlig opsporing og forebyggelse af mistrivsel er imidlertid også en vigtig del af en indsats, der skal forhindre, at barnet/den unge får behov for mere indgribende indsatser.

I kommunerne betegnes de indsatser, der har fokus på at undgå mistrivsel, som alment forebyggende indsatser. Alment forebyggende indsatser fokuserer bl.a. på trivsel, adfærd og socialt samspil, som kan understøtte, at problemer ikke udvikler sig, og mere omfattende indsatser bliver nødvendige. Alment forebyggende indsatser er derfor vigtige, men mistrivsel kan ikke altid undgås ved forebyggende indsatser.

### RISIKOFAKTORER FOR MISTRIVSEL

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 flere risikofaktorer bliver den tidlige indsats endnu mere påkrævet.

### HANDLEMULIGHEDER

Forældre og fagprofessionelle omkring barnet i bl.a. sundhedsplejen, dagtilbud, skole og almen praksis skal kunne reagere så tidligt som muligt i forhold til en faglig begrundet bekymring for/signaler på mistrivsel hos et barn, så der kan foretages en vurdering af, om der skal iværk-

sættes en alment forebyggende indsats, eller der er behov for en mere indgribende indsats i kommunen eller i almen praksis. Det er således 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. Sundhedsstyrelsen har udarbejdet en række pjecer for sund psykisk udvikling hos børn (Sundhedsstyrelsen, 2000). Desuden findes der forskellige redskaber til systematisk refleksion og opsporing af børns/unges adfærd, udvikling og trivsel.

Det er væsentligt at tilbyde en alment forebyggende indsats til børn og familier, inden at et barn når at udvikle alvorlige symptomer på mistrivsel. Fagprofessionelle, fx sundhedsplejersker i barnets hjem, pædagoger i daginstitutionen eller lærere i barnets skole, bør observere barnets tidlige udvikling og samspillet mellem barn og forældre. Der kan være behov for at støtte op om børn i risiko, eksempelvis børn med forældre med psykiske lidelser, børn i skilsmis-sesituationer, i hjem med vold mv., med henblik på at forebygge mistrivsel.

Det er endvidere væsentligt, at fagprofessionelle kender procedurer for, hvordan man skal handle på bekymringer for/signaler på mistrivsel hos børn og unge med henblik på, at der kan iværksættes en relevant tidlig indsats. Derfor anbefales det, at der foreligger klare og faste procedurer for henvendelser om mistrivsel og for underretninger (fx hvor man skal henvende sig, principper for sagsbehandling af denne type henvendelser, links til guide på kommunale hjemmesider mv.), så fagpersoner og forældre har optimale muligheder for at reagere på tegn



på mistrivsel (information om underretningspligt kan findes i bilag 3).

Forældre spiller en afgørende rolle i alment forebyggende indsatser i forhold til at være inddraget og medansvarlige for deres barns trivsel og udvikling i dagligdagen. De fagprofessionelle bør have fokus på handlemuligheder for forældre og barnet/den unge selv, så de motiveres og gives mulighed for egenmestring indtil relevant indsats iværksættes eller samtidigt med denne.

Der vil imidlertid også være børn og unge, som har tegn på psykisk lidelse og derfor har behov for en mere indgribende foranstaltning/indsats, på trods af, at der er sat tidligt ind med forebyggende indsatser overfor mistrivsel. Derved er der forskel på generel mistrivsel og forstadie til psykisk lidelse.



# 4 MÅLGRUPPE

## 4.1 AFGRÆNSNING AF MÅLGRUPPEN

Dette forløbsprogram retter sig mod børn og unge under 18 år, som viser tegn på, eller som har fået diagnosen 'Hyperkinetisk forstyrrelse' (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 omhandler også børn og unge, hvor der identificeres mistrivsel eller adfærdsproblemer af en vis varighed, og som kan give mistanke om, at barnet har ADHD. Denne bredde i målgruppen er valgt med en forventning om, at tidlig og rettidig indsats kan være med til at forebygge forværring af symptomer samt forebygge behovet for psykiatrisk udredning. Forløbsprogrammet har ikke en aldersmæssig nedre afgrænsning og omfatter dermed børn helt ned til spædbarnsalderen, hvor der naturligt ikke kan eller bør stilles en diagnose.

## 4.2 SYMPTOMER OG KARAKTERISTIKA

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 til en skærpet faglig opmærksomhed hos de centrale personer, der er sammen med barnet/den unge til hverdag<sup>4</sup>. Målgruppen udledes

således på baggrund af det samlede symptombillede, risikovurderingen (herunder barnets miljø), funktionsevneniveauet og den udviste adfærd, som giver anledning til mistrivsel og/eller mistanke om udviklingsforstyrrelse. Her skal der være opmærksomhed på, at symptomerne kan komme forskelligt til udtryk imellem drenge og piger.

ADHD er en udviklingsforstyrrelse, 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 gå op og ned, afhængigt af livsvilkår og kontekst. Forskning har vist, at der på særlige områder ses en forsinkelse i den neurobiologiske modning hos personer med ADHD (Shaw et al., 2007). Disse områder er involveret i opmærksomhedsstyring, planlægningsevne og andre kognitive kontrolprocesser, der hjælper med at målrette tanke og handling.

Ofte vil børn og unge med ADHD i løbet af opvæksten udvikle symptomer svarende til en eller flere andre psykiske lidelser (Jensen & Steinhausen, 2015). Baggrunden for at ADHD ofte sameksisterer med andre psykiske lidelser skyldes dels, at de forhold, der øger risikoen for at et barn udvikler ADHD (bl.a. gener, fødselskomplikationer mv.), også øger risikoen for andre udviklingsforstyrrelser (fx autisme spektrum forstyrrelse, specifikke indlæringsvanskeligheder og generel udviklingshæmning) og dels, at børn og unge med ADHD, grundet stress og belastning, kan udvikle andre psykiske lidelser på længere sigt (fx belastningsreaktioner, angst, stof- og alkoholmisbrug) (Thapar et al., 2013). Forskning peger på, at børn, selv i en ung alder,

4 Se bilag 5 for en liste over hyppigt forekommende symptomer på ADHD og se bilag 7 for tidlige tegn og adfærd som kan være relateret til ADHD.



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 væsentligheden af 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 adfærdsforstyrrelser 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 for Forebyggelse, 2014). Derudover bemærkes det, at ADHD også kan sameksistere med fysiske lidelser såsom søvnforstyrrelser, astma, allergi og diabetes, som yderligere kan komplicere barnets/den unges livssituation (Muskens, Velders & Staal, 2017).

Denne viden om, at både symptomer på ADHD og at neurobiologiske og neuropsykologiske afvigelser kan vare ved ind i voksenlivet, bør indtænkes i forhold til 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. Bl.a. vil det for nogle unge med ADHD betyde, at der kan være behov for mere støtte i dagligdagen, herunder støtte til at mestre hverdagslivet, 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, fx i forvaltning af økonomi, skolevalg, behandling mv.

## 4.3 DEMOGRAFI

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 Sundhedsdatastyrelsen viser, at forekomsten af ADHD blandt børn og unge (0-18 år) er steget væsentligt over en tiårig periode, således at forekomsten i 2016 var 25.029 diagnosticerede børn og unge, mens det tilsvarende tal for 2006 var 7.186 diagnosticerede børn og unge (prævalens). Alene i 2016 var der 4.128 nye tilfælde af børn og unge, der fik diagnosen ADHD. Til sammenligning var der i 2006 2.313 nye tilfælde af børn og unge, der blev diagnosticeret med ADHD (incidens)<sup>5</sup>.

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 børne- og ungdomspsykiatrien (Regeringens Udvalg om Psykiatri, 2013). Det bemærkes, at der generelt er sket en stigning i antallet af børn og unge der henvises og diagnosticeres med psykiske lidelser, f.eks. autisme spektrum forstyrrelse, i psykiatrien (Jensen, Steinhausen, Lauritsen, 2014, Pedersen et al. 2014). 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

<sup>5</sup> Se bilagspublikation *Prævalens, incidens og aktivitet i sundhedsvæsenet for børn og unge med angst eller depression, ADHD og spiseforstyrrelser*



diagnosesystemer er det vanskeligt at konkludere på konkrete forskelle fra land til land (Rockwool Fondens Forskningsenhed, 2014; Atladottir et al., 2015). Andelen af børn i Danmark, der modtager ADHD-medicin, er således 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 udgør den største andel børn i behandling med henholdsvis 34 og 30 pr. 1.000 drenge (Sundhedsdatastyrelsen, 2016).

Undersøgelser peger på, at funktionsevnesnedsættelse 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 begår kriminalitet (Daley et al., 2014). Hvis ADHD opdages tidligt, og der igangsættes relevant indsats, er der gode muligheder for at mindske vanskelighederne ved ADHD. Fx viser danske undersøgelser af methylphenidat-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).







# 5 SAMARBEJDE OG KOORDINATION

## Det anbefales

- at indsatserne i barnets/den unges forløb er **samtidige og koordinerede** mellem sektorerne ud fra barnets/den unges behov
- at der foreligger **lokale aftaler** om, hvordan barnets/den unges forløb koordineres i et integreret og tværfagligt samarbejde mellem sektorerne såvel som internt i sektorerne
- at barnet/den unge og familien **aktivt involveres** i udarbejdelse af mål og aftaler, og at de fagprofessionelle løbende orienterer om forløbet
- at der foreligger lokale aftaler omkring **rådgivning fra børne- og ungdomspsykiatrien** til kommunen samt for samarbejdet mellem kommunen og børne- og ungdomspsykiatrien med henblik på **tilrettelæggelse af indsatsen** for barnet/den unge igennem hele forløbet
- at børne- og ungdomspsykiatrien eller privatpraktiserende speciallæge i børne- og ungdomspsykiatri **etablerer tidlig kontakt** til og sparrer med kommunen, fx via netværksmøde. Kommunen bør tilsvarende løbende holde børne- og ungdomspsykiatrien eller privatpraktiserende speciallæge i børne- og ungdomspsykiatri orienteret, om en social, psykologisk og/eller pædagogisk indsats bliver iværksat
- at der altid tages stilling til og aftales, om der skal udpeges en **ansvarlig kontaktperson** blandt de involverede fagprofessionelle i hver sektor og internt i sektorerne med henblik på at varetage en koordinerende rolle
- at **overgangen** fra ung til voksen **planlægges** og koordineres ud fra en individuel vurdering



## 5.1 PLANLÆGNING AF FORLØB

Indsatsen for børn og unge med ADHD 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 samt privatpraktiserende speciallæge i børne- og ungdomspsykiatri<sup>6</sup> eller børne- og ungdomspsykiatrien<sup>7</sup> samtidig. Børn og unge bør tilbydes den indsats, der med mindst indgriben kan opnå det ønskede formål, og nogle børn og unge kan have behov for en mere intensiv indsats end andre med samme lidelse/vanskelighed. Derfor anbefales det at anvende graduerede indsatser i tilrettelæggelsen i kommuner og regioner (se også kap. 6.1 om graduerede indsatser).

De graduerede indsatser baseres på faglige anbefalinger, evidens og dokumentation, og det er ligeledes afgørende for kvaliteten, at de udføres af personale med de fornødne kvalifikationer og kompetencer.

Forældre spiller en afgørende rolle i barnets/den unges forløb. Ikke blot som forældre, der kan reagere på bekymringer for deres barn, men også som deltagere i barnets/den unges udvikling og trivsel. Derfor er det vigtigt, at de fagprofessionelle løbende involverer og informerer forældrene i planlægningen af forløbet. Barnet/den

unge skal også inddrages når og på den måde, det er relevant, da barnet/den unge ofte selv er den bedste til at beskrive symptomerne. Medinddragelse af forældrene og barnet/den unge har desuden stor betydning for at sikre medejerskab og motivation for indsatsen.

