



Fagligt grundlag for tilrettelæggelse af tværsektorielle indsatser til børn og unge med psykoselidelser

Fagligt grundlag for tilrettelæggelse af tværsektorielle indsatser til børn og unge med psykoselidelser

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

Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S

www.sst.dk

Sprog: Dansk
Version: 1
Versionsdato: juni 2024
Format: pdf

Udgivet af Sundhedsstyrelsen,
Juni 2024

Indholdsfortegnelse

1. Introduktion.....	5
1.1. Formål.....	5
1.2. Hvem kan bruge det faglige grundlag for tilrettelæggelsen af tværsektorielle indsatser til børn og unge med psykoselidelser?	6
1.3. Lovgrundlag.....	6
1.4. Læsevejledning.....	7
2. Målgruppe	8
2.1. Symptomer på psykoselidelse og påvirkning af funktionsniveau	9
2.2. Beskrivelse af symptomforløbet.....	9
3. Samarbejde og koordination i det samlede forløb.....	12
3.1. Overblik over forløbet.....	13
3.2. Få kontaktflader	18
3.3. Tværsektorielle netværksmøder	20
3.4. Fælles samarbejdsplaner	20
4. Tidlig opsporing og henvisning.....	22
4.1. Tidlig opsporing på det almene og det specialiserede børne- og ungeområde.....	22
4.2. Tidlig opsporing på sundhedsområdet.....	25
4.3. Henvisning ved mistanke om psykoselidelse.....	26
5. Udredning og behandling i den regionale børne- og ungdomspsykiatri.....	28
5.1. Udredning i børne- og ungdomspsykiatrien	28
5.2. Behandling i børne- og ungdomspsykiatrien.....	30
6. Sociale indsatser.....	33
6.1. Vurdering af behov for hjælp og støtte på det sociale område	33
6.2. Opstart af en sag på det specialiserede børne- og ungeområde.....	34
6.3. Sociale indsatser til børn og unge med psykoselidelser.....	36
6.4. Kompetencer hos fagpersoner	40
6.5. Specialrådgivning i komplicerede sager (VISO).....	40
7. Indsatser målrettet skolegang og uddannelse	42
7.1. Grundskole og ungdomsuddannelse	42
7.2. Samarbejde om skolegang og uddannelse	43
7.3. Den kommunale ungeindsats.....	46
7.4. Den forberedende grunduddannelse	46
7.5. Særligt tilrettelagt ungdomsuddannelse.....	46
8. Opfølgning.....	47
8.1. Opfølgning ved afslutning i børne- og ungdomspsykiatrien	47

8.2. Opfølgning i almen praksis og speciallægepraksis.....	48
8.3. Opfølgning på det specialiserede børne- og familieområde.....	48
9. Gennemgående indsatser og metoder i forløbet	50
9.1. Civilsamfundsindsatser	50
9.2. Familiesamarbejde og -interventioner	50
9.3. Dialogværktøjer og netværksinddragende metoder	50
9.4. Miljøterapi.....	51
9.5. Peer-støtte.....	51
9.6. Psykoekdukation	51
9.7. Psykoterapi.....	52
9.8. Social færdighedstræning/socialkognitiv træning	52
10. Grupper med særlige behov	53
10.1. Samtidig rusmiddelproblematik.....	53
10.2. Børn og unge anbragt uden for hjemmet.....	54
10.3. Høj risiko for voldsomme situationer, magtanvendelse eller tvang	56
10.4. Øget selvmordsrisiko	57
10.5. Udviklingshandicap.....	58
Referenceliste.....	59

1. Introduktion

Børn og unge med psykoselidelser har brug for en tidlig og sammenhængende behandlingsindsats af høj kvalitet for at reducere de mulige konsekvenser af mangelfulde indsatser såsom tidlig død, selvmord, ringere mulighed for recovery, udvikling, uddannelse, trivsel, sociale fællesskaber og sundhed i forhold til jævnaldrende.

I Sundhedsstyrelsens og Social- og Boligstyrelsens faglige oplæg til en 10-årsplan for mental sundhed og psykiske lidelser blev det anbefalet at løfte kvaliteten af behandling gennem udarbejdelse af tværsektorielle og tværfaglige beskrivelser af forløb for børn/unge og voksne (1). I september 2022 blev der vedtaget en bred politisk aftale om en 10-årsplan for psykiatrien og mental sundhed (2) og om styrkelse af indsatsen til mennesker med svær psykisk lidelse gennem udarbejdelse og implementering af beskrivelser af forløb. På den baggrund har Sundhedsstyrelsen og Social- og Boligstyrelsen med inddragelse af relevante aktører i 2023-2024 udarbejdet beskrivelser af forløb for henholdsvis børn/unge og voksne med psykoselidelser. Disse skal udmøntes i kommuner og regioner inden for den aftalte ramme i finansloven for 2023.

Denne rapport udgør det faglige grundlag for tilrettelæggelsen af tværsektorielle indsatser til børn og unge med psykoselidelser. Der henvises til "*Beskrivelse af forløb for børn og unge med psykoselidelser*" for en kortere og handlingsanvisende udgave af anbefalingerne til indsatser samt koordination og samarbejde omkring disse. Beskrivelsen har ikke karakter af en klinisk retningslinje, men henviser til retningslinjer og anbefalinger fra Sundhedsstyrelsens og Social- og Boligstyrelsens tidligere publikationer, i det omfang de fortsat vurderes gyldige. Derudover er retningslinjer udarbejdet i regi af regionerne, faglige selskaber mm., og danske og internationale kliniske guidelines er integreret, hvis de er vurderet at være gældende og af høj kvalitet. Se bilagsrapport for uddybende vidensgrundlag.

Der er samtidig med udarbejdelsen af beskrivelsen af forløb for børn og unge blevet udarbejdet en beskrivelse af forløbet for voksne med psykoselidelser. Disse beskrivelser er afstemt, så de i sammenhæng udgør en faglig ramme for hele forløbet fra de første symptomer, som måske allerede opstår i barndom eller tidlig ungdom, til langt ind i voksenlivet, hvor en del mennesker fortsat vil have behov for behandling og støtte. En særlig opmærksomhed er derfor også rettet mod overgangen fra ung til voksen – både i den enkeltes liv og i de indsatser, som tilbydes i forløbet.

1.1. Formål

Denne rapport udgør det faglige grundlag for tilrettelæggelsen af tværsektorielle indsatser til børn og unge