## 5.2 FÆLLES MÅLSÆTNINGER

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). Målsætningerne bør 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. Målsætningerne bør således være styrende for den samlede indsats på tværs af social-, sundheds-, uddannelses- og beskæftigelsesområdet.

Fagprofessionelle i det tværfaglige samarbejde bør koordinere indsatserne og aftale opgavefordelingen og kommunikationen ud fra målsætningerne (Sundhedsstyrelsen, 2011). Dette forudsætter, at de involverede fagprofessionelle har en fælles (tværfaglig) forståelsesramme, hvilket involverer en ensartet fortolkning/forståelse af målsætninger og begreber på tværs af fagområder. En fælles forståelsesramme for målsætningerne skaber en fælles forståelse af forløbet. Det øger desuden muligheden for sammenhæng i forløbet, når parterne har viden om indsatser og organisering i de øvrige sektorer og/eller forvaltninger. Udover denne viden 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

6 I nogle tilfælde vil privatpraktiserende speciallæger i pædiatri ligeledes kunne varetage de opgaver, som privatpraktiserende speciallæger i børne- og ungdomspsykiatri udfører, når der er indgået særlige aftaler mellem regionen og de privatpraktiserende pædiatere herom.

7 Børne- og ungdomspsykiatrien omfatter både stationære og ambulante funktioner, der er forankret på regionernes sygehuse. Private hospitaler og klinikker, der er godkendte til hovedfunktionsniveau, er også omfattet af betegnelsen børne- og ungdomspsykiatri. Privatpraktiserende speciallæger i børne- og ungdomspsykiatri nævnes eksplicit relevante steder i teksten.



borgers forløb, således også for børn og unge (se bilag 4 for en oversigt). Børn og unge med ADHD kan have flere sideløbende handleplaner, men disse bør koordineres.

### 5.3 FORLØB MED SAMTIDIGE OG KOORDINEREDE INDSATSER

Det enkelte barn/den unge har ofte behov for indsatser i forskellige sektorer samtidigt med hinanden undervejs i forløbet. Den rette kombination af indsatser bør derfor tage udgangspunkt i målsætningerne for 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 undervejs i forløbet. I forløb med samtidige indsatser, som op- eller nedskaleres undervejs alt efter barnet/den unges behov, kan ansvarsfordelingen mellem børne- og ungdomspsykiatrien, privatpraktiserende speciallæge i børne- og ungdomspsykiatri, almen praksis og kommune variere. Derfor er der løbende behov for, at fagprofessionelle koordinerer forløbet mellem sektorerne såvel som inden for hver sektor. Samarbejdet skal finde sted under forudsætning af samtykke fra barnets forældre/den unge om videregivelse af oplysninger.

Det er væsentligt for samarbejdet og koordineringen, at der etableres kontakt mellem de involverede aktører så tidligt som muligt i forløbet, herunder at aktørerne ved, hvem de kan tage kontakt til i den videre kommunikation. Det anbefales således, at der altid tages stilling til og aftales, om der skal udpeges kontaktpersoner på hvert indsatstrin og i de sektorer, der er involveret i indsatsen. Kontaktpersonerne kan med fordel udpeges blandt de fagprofessionelle, der allerede er involveret i den konkrete indsats. Kontaktpersonen kan varetage en koordinerende rolle og eksempelvis have ansvar for at sikre, at der er tilstrækkelig progression i forløbet ved at

indkalde til drøftelse om ændringer/tilpasninger af indsatser, hvis den forventede udvikling ikke finder sted. Den ansvarlige kontaktperson kan desuden have særligt fokus på kommunikation ved overgange mellem aktører og indsatstrin, både når aktører påbegynder og afslutter en indsats, og når barnet evt. returnerer til tidligere indsatstrin. Kontaktpersonen kan desuden have ansvar for at videreformidle en faglig vurdering af, hvornår barnet skal afsluttes og indsatser stoppes. Det bør beskrives lokalt, hvordan den ansvarlige kontaktperson udpeges og kontaktes, og hvilke fagprofessionelle der hensigtsmæssigt kan varetage denne opgave i både børne- og ungdomspsykiatrien og kommune, og hvordan kontakten sker.

Det er væsentligt, at der undervejs i forløbet er mulighed for gensidig sparring parterne imellem, og at de forskellige fagprofessionelles viden sættes i spil i forhold til at tilrettelægge den rette indsats for barnet/den unge. Kommunen og almen praksis bør have mulighed for at rådspørge børne- og ungdomspsykiatrien ved behov, også i de tilfælde hvor henvisning til børne- og ungdomspsykiatrien ikke er nødvendig<sup>8</sup>. Det anbefales, at der laves lokale aftaler om dette. Det kan eksempelvis være ved tvivlsspørgsmål, om et barn/en ung bør henvises til børne- og ungdomspsykiatrien. Det kan også dreje sig om sparring, fx i forhold til en faglig vurdering, en børneundersøgelse eller en undersøgelse i almen praksis. Rådgivningen kan organiseres og finde sted på forskellige måder enten fysisk, telefonisk eller digitalt. Omhandler rådgivningen et konkret forløb, skal der altid indhentes samtykke til udveksling af oplysninger fra barnets forældre/den unge forinden rådgivningen finder sted.

<sup>8</sup> Børne- og ungdomspsykiatrien kan tilbyde rådgivning til kommunale fagprofessionelle, fx via kontaktpersoner i børne- og ungdomspsykiatrien eller faste netværksmøder/fora, jf. forebyggelsesforpligtelsen i Sundhedslovens § 119, stk. 3, bilag 3



Hvis kommunen vurderer, at der er grundlag for at tilbyde kommunale indsatser eller justering af allerede igangsatte indsatser, begynder kommunen sagsbehandlingen. Dette vil oftest ske ved, at kommunen træffer afgørelse om at iværksætte en børnefaglig undersøgelse. Sagsbehandlingen foregår ofte samtidigt med, at den børne- og ungdomspsykiatriske udredning og behandling finder sted. Kommunen bør holde børne- og ungdomspsykiatrien eller privatpraktiserende speciallæge i børne- og ungdomspsykiatri orienteret om, hvornår en social, psykologisk og/eller pædagogisk indsats forventes at kunne iværksættes.

Der kan opstå behov for justeringer af indsatser undervejs i forløbet. Vurderer børne- og ungdomspsykiatrien eller privatpraktiserende speciallæge i børne- og ungdomspsykiatri, at barnet/den unge enten har eller kan få behov for andre kommunale indsatser, bør børne- og ungdomspsykiatrien eller privatpraktiserende speciallæge i børne- og ungdomspsykiatri så tidligt som muligt orientere kommunen om ændringer eller fremsende relevante oplysninger og vurderinger med relevans for forløbet. Kommunen træffer, på baggrund af tilbagemeldingen samt en individuel vurdering af barnet/den unges behov, beslutning om, hvorvidt der er behov for at justere en allerede foranstaltet indsats og/eller at iværksætte nye indsatser. Hvis kommunen har behov for rådgivning og vejledning vedr. specialundervisning og specialpædagogiske problemstillinger, kan VISO kontaktes<sup>9</sup>.

Er barnet/den unge udredt og modtager derpå behandling i børne- og ungdomspsykiatrien eller ved privatpraktiserende speciallæge i børne- og ungdomspsykiatri, er samarbejde mellem kommune, almen praksis og børne- og ungdomspsykiatri eller privatpraktiserende speciallæge i børne- og ungdomspsykiatri fortsat vigtigt.

Børne- og ungdomspsykiatrien eller privatpraktiserende speciallæge i børne- og ungdomspsykiatri er ansvarlig for fortsat ambulante psykiatriske 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 også afsnit 5.2 om fælles målsætninger).

I forbindelse med eventuel indlæggelse anbefales det, at børne- og ungdomspsykiatrien etablerer tidlig kontakt til og sparrer med kommunen fx via netværksmøde tidligt efter indlæggelsen. På denne måde kan der udveksles kontaktinformation, forventningsafstemmes i forhold til det videre forløb, laves aftaler om ansvars- og opgavefordelingen mv. tidligt i forløbet. Desuden kan parterne opnå kendskab til hinandens arbejdsgange med henblik på at koordinere de samtidige indsatser. I det omfang, der antages at være behov for at iværksætte særlig støtte efter serviceloven, og der derfor skal udarbejdes en børnefaglig undersøgelse, kan det eksempelvis koordineres, at den børnefaglige undersøgelse udarbejdes sideløbende med indlæggelsen, så den er foretaget inden barnet/den unge udskrives fra børne- og ungdomspsykiatrien. Tidlig kontakt er således væsentlig for en løbende dialog mellem parterne i forhold til ændringer i barnets/den unges behov og indsatser.

## 5.4 OVERGANGE

Hvis der ikke koordineres i overgangen, kan det skabe usammenhængende forløb for børnene/de unge og deres familier, unødigt ventetid, vidensstab mellem de fagprofessionelle, risiko for uklar ansvarsfordeling, mv. Overgange i forløbet kan eksempelvis være fra ungdomsuddannelse til videregående uddannelse, fra børne- og ungdomspsykiatri eller privatpraktiserende speciallæge i børne- og ungdomspsykiatri til egen læge og/eller kommunal indsats, fra børne- og ungdomspsykiatri til voksenpsykiatri mv. Der skal altid indhentes samtykke fra barnets forældre/den unge inden der videregives oplysninger om

<sup>9</sup> VISO er den nationale Videns- og Specialrådgivningsorganisation på det sociale område og på specialundervisningsområdet



forløbet. Skift fra én instans til en anden udgør altid en administrativ og sammenhængsmæssig udfordring, hvorfor overgangene bør planlægges og koordineres ud fra en individuel vurdering.

## OVERGANG FRA BØRNE- OG UNGDOMSPSYKIATRI TIL VOKSENPSYKIATRI

Som udgangspunkt sker overgangen fra børne- og ungdomspsykiatri til voksenpsykiatri, omkring 18-års alderen, med en mindre regional variation<sup>10</sup>. 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.

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

For unge fra cirka 16 år, der fortsat har en psykisk lidelse, bør der tages højde for den videre indsats og overgangen til voksenlivet, så den

unge sikres en god, understøttet overgang til voksenlivet.

## OVERGANG FRA BØRNE- OG UNGDOMSPSYKIATRI TIL KOMMUNE ELLER PRIVATPRAKTISERENDE SPECIALLÆGE I BØRNE- OG UNGDOMSPSYKIATRI

I mange tilfælde vil den unge ikke overgå til voksenpsykiatrien, da den unge i stedet vil overgå til udelukkende kommunale indsatser, der tilrettelægges ud fra den unges aktuelle behov. Ved behov for videreførelse af farmakologisk behandling, vil den videre varetagelse af vedligeholdelsesbehandlingen ofte foregå i regi af almen praksis eller privatpraktiserende speciallæge i børne- og ungdomspsykiatri. Denne overdragelse sker efter aftale mellem børne- og ungdomspsykiatrien og den relevante part<sup>11</sup>, og kan med fordel præciseres i lokale samarbejdsaftaler.

## OVERGANG FRA BARN TIL VOKSEN I KOMMUNALT REGI

Serviceovens børneparagraffer er væsentligt forskellige fra voksenparagrafferne, der som udgangspunkt 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 og forældrene bliver ikke automatisk involveret i sagen. Det indebærer blandt andet, at den hjælp, som kommunen har bevilliget forældrene kan ophøre (afhængigt af hvilken type hjælp, der har været iværksat). Hjælpen er nu målrettet den unge, ligesom alle henvendelser fra kommunen sker direkte til den unge. Hvis den unge vurderes fortsat at have behov for hjælp kan, der fx fortsættes fast kontaktperson for den unge, iværksættes socialpædagogisk bistand eller støtteordninger for den unge til uddannelser, læreplads eller skole fx i

<sup>10</sup> Det fremgår af Sundhedsstyrelsens specialevejledning for børne- og ungdomspsykiatri, at patienter bør varetages i børne- og ungdomspsykiatrien indtil de fylder 18, men at aldersgrænsen i øvrigt er fleksibel og kan tilrettelægges lokalt og eventuelt efter det enkelte barns særlige forhold.

<sup>11</sup> Vejledning om medikamentel behandling af børn og unge med psykiske lidelser, VEJ nr. 9194 af 11/04/2013



form af mentorer, studievejleder, støtte personer på praktikpladsen mv. Forældre spiller fortsat en central rolle, og selvom de ikke automatisk involveres, kan der med fordel arbejdes aktivt på at involvere forældrene i den unges forløb ved overgangen fra ung til voksen, bl.a. med henblik på at støtte den unge i forhold til at overholde møder og behandlingstiltag efter det 18. år.





# 6 GRADUEREREDE INDSATSER OG ORGANISERING

## Det anbefales

- at regioner og kommuner arbejder ud fra en model om graduerede indsatser i forhold til børn og unge, der har ADHD eller tegn på ADHD

### TRIN 1

#### Tidlig indsats

- at kommunen, evt. i samarbejde med almen praksis eller anden relevant kompetence, foretager en faglig vurdering af barnet/den unge og på den baggrund tager stilling til, om barnet/den unge og familien har behov for en kommunal indsats samt igangsætter og varetager indsatsen ved identificeret behov
- at kommunen og evt. almen praksis iværksætter en uddybende vurdering og indsats (trin 2), hvis den iværksatte indsats ikke har den forventede effekt

### TRIN 2

#### Uddybende vurdering og indsats

- at kommunen, evt. i samarbejde med almen praksis eller anden relevant kompetence, foretager en uddybende faglig vurdering og på den baggrund viderefører eller revurderer den socialfaglige, psykologiske og/eller pædagogiske indsats for barnet/den unge.
- at kommunen, almen praksis, mv. henviser til børne- og ungdomspsykiatrien eller privatpraktiserende speciallæge i børne- og ungdomspsykiatri (trin 3), hvis den iværksatte indsats ikke har den forventede effekt

### TRIN 3

#### Udredning, diagnostik og behandling

- at børne- og ungdomspsykiatrien eller privatpraktiserende speciallæge i børne- og ungdomspsykiatri foretager udredning og diagnosticering af barnet/den unge og formidler diagnosens indhold, den iværksatte behandling og resultater til kommunen og forældre

### TRIN 4

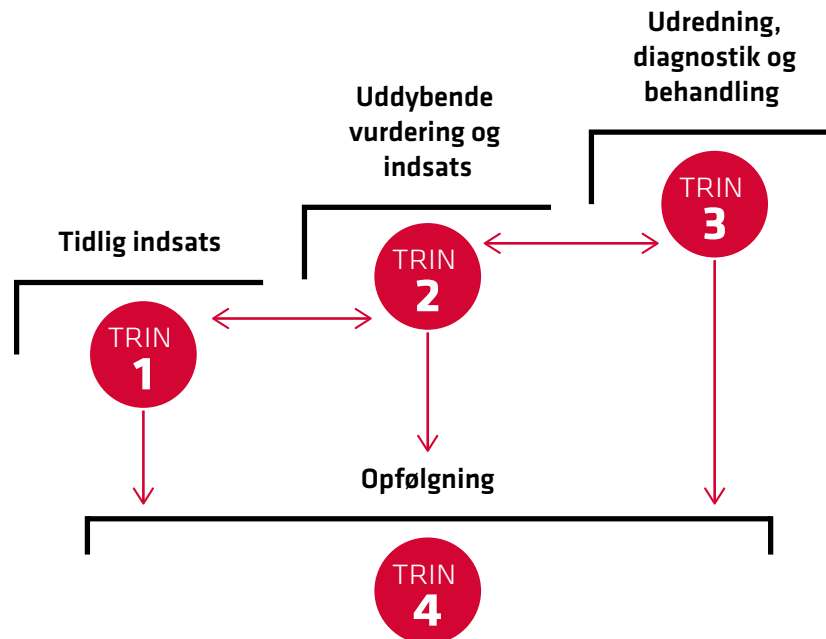
#### Opfølgning

- at kommunen i samarbejde med relevante fagprofessionelle omkring barnet/den unge løbende vurderer barnets/den unges behov for opfølgende indsatser med henblik på at mestre hverdagslivet
- at der indgås aftale mellem børne- og ungdomspsykiatrien og almen praksis eller privatpraktiserende speciallæge i børne- og ungdomspsykiatri om eventuel videreførelse af og opfølgning på farmakologisk behandling





FIGUR 1



## 6.1 MODEL FOR GRADUERET INDSATS

Indsatserne i forløbsprogrammet er beskrevet som graduerede og opdelt på fire trin. På de første tre trin er intensiteten og specialiseringen stigende, mens trin fire omfatter opfølgning. Figur 1 viser en oversigt over indsatsstrinene.

Tilgangen med en gradueret indsats er baseret på antagelsen om, at nogle børn og unge med psykiske lidelser eller tegn på psykiske lidelser har behov for mindre indgribende indsatser, mens andre har behov for mere omfattende indsatser, ligesom nogle børn har behov for begge dele, men på forskellige tidspunkter. Uanset hvilket indsatstrin barnet/den unge befinder sig på, skal barnets/den unges behov vurderes, og indsatsen skal tilrettelægges herefter – både i region og kommune. Barnet/den unge skal tilbydes hjælp og støtte foreneligt med barnets/den unges problematikker – også selvom barnet/den unge ikke er diagnosticeret.

Indsatsen er afhængig af, at de personer der er omkring barnet reagerer. Det er altid vigtigt at vurdere, om indsatsen er den rigtige ud fra de observationer, de fagprofessionelle eller forældre gør sig, da observationer og vurderinger

danner udgangspunkt for indsatsstrinnet. Det skal altid vurderes med korte intervaller, om en indsats har den fornødne effekt. En indsats kan ændres, hvis det observeres og vurderes, at indsatsen ikke virker, og det deraf er nødvendigt at ændre indsatsen og/eller henvise til videre behandling.

Børne- og ungdomspsykiatrien kan tilbyde rådgivning og vejledning til kommuner/almen praksis ved tvivlsspørgsmål om barnets/den unges forløb og/eller behov for indsatser, herunder hvorvidt barnet/den unge skal henvises til udredning og behandling i børne- og ungdomspsykiatrien eller ved privatpraktiserende speciallæge i børne- og ungdomspsykiatri. I det følgende gennemgås de fire trin med anførelse af hvilke overordnede aktører, der er involveret.

Dette forløbsprogram opererer således med fire indsatstrin, mens der i kommunalt regi ofte arbejdes med tre forskellige typer af indsatser alt efter hvilke problemstillinger, de retter sig imod. Afhængigt af behovet, kan indsatsen rette sig mod henholdsvis alle børn og unge (alment forebyggende indsats), en afgrænset gruppe af børn og unge (foregribende indsats) eller enkelte børn og unge (indgribende indsats). Det bør altid være barnets/den unges behov, der afgør, hvilken



indsats der sættes i værk. På den måde kan der være tale om kommunale indsatser, som i skolen er af indgribende karakter, men som i forhold til familien er af foregribende karakter.

Kommunen visiterer til indsatser på baggrund af en individuel vurdering af barnets/den unges og familiens behov, og indsatserne kan målrettes følgende områder:

- Familien og barnet/den unge
- Dagtilbud
- Skole/uddannelse
- Fritidsområde
- Hverdagsmestring

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

## 6.2 TIDLIG INDSATS (TRIN 1)



Indsatsen på dette trin tilbydes typisk i kommunen og vil primært bestå af brede og kortvarige indsatser tæt på barnets/den unges dagligdag hjemme, og/eller i dagtilbuddet og/eller i skolen.

Formålet med de kommunale indsatser er primært at vurdere særlige udfordringer med henblik på at afhjælpe vanskelighederne hos en risikogruppe, hvor vanskelighederne kan være relateret til ADHD. Her bør der være fokus på, om forældre og fagpersoner kan håndtere de vanskeligheder, som barnet/den unge måtte have, fx skolefaglige og/eller sociale problemer i skolen, indlæringsvanskeligheder, skilsmisse, psykisk lidelse hos forældrene mv.

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 dagtilbuddet og/eller i skolen. Når

bekymringen for barnets/den unges udvikling og trivsel er opstået, bør barnet/den unge vurderes hos eksempelvis PPR<sup>12</sup> eller anden funktion med kompetence til at afdække mulige symptomer og vanskeligheder hos barnet. Hvis barnet/den unge ses i almen praksis, bør den praktiserende læge efter konkret undersøgelse og vurdering tage stilling til, om der skal rettes henvendelse til kommunen med henblik på vurdering (Sundhedsstyrelsen, 2016). Almen praksis kan foretage en underretning jf. fagpersoners skærpede underretningspligt<sup>13</sup>.

## FAGLIGE INDSATSER

Vanskeligheder relateret til ADHD opstår eller udvikler sig ofte grundet mange faktorer. Derfor er det afgørende, at indsatsen foregår ud fra en faglig vurdering af de mange samtidige faktorer. Når kommunen eller almen praksis registrerer, at et barn eller en ung er i risiko for at have problemstillinger relateret til ADHD, bør der foretages en faglig vurdering af de forskellige faktorer med henblik på at afdække barnets/den unges behov for indsatser og målrette forløbet.

Nogle børn/unge kan have behov for en hurtig indsats. Når man har fået kendskab til, at et barn eller en ung har behov for særlig støtte, bør der derfor foretages en indledende vurdering af problemerne og en stillingtagen til, om problemerne kan afhjælpes med en tidlig indsats (forebyggende støtte)<sup>14</sup>. Såfremt det vurderes, at problemerne kan afhjælpes med en tidlig indsats, skal det besluttes, hvilken type af indsats, der skal iværksættes og forløbet planlægges jf. kapitel 5.

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

13 Serviceloven § 153, se bilag 3

14 En hurtig indsats kan ydes efter Serviceloven § 11, stk. 3, som muliggør en tidlig, målrettet indsats over for børn og unge med behov for særlig støtte (se bilag 3).



Hos nogle børn kan der være behov for en faglig vurdering, hvor der ses på barnets hele situation, før den rette indsats kan tilrettelægges. I denne vurdering kan der med fordel indhentes informationer fra barnet selv, forældre, institution, skole og andre aktører ved behov, herunder faktorer vedrørende fysisk og mental sundhed, læring og deltagelse i skolen, sociale relationer (fx skole, fritid, nærmiljø), familieforhold (fx ressourcer, bolig, netværk), forældrenes rolle i forhold til omsorg og støtte/vejledning. Det anbefales, at vurderingen udføres af psykologer med viden om symptomer, funktion og adfærd, eller andre fagprofessionelle med inddragelse af psykologiske kompetencer samt øvrige relevante kommunale fagprofessionelle, herunder sundhedsplejersker, fysio- eller ergoterapeuter, talepædagoger, socialpædagoger, socialrådgivere, mv. Eventuel undersøgelse ved almen praksis eller ved privatpraktiserende speciallæge i pædiatri kan inddrages i den faglige vurdering under forudsætning af samtykke om videregivelse af oplysninger.

Der vil ofte være behov for en børnefaglig undersøgelse<sup>15</sup>, hvor der ses på barnets behov for støtte ud fra barnets/den unges udvikling og adfærd, familieforhold, skoleforhold, sundhedsforhold, fritidsforhold, venskaber og andre relevante forhold, i det omfang det er nødvendigt for at belyse barnets forhold.

Der findes ikke et enkelt redskab til at vurdere barnet/den unge i forhold til tegn på ADHD, og derfor kræver det information fra flere kilder. Desuden er det 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 stigmatisering mv. (Grønlie et al., 2016), hvorfor undersøgelse kun foretages ved en begrundet mistanke. Metoden ICS eller

ICF-CY<sup>16</sup> kan anvendes i forhold til at vurdere barnet/den unge på både individniveau og i relation til familien/omgivelserne og bidrager dermed til at få et overblik over barnets/den unges hele situation. Derudover kan der anvendes validerede vurderingsværktøjer, fx SDQ<sup>17</sup>, 5-15 (FTF)<sup>18</sup> og CBCL, som alle er brede undersøgelser af barnet/den unge, der kan give en indikation af typen af barnets/den unges vanskeligheder samt sværhedsgraden heraf. Redskaberne er anvendelige som et fælles fagligt og sprogligt udgangspunkt, når der samarbejdes om barnet/den unge på tværs af faggrupper og sektorer.

På baggrund af den faglige vurdering vurderes familiens og barnets behov for støtte, og en eventuel indsats igangsættes og målrettes barnets/den unges og familiens vanskeligheder. Relevante kommunale parter (PPR-funktion, sundhedsplejerske, fysio- og ergoterapeuter, socialrådgivere, mv.) støtter således forældre, lærere og pædagoger i den videre håndtering af barnets/den unges vanskeligheder, fx ved konsultativ bistand. 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.

Ud fra vurderingen aftaler de involverede fagprofessionelle indsats og tidsperspektiv. Den socialfaglige, psykologiske og/eller pædagogiske indsats kan både være bredt tilrettelagt og

16 <https://socialstyrelsen.dk/tvaergaende-omrader/sagsbehandling-born-og-unge/ics/om-ics>, <http://www.who.int/classifications/icf/en/>, <http://www.marselisborgcentret.dk/icf/>, [http://www.marselisborgcentret.dk/fileadmin/filer/Publikationer/PDF\\_er/ICF\\_vejledning\\_revideret\\_101013.pdf](http://www.marselisborgcentret.dk/fileadmin/filer/Publikationer/PDF_er/ICF_vejledning_revideret_101013.pdf)

17 <http://sdq-dawba.dk/>

18 <http://www.dp.dk/decentrale-enheder/dansk-psykolog-forenings-selskab-for-bor-neneuropsykologi/wp-content/uploads/sites/29/2016/04/5-15-DANSK-MANUAL.pdf>

15 Serviceloven § 50, se bilag 3.



måltrettet både familien og omgivelserne, og den kan være mere individuel tilrettelagt og primært være måltrettet barnet/den unge selv<sup>19</sup>.

## VIDERE HENVISNING

Som udgangspunkt henvises der ikke til børne- og ungdomspsykiatrien eller privatpraktiserende speciallæge i børne- og ungdomspsykiatri (trin 3) fra dette trin, men i tilfælde hvor barnet/den unge har svære symptomer og væsentligt nedsat funktionsevneniveau, kan det være nødvendigt at foretage videre henvisning til børne- og ungdomspsykiatrien eller privatpraktiserende speciallæge i børne- og ungdomspsykiatri tidligt i forløbet. Barnet kan henvises til børne- og ungdomspsykiatrien fra kommunen, almen praksis, praksissektoren eller sygehusafdeling.

Der bør således arbejdes med socialfaglige, psykologiske og/eller pædagogiske indsatser, før der overvejes henvisning til børne- og ungdomspsykiatrien eller privatpraktiserende speciallæge i børne- og ungdomspsykiatri.

## 6.3 UDDYBENDE VURDERING OG INDSATS (TRIN 2)



Indsatserne på dette trin tilbydes som den tidlige indsats også typisk af og i kommunen og vil primært bestå af målrettede og eventuelt længerevarende indsatser tæt på barnets/den unges dagligdag hjemme, og/eller i dagtilbuddet og/eller i skolen. Tidligere iværksatte indsatser fortsættes, hvis der fortsat er behov.

Formålet er at iværksætte indsatser rettet mod barnet/den unge og støtte forældrene i håndteringen af udfordringer, samt at understøtte barnet/den unge i at fungere i hverdagen.

Målgruppen er børn og unge, der fortsat har udfordringer og som har mange ADHD-lignende symptomer og nedsat funktionsevneniveau.

## FAGLIGE INDSATSER

Det anbefales, at psykologer eller lignende kompetence med viden om symptomer, funktion og adfærd, med inddragelse af øvrige relevante kommunale fagprofessionelle og/eller almen praksis vurderer barnets behov ved at foretage en uddybende vurdering af særlige opmærksomhedspunkter for målgruppen vedrørende symptombilledet og det kognitive niveau. De fagprofessionelle, der involveres i den uddybende vurdering, bør have et kendskab til ADHD hos børn og unge. Der vil ofte være behov for en børnefaglig undersøgelse for at sikre, at eventuelle belastninger identificeres og håndteres, og at barnet og familien støttes tilstrækkeligt.

Den uddybende vurdering bør foretages ud fra tidligere beskrevne principper med udgangspunkt i indhentning af information fra barnet/den unge selv, forældre, samt andre aktører ved behov. De validerede vurderingsværktøjer, der anvendes i den tidlige indsats (SDQ, 5-15 (FTF), CBCL), kan ligeledes anvendes her samt et mere ADHD-specifikt spørgeskema som fx ADHD-RS, som også kan give en indikation af symptomernes belastningsgrad. Som en del af vurderingen kan det også beskrives, hvilke indsatser der allerede er givet i forhold til barnets/den unges problematik, og hvilken effekt disse har haft. Den fagprofessionelle, der udfører den uddybende faglige vurdering, bør formidle resultater og rådgive fagprofessionelle tæt på barnet/den unge i at omsætte resultaterne til praksis og i at håndtere barnets/den unges vanskeligheder.

På baggrund af den uddybende faglige vurdering videreføres eller revurderes den socialfaglige, psykologiske og/eller pædagogiske indsats for

<sup>19</sup> For mere om kommunale indsatser til børn og unge med ADHD eller tegn på ADHD, se Socialstyrelsen, 2017.



barnet/den unge. På baggrund af den uddybende vurdering kan der være grundlag for evt. afgørelse om foranstaltninger. Iværksættes der en foranstaltning, skal der udarbejdes en handleplan<sup>20</sup>.

Forældre, lærere, pædagoger, socialrådgivere og andre omkring barnet er vigtige i forhold til at understøtte indsatsen, som barnet/den unge også selv typisk inddrages i.

## VIDERE HENVISNING

Det anbefales, at der forud for en henvisning til børne- og ungdomspsykiatrien eller privatpraktiserende speciallæge i børne- og ungdomspsykiatri, indledes med familierettede og social- eller specialpædagogiske indsatser hos barnet/den unge og de omgivende voksne, samtidig med at der kan indhentes råd og vejledning hos fagprofessionelle med viden om børn og unge med særlige behov. Hvis barnet/den unge stadig ikke oplever tilstrækkelig gavn af indsatsen og fortsat har nedsat funktionsevneniveau, svære symptomer og/eller er i alvorlig mistrovsel, er det hensigtsmæssigt at henvise barnet/den unge til udredning og behandling i børne- og ungdomspsykiatrien eller ved privatpraktiserende speciallæge i børne- og ungdomspsykiatri. Hvis barnet/den unge henvises fra almen praksis til børne- og ungdomspsykiatrien, bør der forinden henvisning være foretaget en kognitiv vurdering af barnet/den unge (Sundhedsstyrelsen, 2016). Som udgangspunkt bør der også ved behov foreligge en kognitiv vurdering ved henvisning fra kommunalt regi. Der bør foreligge lokale aftaler om, i hvilke tilfælde vurderingen skal foreligge.

## 6.4 UDREDNING, DIAGNOSTIK OG BEHANDLING (TRIN 3)



Indsatserne på dette trin foregår både i regionalt og kommunalt regi og ofte samtidigt. Indsatserne omhandler primært børne- og ungdomspsykiatrisk udredning, diagnosticering og behandling sideløbende med indsatser i kommunen. Tidligere iværksatte kommunale indsatser fortsættes, hvis der fortsat er behov. Aktører er fagprofessionelle i børne- og ungdomspsykiatrien eller privatpraktiserende speciallæge i børne- og ungdomspsykiatri samt fagprofessionelle i kommunerne.

Formål med indsatsen på dette trin er, at barnet/den unge tilbydes udredning og behandling svarende til barnets/den unges vanskeligheder, symptombillede og funktionsevnenedsættelse.

Som udgangspunkt er de beskrevne indsatser på de to foregående insatstrin gennemført og/eller afprøvet uden tilstrækkelig effekt, og skal medtænkes som indsatser, der fortsat er relevante i et udvidet og intensiveret omfang. For nogle børn/unge kan det dog være nødvendigt at starte indsatsen på dette trin, hvis det fagligt vurderes, at lidelsen allerede har en sværhedsgrad, der kræver indsats på dette trin.

### FAGLIGE INDSATSER

I børne- og ungdomspsykiatrien eller ved privatpraktiserende speciallæge i børne- og ungdomspsykiatri vurderer den behandlingsansvarlige speciallæge, hvem der forestår udredning og behandling af barnet/den unge. Udredningen kan eksempelvis foretages af speciallæger eller fagprofessionelle med specialpsykologiske kompetencer under inddragelse af andre relevante fagprofessionelle repræsenteret i børne- og ungdomspsykiatrien, såsom sygeplejersker og pædagoger. Desuden er forældre,

<sup>20</sup> Der kan iværksættes foranstaltninger efter Serviceloven § 52 og i så fald udarbejdes der en handleplan efter Serviceloven § 140 (se bilag 3)



lærere, AKT-lærere<sup>21</sup> og lignende fortsat vigtige i forhold til at indgå i en koordineret indsats, og barnet/den unge er altid inddraget.

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 funktionsevnededsættelse. Udredningen bør også vurdere tilstedeværelsen af samtidige psykiske og somatiske tilstande og indlæringsvanskeligheder.

Elementer i en standardudredning er klinisk interview med anamnese, standardiserede rating scales eller spørgeskemaer, indhentning af oplysninger om og eventuel observation af barnets dagligdag, lægelig somatisk undersøgelse samt supplerende psykologiske undersøgelser<sup>22</sup>. Den behandlingsansvarlige speciallæge vurderer, om det er relevant at foretage alle ovenstående elementer, eller om tidligere undersøgelser foretaget i kommunen eller almen praksis kan genanvendes i udredningen af barnet/den unge.

Elementerne i udredningen danner baggrund for, at der kan stilles en eventuel diagnose. Diagno-

sticering vil dermed være en del af udredningen for nogle børn og unge.

## NON-FARMAKOLOGISK INDSATS I BØRNE- OG UNGDOMSPSYKIATRIEN

Behandlingen i børne- og ungdomspsykiatrien eller ved privatpraktiserende speciallæge i børne- og ungdomspsykiatri inkluderer både non-farmakologiske og farmakologiske indsatser og tilpasses barnets/den unges alder og udviklingsniveau. Formålet med behandlingen er at afhjælpe barnets/den unges symptomer samt give barnet/den unge, forældre og netværket viden om vanskelighedernes karakter, og hvordan de daglige udfordringer kan håndteres. Desuden bidrager børne- og ungdomspsykiatrien eller privatpraktiserende speciallæge i børne- og ungdomspsykiatri med vejledning og støtte til, at barnet/den unge og familien kan videreføres i kommunalt regi.

Generelt er det vigtigt, at den fagprofessionelle/ behandleren baserer beslutningen om indsats på graden af barnets/den unges belastning af kernesymptomer, eventuel samtidig sygdomme og vanskeligheder samt funktionsevnededsættelse (Sundhedsstyrelsen, 2014). Eksempelvis anbefales det at begynde behandlingen med ikke-farmakologiske indsatser hos børn med mindre grad af funktionsevnededsættelse. Børn og unge med sværere funktionsnedsættelse kan desuden efter en faglig vurdering have gavn af tillæg af farmakologisk behandling (Sundhedsstyrelsen, 2014).

Den non-farmakologiske behandling kan 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 til barnet/den unge og forældre ud fra individuelle behov, social færdighedstræning, deltagelse i psykoedukative/støttende forældre- eller patientgrupper, pårørendesamtaler. Desuden foretages koordination med samarbejdspartnere, herunder afholdelse af netværksmøde, løbende vurdering

---

21 AKT står for: Adfærd, Kontakt og Trivsel. De fleste skoler har en AKT-lærer/vejleder, og nogle kommuner har derudover ansat en AKT-konsulent. Generelt er AKT-vejlederen skolens ressourceperson på områder, der vedrører elevernes trivsel og psykiske undervisningsmiljø.

22 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).



af symptomerne og funktionsevnenedsættelsens sværhedsgrad, mistrivelsesforebyggelse og afsluttende samtale, såfremt barnet/den unge ikke fortsat skal følges på grund af fortsat farmakologisk behandling af ADHD eller behandling af andre lidelser (Sundhedsstyrelsen, 2014; Danske Regioner, 2015).

## FARMAKOLOGISK INDSATS I BØRNE- OG UNGDOMSPSYKIATRIEN

Generelt anbefales det, at der kun igangsættes farmakologisk behandling efter en grundig udredning, ligesom farmakologiske tiltag kun bør anvendes som en del af et mere omfattende behandlingsprogram, der også inkluderer psykologiske, sociale og pædagogiske tiltag (Sundhedsstyrelsen, 2014). Farmakologisk behandling med relevant præparat har vist moderat effekt på kernesymptomer for ADHD for børn og unge fra 6-17 år (Sundhedsstyrelsen, 2014; Rådet for Anvendelse af Dyr Sygehusmedicin, 2016). Der er ikke vist sikker effekt af medicinsk behandling af ADHD hos børn under 6 år, men til gengæld flere moderate til svære bivirkninger. Farmakologisk behandling af børn under 6 år er en højt specialiseret funktion og må således kun udføres på de i specialeplanen godkende afdelinger (Sundhedsstyrelsen, 2017).

Der er ikke tilstrækkelig dokumentation for klinisk relevante forskelle i effekt i forhold til reduktion af kernesymptomer for ADHD mellem relevante præparater (methylphenidat, atomoxetin og lisdexamfetamin) (Sundhedsstyrelsen, 2014). 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, misbrugspotentialer og bivirkningsprofil.

Er der stillet en ADHD-diagnose i børne- og ungdomspsykiatrisk regi bør resultater og vurdering af sværhedsgrad formidles til familie og netværk, herunder beskrivelse af barnets/den unges tilstand; hvad fejler barnet/den unge, hvad betyder diagnosen for barnet/den unge, og hvilken behandling understøtter børne- og ungdomspsykiatrien eller privatpraktiserende

speciallæge i børne- og ungdomspsykiatri barnet/den unge (og eventuelt de pårørende) med<sup>23</sup>. Denne vurdering indgår i kommunernes vurdering af, om pædagogiske, psykologiske eller andre eventuelle understøttende indsatser skal iværksættes eller tilpasses. Kommunernes visitation sker på baggrund af en individuel vurdering af barnets/den unges støttebehov og miljø, hvor børne- og ungdomspsykiatriens beskrivelser af barnets problematik bør indgå som led i tilrettelæggelsen af indsatser. Ofte vil det være relevant at fortsætte igangværende indsatser i kommunen. Derudover er det vigtigt at vedligeholde kommunikationen mellem fagpersonerne i kommunalt regi, herunder fortsat afholdelse af lokale opfølgingsmøder efter behov, hvilket forudsætter indhentet samtykke.

## 6.5 OPFØLGNING (TRIN 4)



Indsatserne på dette trin tilbydes typisk i kommunen og almen praksis, og indsatsernes formål er at fastholde funktionsevneniveauet og gøre barnet/den unge i stand til at mestre hverdagslivet.

Der bør løbende følges op på indsatserne i forhold til, om det er de rette indsatser, der er igangsat for barnet/den unge, og om de evt. skal tilpasses<sup>24</sup>.

For børn og unge med ADHD er det en mindre del af målgruppen, der har været udredt og behandlet i børne- og ungdomspsykiatrisk regi. For

<sup>23</sup> Der kan fx udarbejdes en genoptræningsplan, hvis barnet/den unge har et lægefagligt begrundet behov for genoptræning (se bilag 3).

<sup>24</sup> Der skal løbende følges op og foranstaltes indsatser jf. Serviceloven § 52 (bilag 3).



den store del af målgruppen, der alene håndteres i kommunalt regi, vil indsatserne i kommunen løbende blive justeret i henhold til barnets aktuelle behov.

## FAGLIGE INDSATSER

Opfølgende indsatser kan være indsatser på social-, sundheds-, undervisnings- og/eller beskæftigelsesområdet og kan bl.a. omfatte familiebehandling, psykoedukation (både rettet mod barnet/den unge og forældre), psykologhjælp, opstilling af progressionsmål og støtte af barnet/den unge i forhold til hverdagsmestring<sup>25</sup>. 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.

Efter endt forløb i børne- og ungdomspsykiatrien eller ved privatpraktiserende speciallæge i børne- og ungdomspsykiatri bør kommune og almen praksis fortsat have mulighed for at kunne henvende sig til børne- og ungdomspsykiatrien eller privatpraktiserende speciallæge i børne- og ungdomspsykiatri med henblik på rådgivning eller revisitation ved manglende effekt af behandling eller komplikationer som følge af andre samtidige sygdomme.

Ofte vil en eventuel farmakologisk behandling skulle videreføres efter at barnet/den unge er afsluttet i børne- og ungdomspsykiatrien. Dette kan ske ud fra aftale om, at almen praksis eller privatpraktiserende speciallæge i børne- og ungdomspsykiatri viderefører den farmakologiske behandling. Det anbefales, at der indgås lokale aftaler mellem børne- og ungdomspsykiatrien og almen praksis eller praktiserende speciallæge i børne- og ungdomspsykiatri herom.

---

<sup>25</sup> For mere om kommunale indsatser til børn og unge med ADHD eller tegn på ADHD, se Socialstyrelsen, 2017.





# 7 IMPLEMENTERING OG OPFØLGNING

## Det anbefales:

- at der indgås aftaler om fælles kompetenceudvikling, så fagprofessionelle omkring børn og unge har **de rette kompetencer** til at understøtte den rette indsats i forhold til barnets/den unges vanskeligheder
- at **samarbejdet** omkring forløbsprogrammet løbende **følges og evalueres** med henblik på eventuelle justeringer i samarbejdet og i praksis. Opfølgning aftales lokalt fx hvert 2. - 4. år

## 7.1 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 eller lignende vanskeligheder. Nedenfor beskrives nogle af de væsentligste forudsætninger for en vellykket implementering og udvikling på området.

### 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.

### PLAN FOR IMPLEMENTERING

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

Implementeringsplanen bør beskrive:

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

### FAGLIGE RETNINGSLINJER

Forløbsprogrammet beskriver indsatserne overordnet. For at understøtte en implementering



af de beskrevne sundhedsfaglige, socialfaglige og uddannelsesmæssige indsatser, kan der være behov for udarbejdelse af konkrete faglige retningslinjer/arbejdsgangsbeskrivelser. I den udstrækning, som det er relevant, bør disse være tværfaglige og tværsektorielle. Det er vigtigt, at de relevante videnskabelige og faglige selskaber og faglige organisationer indgår i dette arbejde, herunder at parterne identificerer områder med behov for retningslinjer og prioriterer rækkefølgen af udarbejdelsen af disse.

## AFTALER OM KOMPETENCEUDVIKLING

For at opnå høj faglig kvalitet i indsatserne, bør regioner og kommuner sikre tilstrækkelig og opdateret viden blandt alle involverede faggrupper. Kompetenceopbygning kan ske ved hjælp af organisatoriske tiltag på flere niveauer. Fx kan mindre kommuner gå sammen i klynger med henblik på at dele viden og kompetencer, og der kan etableres fora mellem region og relevante kommuner med fokus på samarbejde for at forbedre indsatsen/kvaliteten, herunder opbygning af det rette kompetenceniveau til opgaveløsningen. Dette kan eksempelvis ske gennem fælles uddannelse, som vil øge kendskabet til andre faggruppers kompetencer og arbejdsopgaver samt understøtte kulturer, der samarbejder på tværs.

I forlængelse heraf anbefales det, at regioner og kommuner aftaler, hvordan de nødvendige kompetencer tilvejebringes og udnyttes på tværs af sektorer.

## 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.

## 7.2 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 denne nationale evaluering bør inddrages i det lokale arbejde.

Derudover bør der lokalt foretages en systematisk vurdering af forløbsprogrammet fx hvert 2.-4. 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.

## 7.3 REVISION AF DET NATIONALE FORLØBSPROGRAM

Sundhedsstyrelsen tager initiativ til en revision af det nationale forløbsprogram, når det skønnes nødvendigt.



## 8 REFERENCER

American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition: DSM-5*. May, Washington DC.

Atladottir, H.O., Gyllenberg, D., Langridge, A. et al. (2015). The increasing prevalence of reported diagnoses of childhood psychiatric disorders: a descriptive multinational comparison. *European Child & Adolescent Psychiatry*. February, Volume 24, Issue 2, pp 173–183.

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*, Feb;45(2):192-202.

Dalsgaard, S, Mortensen, PB, Frydenberg, M & Thomsen, PH (2013). Long-term criminal outcome of children with attention deficit hyperactivity disorder. *Criminal Behaviour and Mental Health*, Bind 23, nr. 2, s. 86-98.

Daley, David, Jacobsen, Rasmus Højbjerg, Lange, Anne-Mette, Sørensen, Anders, Walldorf, Jeanette (2014). Private and Social Costs of ADHD – Cost Analysis. *The Rockwool Foundation Research Unit*. September, Study Paper No. 69.

Danske Regioner (2015) *Pakkeforløb for ADHD – Børn og unge, december*.

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*, Feb;36(2):159-65.

Gillberg, C. (2010). The ESSENCE in child psychiatry: Early Symptomatic Syndromes Eliciting Neurodevelopmental Clinical Examinations, *Research in Developmental Disabilities*, Volume 31, Issue 6, pp. 1543–1551.

Grønlie, Apeland, Askeland og Christiansen (2016). Hvor godt predikerer to spørgsmål barns risiko for problematferd? *Tidsskrift for norsk Psykologforening, Vol 53, nummer 4, 2016, side 268-275*.

Jensen, C.M., Steinhausen, H.C., Lauritsen, M.B. (2014). Time trends over 16 years in incidence-rates of autism spectrum disorders across the lifespan based on nationwide Danish register data, *Journal of Autism and Developmental Disorders*, Aug; 44(8):1808-1818.

Jensen, C.M. & Steinhausen, H.C. (2015). Comorbid mental disorders in children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder in a large nationwide study. *Attention Deficit and Hyperactive Disorders*, Mar;7(1):27-38.

Muskens, J.B., Velders, F.B., Staal, W.G. (2017). Medical comorbidities in children and adolescents with autism spectrum disorders and attention deficit hyperactivity disorders: a systematic review. *European Child & Adolescent Psychiatry*, September, Volume 26, Issue 9, pp 1093–1103.



Pedersen, C.B., Mors, O., Bertelsen, A., Waltoft, B.L., Agerbo, E., McGrath, J.J., Mortensen, P.B., Eaton, W.W. (2014). A comprehensive nationwide study of the incidence rate and lifetime risk for treated mental disorders, *JAMA Psychiatry*, May;71(5):573-581.

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. Volume 116, Issue 4, pp. 349-353.*

Regeringens Udvalg om Psykiatri (2013). *En moderne, åben og inkluderende indsats for mennesker med psykiske lidelser.*

Rockwool Fondens Forskningsenhed (2014). ADHD koster ubehandlet knap 3 mia. kroner om året. *Nyt fra Rockwool Fondens Forskningsenhed, September.*

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

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, *Proceedings of the National Academy of Sciences*, Dec 4;104(49):19649-19654.

Socialstyrelsen (2017). *National ADHD-handleplan.*

Socialstyrelsen og Sundhedsstyrelsen (2014). *Koncept for systematisk inddragelse af pårørende.*

Sundhedsdatastyrelsen (2016). *MedicinForbrug - Indblik 2016: Kommunale forskelle i brug af ADHD-medicin.*

Sundhedsstyrelsen (2011). *Forløbsprogram for rehabilitering af børn og unge med erhvervet hjerne-skade.*

Sundhedsstyrelsen (2014). *National klinisk retningslinje for udredning og behandling af ADHD hos børn og unge.* 23. maj 2014.

Sundhedsstyrelsen (2016). *Udredning og behandling af ADHD hos børn og unge – faglig visitations-retningslinje.* Februar 2016.

Sundhedsstyrelsen (2017). *Gældende specialeplan 2017.* 1. juni 2017.

Socialstyrelsen og Sundhedsstyrelsen (2015). *Generisk model for forløbsprogrammer for mennesker med psykiske lidelser.*

Thapar, A., Cooper, M., Eyre, O., Langley, K. (2013). What have we learned about the causes of ADHD?, *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, Jan;54(1):3-16.

Vidensråd for Forebyggelse (2014). *Børn og unges mentale helbred.* 1. udgave.



# 9 BILAGSFORTEGNELSE

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

**Bilag 2:** Kommissorium for referencegruppe til udarbejdelse af forløbsprogrammer for børn og unge med psykiske lidelser

**Bilag 3:** Lovgrundlag

**Bilag 4:** Oversigt over planer til beskrivelse af mål og indsatser i det enkelte barns/unges forløb

**Bilag 5:** Hyppigt forekommende symptomer på ADHD

**Bilag 6:** Tidlige tegn og adfærd som kan være relateret til ADHD

Oversigt over data vedr. målgruppen findes i en særskilt bilagspublikation *Prævalens, incidens og aktivitet i sundhedsvæsenet for børn og unge med angst eller depression, ADHD og spiseforstyrrelser* på Sundhedsstyrelsens hjemmeside [www.sst.dk](http://www.sst.dk)



## **BILAG 1: KOMMISSORIUM FOR ARBEJDSGRUPPE TIL UDARBEJDELSE AF FORLØBS- PROGRAM 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 sygehuse, almen praksis og kommune, som bl.a. fremgår af sundhedsloven samt den konkrete opgavefordeling, der fremgår af de lokale sundhedsaftaler.

### **ORGANISERING**

Sundhedsstyrelsen nedsætter en arbejdsgruppe bestående af følgende repræsentanter:



DELTAGERE	ANTAL
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	1 repræsentant
Dansk Psykolog Forenings selskab for Børneneuropsykologi	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
Børnerådet	1 repræsentant
Fagligt Selskab for Sundhedsplejersker	1 repræsentant

Desuden nedsættes en overordnet reference-gruppe 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.
- 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 Børneuropsykologi
  - 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

## 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

Fra Sundhedsstyrelsen:

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





## BILAG 2: KOMMISSORIUM FOR REFERENCEGRUPPE TIL UDARBEJDELSE AF FORLØBS- PROGRAMMER 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:



DELTAGERE	ANTAL
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	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 selvskaede 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 Iuul
- Julie Præst
- Janni Stauersbøll Kramer (sekretær)



## BILAG 3: LOVGRUNDLAG

Oversigten giver et overblik over et udvalg af den mest centrale lovgivning uden at være fuldstændigt udtømmende.

### SUNDHEDSFAGLIGE INDSATSER

#### Sundhedsloven

*LBK nr. 1202 04/11/2014 om sundhedsloven.*

Den sundhedsfaglige indsats omfatter forebyggelse, udredning, behandling, opfølgning og rehabilitering. Sundhedsvæsenet har jf. sundhedsloven til formål at fremme befolkningens sundhed samt at forebygge og behandle sygdom, lidelse og funktionsbegrænsning for den enkelte. Patienter, der henvises til udredning eller behandling i psykiatrien har jf. sundhedsloven ret til at blive hhv. udredt og behandlet inden for en måned.

#### Regioners rolle

**§ 79.** Regionsrådet yder sygehusbehandling til personer, der har bopæl i regionen, ved sit sygehusvæsen og ved andre regioners sygehuse. Medmindre behandling sker akut, hvor henvisning ikke kan indhentes forinden, skal personen være henvist til behandling af en læge eller tandlæge. Personen kan også være henvist af andre autoriserede sundhedspersoner eller myndigheder, når regionsrådet forinden har offentliggjort, at disse har adgang til henvisning. Regionsrådet kan endvidere efter en konkret vurdering yde sygehusbehandling til en person, der ikke er henvist til behandling, jf. 2. og 3. pkt., når omstændighederne taler derfor.

**§ 82 a.** En person, der er henvist til en diagnostisk undersøgelse på sygehus, jf. § 79, til brug for udredning hos alment praktiserende læger, jf. § 60, og praktiserende speciallæger, jf. § 64, kan vælge mellem enhver regions sygehuse, jf. § 86. Personen kan desuden vælge at blive undersøgt på et af de sygehuse, en af de klinikker m.v., som Danske Regioner har indgået aftale med efter § 87, stk. 4 (aftalesygehuse), hvis regionsrådet i bopælsregionen ikke, inden 1 måned efter

at henvisningen er modtaget, kan tilbyde undersøgelse ved egne sygehuse eller et af de i § 79 nævnte sygehuse, som regionsrådet samarbejder med eller sædvanligvis benytter.

**§ 82 b.** Til personer, der er henvist til udredning på sygehus, jf. § 79, yder regionsrådet i bopælsregionen udredning ved sit sygehusvæsen, andre regioners sygehuse eller private sygehuse og klinikker, som regionen har indgået aftale med, jf. § 75, stk. 2, inden for 1 måned, såfremt det er fagligt muligt, jf. dog stk. 2.

**§ 119. Stk. 3.** Regionsrådet tilbyder patientrettet forebyggelse i sygehusvæsenet og i praksis-sektoren m.v. samt rådgivning m.v. i forhold til kommunernes indsats efter stk. 1 og 2.

#### Kommuners rolle

**§ 119.** Kommunalbestyrelsen har ansvaret for ved varetagelsen af kommunens opgaver i forhold til borgerne at skabe rammer for en sund levevis. **Stk. 2.** Kommunalbestyrelsen etablerer forebyggende og sundhedsfremmende tilbud til borgerne.

**§ 120.** Kommunalbestyrelsen bidrager til at sikre børn og unge en sund opvækst og skabe gode forudsætninger for en sund voksertilværelse. **Stk. 2.** Kommunale tilbud skal tilrettelægges, så der dels ydes en generel forebyggende og sundhedsfremmende indsats, dels en individorienteret indsats, der retter sig mod alle børn, samt en særlig indsats, der specielt tager sigte på børn med særlige behov.

**§ 123.** Kommunalbestyrelsen opretter med henblik på at tilgodese børn og unge med særlige behov en tværfaglig gruppe, der skal sikre, at den enkeltes udvikling, sundhed og trivsel fremmes, og at der i tilstrækkeligt omfang formidles kontakt til lægefaglig, psykologisk og anden sagkundskab

#### Genoptræningsplan

**§ 140.** Kommunalbestyrelsen tilbyder vederlagsfri genoptræning til personer, der efter udskrivning fra sygehus har et lægefagligt



begrundet behov for genoptræning, jf. § 84 om genoptræningsplaner.

### **Lov om anvendelse af tvang i psykiatrien**

*LBK nr. 1729 af 02/12/2010 om anvendelse af tvang i psykiatrien.*

Lov om anvendelse af tvang i psykiatrien angiver regler for frihedsberøvelse og anvendelse af anden tvang i forbindelse med indlæggelse, ophold og behandling på en psykiatrisk afdeling.

## **SOCIALFAGLIGE INDSATSER**

### **Serviceoven**

*Serviceoven LBK nr. 988 af 17/08-2017 om bekendtgørelse af lov om social service.*

Socialfaglige indsatser, der også kan være målrettet børn og unge med psykiske lidelser, kan efter en konkret vurdering bevilliges efter bestemmelserne i lov om social service.

Socialfaglige indsatser målrettes børn og unge med psykiske lidelser bevilliges ud fra bestemmelserne i lov om social service.

### **Sammenhæng i indsatsen**

**§ 11.** Kommunalbestyrelsen skal tilrettelægge en indsats, der sikrer sammenhæng mellem kommunens generelle og forebyggende arbejde og den målrettede indsats over for børn og unge med behov for særlig støtte. **Stk. 2.** Kommunalbestyrelsen skal som led i det tidlige forebyggende arbejde sørge for, at forældre med børn og unge eller andre, der faktisk sørger for et barn eller en ung, kan få en gratis familieorienteret rådgivning til løsning af vanskeligheder i familien. Kommunalbestyrelsen er forpligtet til ved opsøgende arbejde at tilbyde denne rådgivning til enhver, som på grund af særlige forhold må antages at have behov for det. Tilbuddet om rådgivning skal også omfatte vordende forældre. Såvel forældre som børn og unge, der alene søger rådgivning, skal kunne modtage denne anonymt og som et åbent tilbud. **Stk. 3.** Kommunalbestyrelsen skal tilbyde en forebyggende indsats til barnet, den unge eller familien, når det

vurderes, at støtte efter nr. 1-4 kan imødekomme barnets eller den unges behov. Kommunalbestyrelsen kan tilbyde følgende forebyggende indsatser:

1. Konsulentbistand, herunder familierettede indsatser.
2. Netværks- eller samtalegrupper.
3. Rådgivning om familieplanlægning.
4. Andre indsatser, der har til formål at forebygge et barns eller en ungs eller familiens vanskeligheder.

**Stk. 7.** Kommunalbestyrelsen skal tilbyde gratis rådgivning, undersøgelse og behandling af børn og unge med adfærdsvanskeligheder eller nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne samt deres familier. Opgaverne kan varetages i samarbejde med andre kommuner. **Stk. 8.** Kommunalbestyrelsen skal etablere en særlig familievejlederordning for familier med børn under 18 år med betydelig og varigt nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne. Vejledningen skal tilbydes, inden for 3 måneder efter at kommunalbestyrelsen har fået kendskab til, at funktionsnedsættelsen er konstateret.

### **Dækning af nødvendige merudgifter**

**§ 41.** Kommunalbestyrelsen skal yde dækning af nødvendige merudgifter ved forsørgelse i hjemmet af et barn under 18 år med betydelig og varigt nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller indgribende kronisk eller langvarig lidelse. Det er en betingelse, at merudgifterne er en konsekvens af den nedsatte funktionsevne og ikke kan dækkes efter andre bestemmelser i denne lov eller anden lovgivning.

### **Dækning af tabt arbejdsfortjeneste**

**§ 42.** Kommunalbestyrelsen skal yde hjælp til dækning af tabt arbejdsfortjeneste til personer, der i hjemmet forsørger et barn under 18 år med betydelig og varigt nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller indgribende kronisk eller langvarig lidelse. Ydelsen er betinget af, at det er en nødvendig konsekvens af den nedsatte funktionsevne, at barnet passes i hjemmet, og at



det er mest hensigtsmæssigt, at det er moderen eller faderen, der passer det.

### Børnefaglig undersøgelse

**§ 50.** Hvis det må antages, at et barn eller en ung trænger til særlig støtte, herunder på grund af nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne, skal kommunalbestyrelsen undersøge barnets eller den unges forhold. Undersøgelsen, der betegnes som en børnefaglig undersøgelse, gennemføres så vidt muligt i samarbejde med forældremyndighedsindehaveren og den unge, der er fyldt 15 år. Undersøgelsen skal gennemføres så skånsomt, som forholdene tillader, og må ikke være mere omfattende, end formålet tilsiger.

**Stk. 2.** Kommunalbestyrelsens undersøgelse, jf. stk. 1, skal anlægge en helhedsbetragtning, der medmindre konkrete forhold betyder, at et eller flere af nedenstående numre ikke er relevante i forhold til det pågældende barn eller den unge, skal omfatte barnets eller den unges

1. udvikling og adfærd,
2. familieforhold,
3. skoleforhold,
4. sundhedsforhold,
5. fritidsforhold og venskaber og
6. andre relevante forhold.

**Stk. 3.** Som led i undersøgelsen skal der finde en samtale sted med barnet eller den unge. Samtalen kan undlades, i det omfang barnets eller den unges modenhed eller sagens karakter i afgørende grad taler imod samtaleens gennemførelse. Kan samtalen ikke gennemføres, skal oplysninger om barnets eller den unges synspunkter søges tilvejebragt. Samtalen kan finde sted uden samtykke fra forældremyndighedens indehaver og uden dennes tilstedeværelse, når hensynet til barnets eller den unges bedste taler herfor. **Stk.**

**4.** I sin undersøgelse skal kommunalbestyrelsen afdække ressourcer og problemer hos barnet, familien og netværket. For unge, der er fyldt 15 år, skal undersøgelsen afdække de særlige forhold, der skal indgå ved valg af indsats for denne aldersgruppe, jf. §§ 52, 76 og 76 a. **Stk. 5.** Kommunalbestyrelsen skal som led i undersøgelsen inddrage de fagfolk, som allerede har viden om

barnets eller den unges og familiens forhold. Dette kan ske ved at inddrage sundhedsplejersker, pædagoger, psykologer, lærere eller andre. Hvis det er nødvendigt, skal kommunen lade barnet eller den unge undersøge af en læge eller en autoriseret psykolog. **Stk. 6.** Undersøgelsen skal resultere i en begrundet stillingtagen til, om der er grundlag for at iværksætte foranstaltninger, og i bekræftende fald af hvilken art disse bør være. Hvis der er iværksat foranstaltninger sideløbende med, at undersøgelsen gennemføres, jf. § 52, stk. 2, skal der desuden tages stilling til, om disse foranstaltninger skal videreføres. Der skal være oplysninger om, hvordan forældremyndighedsindehaveren og barnet eller den unge stiller sig til foranstaltningerne, og om de forhold i familien eller i dennes omgivelser, som kan bidrage til at klare vanskelighederne. **Stk. 7.** Undersøgelsen skal afsluttes senest 4 måneder efter, at kommunalbestyrelsen bliver opmærksom på, at et barn eller en ung kan have behov for særlig støtte. Hvis undersøgelsen undtagelsesvis ikke kan afsluttes inden 4 måneder, skal kommunalbestyrelsen udarbejde en foreløbig vurdering og snarest herefter afslutte undersøgelsen. **Stk. 8.** I forbindelse med undersøgelsen skal kommunalbestyrelsen vurdere, om der skal foretages en undersøgelse af eventuelle andre børn i familien. En undersøgelse kan gennemføres som én samlet undersøgelse for flere børn i familien, dog således at der tages højde for børnenes individuelle forhold. **Stk. 9.** Hvis det må antages, at der kan opstå et behov for særlig støtte til et barn umiddelbart efter fødslen, skal kommunen undersøge de vordende forældres forhold nærmere. Undersøgelsen gennemføres så vidt muligt i samarbejde med de vordende forældre. Stk. 4-8 finder anvendelse ved afgørelsen.

Kommunen har desuden adgang i **retssikkerhedslovens § 11 c** til at indhente nødvendige oplysninger til brug for en børnefaglig undersøgelse uden samtykke (men samtykket skal forsøges indhentet).



## Foranstaltninger

**§ 52.** Kommunalbestyrelsen skal træffe afgørelse om foranstaltninger efter stk. 3, når det må anses for at være af væsentlig betydning af hensyn til et barns eller en ungs særlige behov for støtte. Kommunalbestyrelsen skal vælge den eller de foranstaltninger, som bedst kan løse de problemer og behov, der er afdækket gennem den børnefaglige undersøgelse efter § 50. Afgørelsen træffes med samtykke fra forældremyndighedsindehaveren, jf. dog §§ 56, 57 a, 57 b og 58, § 68, stk. 2 og 3, og § 68 a. En afgørelse efter stk. 3, nr. 7, kræver tillige samtykke fra den unge, der er fyldt 15 år. **Stk. 2.** Støtte efter stk. 3 kan kun iværksættes efter gennemførelse af en børnefaglig undersøgelse, jf. § 50. Hvis særlige forhold taler herfor, kan der dog iværksættes foreløbig eller akut støtte efter stk. 3 sideløbende med undersøgelsen. **Stk. 3.** Kommunalbestyrelsen kan iværksætte hjælp inden for følgende typer af tilbud:

1. Ophold i dagtilbud, fritidshjem, ungdomsklub, uddannelsessted el.lign.
2. Praktisk, pædagogisk eller anden støtte i hjemmet.
3. Familiebehandling eller behandling af barnets eller den ungs problemer.
4. Døgnophold, jf. § 55, for både forældremyndighedsindehaveren, barnet eller den unge og andre medlemmer af familien i en plejefamilie, i en kommunal plejefamilie, på et godkendt opholdssted eller på en døgninstitution, jf. § 66, stk. 1, nr. 1, 2, 5 og 6, eller i et botilbud, jf. § 107.
5. Aflastningsordning, jf. § 55, i en plejefamilie, kommunal plejefamilie eller netværksplejefamilie eller på et opholdssted eller en døgninstitution, jf. § 66, stk. 1, nr. 1-3, 5 og 6.
6. Udpegning af en fast kontaktperson for barnet eller den unge eller for hele familien.
7. Anbringelse af barnet eller den unge uden for hjemmet på et anbringelsessted, jf. § 66.
8. Formidling af praktiktilbud hos en offentlig eller privat arbejdsgiver for den unge

og i den forbindelse udbetaling af godtgørelse til den unge.

9. Anden hjælp, der har til formål at yde rådgivning, behandling og praktisk og pædagogisk støtte.

## Efterværn

**§ 76.** Kommunalbestyrelsen skal tilbyde hjælp efter stk. 2-5 til unge i alderen fra 18 til 22 år, når det må anses for at være af væsentlig betydning af hensyn til den ungs behov for støtte, og hvis den unge er indforstået hermed. Hjælpen skal bidrage til en god overgang til en selvstændig tilværelse og herunder have fokus på at understøtte den ungs uddannelse og beskæftigelse samt øvrige relevante forhold, f.eks. anskaffelse af selvstændig bolig. **Stk. 2.** Kommunalbestyrelsen kan træffe afgørelse om, at en udpeget fast kontaktperson, jf. § 52, stk. 3, nr. 6, kan opretholdes efter det fyldte 18. år. **Stk. 3.** For unge, der er eller var anbragt uden for hjemmet i et anbringelsessted efter reglerne i kapitel 11 umiddelbart inden det fyldte 18. år, kan kommunalbestyrelsen træffe afgørelse om,

1. at døgnophold, jf. § 55, på et anbringelsessted, jf. § 66, opretholdes,
2. at udpege en fast kontaktperson for den unge, jf. § 52, stk. 3, nr. 6,
3. at etablere en udslusningsordning, jf. § 55, i det hidtidige anbringelsessted og
4. at tildele andre former for støtte, der har til formål at bidrage til en god overgang til en selvstændig tilværelse for den unge.

## Handleplan

**§ 140.** Kommunalbestyrelsen skal udarbejde en handleplan, inden der træffes afgørelse om foranstaltninger, jf. §§ 52, 76 og 76 a. Betyder hensynet til barnet eller den unge, at man ikke kan afvente udarbejdelsen af en handleplan, er en kortfattet angivelse af formålet med foranstaltningen tilstrækkelig. Det påhviler da kommunalbestyrelsen snarest muligt og senest inden 4 måneder at opstille en handleplan.



### Underretningspligt

**§ 153.** Personer, der udøver offentlig tjeneste eller offentligt hverv, skal underrette kommunalbestyrelsen, hvis de under udøvelsen af tjenesten eller hvervet får kendskab til eller grund til at antage,

1. at et barn eller en ung under 18 år kan have behov for særlig støtte,
2. at et barn umiddelbart efter fødslen kan få behov for særlig støtte på grund af de vordende forældres forhold,
3. at et barn eller en ung under 18 år kan have behov for særlig støtte på grund af barnets eller den unges ulovlige skolefravær eller unkladelse af at opfylde undervisningspligten, eller
4. at et barn eller en ung under 18 år har været udsat for overgreb.

### UDDANNELSESRETTEDE INDSATSER

På børne- og undervisningsområdet er udgangspunktet, at alle børn og unge skal tilbydes den nødvendige støtte for at kunne trives, udvikles og lære samt gennemføre en uddannelse. Børn og unge med psykiske lidelser og problemstillinger er en del af målgruppen for den støtte, der skal gives. Der findes på området for ungdomsuddannelser og videregående uddannelser en række konkrete støtteordninger og regler, der giver mulighed for tilpasning og kompensation i forhold til funktionsnedsættelser og dermed kan støtte mennesker med psykiske lidelser i at gennemføre en uddannelse.

De lovgivningsmæssige rammer for støtten omfatter folkeskoleloven, lov om institutioner for erhvervsrettet uddannelse, lov om institutioner for almen- og gymnasiale uddannelser og almen voksenuddannelse m.v., love om de enkelte videregående uddannelser, lov om specialpædagogisk støtte ved videregående uddannelser og lov om statens uddannelsesstøtte.

#### Folkeskoleloven

*Bekendtgørelse af lov om folkeskolen (LBK nr. 989 af 23/08/201)*

**§ 3.** Folkeskolen omfatter en 10-årig grundskole bestående af en børnehaveklasse og 1.-9. klasse samt en 1-årig 10. klasse, jf. kapitel 2 a. Undervisningen i grundskolen består af undervisning i folkeskolens fag, jf. §§ 5, 9 og 11, og obligatoriske emner, jf. § 7, samt understøttende undervisning, jf. § 16 a. **Stk. 2.** Børn, hvis udvikling kræver en særlig hensyntagen eller støtte, gives specialundervisning og anden specialpædagogisk bistand i specialklasser og specialskoler. Der gives desuden specialundervisning og anden specialpædagogisk bistand til børn, hvis undervisning i den almindelige klasse kun kan gennemføres med støtte i mindst 9 undervisningstimer ugentligt, jf. § 16, stk. 4.

**§ 4.** Efter regler, der fastsættes af ministeren for børn, undervisning og ligestilling, tilbyder folkeskolen specialpædagogisk bistand til børn, der endnu ikke har påbegyndt skolegangen. Ministeren for børn, undervisning og ligestilling fastsætter endvidere nærmere regler om adgangen for kommuner, regioner og skoler mv. til at indhente viden og specialrådgivning samt bistand til kommunens udredning fra den nationale videns- og specialrådgivningsorganisation.

**§ 20.** Det påhviler kommunalbestyrelsen at sørge for undervisning i grundskolen og 10. klasse af børn og unge under 18 år, der bor eller opholder sig i kommunen, og hvis forældre ønsker dem optaget i folkeskolen, jf. § 54. **Stk. 2.** Det påhviler kommunalbestyrelsen at sørge for specialundervisning og anden specialpædagogisk bistand, jf. § 3, stk. 2, til de i stk. 1 nævnte børn og unge. Endvidere påhviler det kommunalbestyrelsen at sørge for specialpædagogisk bistand til børn, der endnu ikke har påbegyndt skolegangen.

**§ 12. Stk. 2.** Henvi sning til specialundervisning, som ikke er af foreløbig karakter, sker efter pædagogisk-psykologisk rådgivning og efter samråd med eleven og forældrene. Elevens synspunkter skal tillægges passende vægt under hensyntagen til elevens alder og modenhed. **Stk. 3.** Ønsker forældre, at deres barn optages i en skole beliggende i en anden kommune end





bopælskommunen, jf. § 36, stk. 3, foretages henvisningen til specialundervisning, jf. stk. 2, efter pædagogisk-psykologisk rådgivning i bopælskommunen. Skolekommunen kan ikke foretage henvisning til et mere vidtgående specialundervisningstilbud end det tilbud, som bopælskommunen har henvist barnet til. Afgørelsen af, om tilbuddet er mere vidtgående, træffes af bopælskommunen.

### **Pædagogisk-psykologisk vurdering af børn under skolealderen**

*Bek. nr. 999 af 15/09/2014 om folkeskoles specialpædagogiske bistand til børn, der endnu ikke har påbegyndt skolegangen*

**§ 3.** Barnets forældre henvender sig til kommunalbestyrelsen med anmodning om specialpædagogisk bistand til barnet. Andre med kendskab til barnet kan også rette henvendelse til kommunen om specialpædagogisk bistand. **Stk. 2.** Efter samråd med forældrene sørger kommunalbestyrelsen for, at der foretages en pædagogisk-psykologisk vurdering af barnet. Den pædagogisk-psykologiske vurdering skal efter samråd med forældrene suppleres med udtalelser fra andre sagkyndige i fornødent omfang, herunder sagkyndige fra andre kommuner. I de mest specialiserede og komplicerede tilfælde kan der indhentes bistand fra den nationale videns- og specialrådgivningsorganisation (VISO), jf. § 11. I den pædagogisk-psykologiske vurdering indgår samtale med barnet og barnets forældre, som kan være til stede under undersøgelsen, og personale ved den dag- eller døgninstitution, hvor barnet er optaget, eller andre, der kan bidrage til belysning af barnets behov. **Stk. 3.** Har barnet behov for specialpædagogisk bistand, skal vurderingen indeholde et forslag til den nærmere ordning af den specialpædagogiske bistand. I modsat fald kan vurderingen ledsages af en vejledning til forældre eller andre om, hvilke foranstaltninger der må anses for hensigtsmæssige til forbedring af barnets situation. **Stk. 4.** Den pædagogisk-psykologiske vurdering efter stk. 3 afgives efter samråd med barnet og forældrene. Kan der ikke opnås enighed med forældrene, skal den pædagogisk-psykologiske vurdering

redegøre herfor. **Stk. 5.** Den pædagogisk-psykologiske vurdering fremsendes skriftligt til kommunalbestyrelsen. Samtidig fremsendes en kopi af vurderingen til forældrene.

### **Pædagogisk-psykologisk vurdering af børn i skolealderen**

*BEK nr. 693 af 20/06/2014 om folkeskolens specialundervisning og anden specialpædagogisk bistand*

**§ 2.** Hvis det antages, at en elev har behov for specialpædagogisk bistand, jf. folkeskolelovens § 3, stk. 2, skal eleven indstilles til en pædagogisk-psykologisk vurdering. Indstilling afgives af skolens leder til pædagogisk-psykologisk rådgivning, eventuelt på initiativ af den kommunale sundhedstjeneste, hvis denne har kendskab til psykiske, fysiske, sproglige eller sensoriske funktionsvanskeligheder hos eleven, som giver grund til at antage, at eleven har behov for specialpædagogisk bistand. **Stk. 2.** Forældrene og eleven kan anmode om en pædagogisk-psykologisk vurdering i de tilfælde, hvor de finder, at der bør iværksættes specialpædagogisk bistand. **Stk. 3.** Indstilling om en pædagogisk-psykologisk vurdering, jf. stk. 1, afgives efter samråd med forældrene og eleven. Modsætter forældrene sig, at der foretages en pædagogisk-psykologisk vurdering, kan der kun afgives indstilling herom, hvis skolens leder anser det for absolut påkrævet, at der foretages en vurdering af elevens behov for specialpædagogisk bistand.

### **Uddannelse og erhverv**

*Bekendtgørelse af lov om vejledning om uddannelse og erhverv samt pligt til uddannelse, beskæftigelse mv. (LBK nr. 1097 af 28/09/2017)*

**§ 1.** Vejledningen efter denne lov skal bidrage til, at valg af uddannelse og erhverv bliver til størst mulig gavn for den enkelte og for samfundet, herunder at alle unge gennemfører en erhvervskompetencegivende uddannelse. **Stk. 2.** Vejledningen skal i særlig grad målrettes unge, som uden en særlig vejledningsindsats har eller vil få vanskeligheder ved at vælge, påbegynde eller gennemføre en uddannelse eller vælge et erhverv.



## BILAG 4: OVERSIGT OVER PLANER TIL BESKRIVELSE AF MÅL OG INDSATSER I DET ENKELTE BARNS/UNGES FORLØB

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

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



## BILAG 5: HYPPIGT FOREKOMMENDE SYMPTOMER PÅ ADHD

Hyppigt forekommende symptomer på ADHD:

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

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 symptombilledet 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 6: TIDLIGE TEGN OG ADFÆRD SOM KAN VÆRE RELATERET TIL ADHD

ALDER	SIGNALER
<b>0-3 ÅR</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Konstant motorisk uro</li> <li>• Impulsivitet, evt. udadreagerende adfærd</li> <li>• Søvnforstyrrelse</li> <li>• Spiseproblemer/problemer med amning</li> <li>• Skrig-ture</li> <li>• Følsomhed for mange ydre stimuli</li> </ul>
<b>3-6 ÅR (FØRSKOLEBØRN)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Konstant motorisk uro, i konstant fysisk aktivitet</li> <li>• Problemer med at sidde stille til samlinger og måltider, opfatte beskeder</li> <li>• Problemer med at koncentrere sig, holde fokus i længere tid ved aktiviteter og leg</li> <li>• Impulsivitet – kan ikke vente på tur, når ikke at tænke konsekvens</li> <li>• 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</li> <li>• Søvnforstyrrelser</li> <li>• Ved manglende hyperaktivitet og impulsivitet: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dagdrømmeri, tager "time out", trækker sig (men har samme problemer med koncentration og social kompetence)</li> </ul> </li> </ul>
<b>6-14 ÅR (SKOLEBØRN)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Problemer med at koncentrere sig og holde fokus i længere tid</li> <li>• Problemer med at sidde stille, rastløshed, uro</li> <li>• Problemer med at opfange kollektive beskeder og mere end en besked af gangen, huske sine ting</li> <li>• Let afledelighed/opfanger "alt omkring sig"</li> <li>• Problemer med at få skrevet lektier ned og komme i gang med opgaver</li> <li>• Sociale vanskeligheder som følge af problemer med at aflæse andres signaler, kropssprog, motiver, aflæse spilleregler, medfører ofte social isolation eller udadreagerende adfærd</li> <li>• Konflikter og/eller raserianfald</li> <li>• Impulsivitet</li> <li>• Faldende fagligt niveau trods normal begavelse</li> <li>• Skoleforsømmelse</li> <li>• Søvnforstyrrelser</li> <li>• For ADHD uden hyperaktivitet: <ul style="list-style-type: none"> <li>• 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)</li> </ul> </li> </ul>
<b>14-18 ÅR (TEENAGERE)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alle ovennævnte (6-14 år - skolebørn)</li> <li>• Tendens til indre uro, tankemylder og rastløshed i stedet for synlig hyperaktivitet</li> <li>• Begyndende risikoadfærd (hvis de ikke er velkompenserede pædagogisk/medicinsk)</li> <li>• Vedvarende faldende fagligt niveau</li> <li>• Manglende skolegang, dropper ud af skolen</li> </ul>



	<b>SIGNALER</b>
<b>FØLGER AF UKOMPENSERET ADHD:</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Udadreagerende adfærd</li><li>• Impulsivitet</li><li>• Konflikter i skole, hjem og fritid</li><li>• Misbrug og vold</li><li>• Lavt selvværd</li><li>• Ikke udnyttelse af evner, fagligt, socialt og personligt</li><li>• Ingen uddannelse</li><li>• Ensomhed, mistrivsel</li><li>• Svært ved at håndtere stress</li><li>• Tidlig graviditet</li><li>• Stor sygelighed</li><li>• Selvskadende aktivitet</li><li>• Opgivenhed</li><li>• Angst og depression</li></ul>

*Note: Tabellen er udarbejdet og kvalificeret af arbejdsgruppen. Obs: Listen er ikke udtømmende.*

**Forløbsprogram for børn og unge med ADHD**

© Sundhedsstyrelsen, 2017

Publikationen kan frit refereres med tydelig kildeangivelse.

Sundhedsstyrelsen  
Islands Brygge 67  
2300 København S  
[www.sst.dk](http://www.sst.dk)

**Emneord:** Forløbsprogram, børn, unge, psykiske lidelser, ADHD

**Sprog:** Dansk

**Version:** 1,0

**Versionsdato:** 15.12.2017

**Format:** pdf

Udgivet af Sundhedsstyrelsen, december 2017.

Elektronisk udgave: ISBN 978-87-7104-936-7

Trykt udgave: ISBN 978-87-7104-940-4

Layout: 4PLUS4





**SUNDHEDSSTYRELSEN**

Islands Brygge 67  
2300 København S  
sst@sst.dk  
Tlf. 72 22 74 00

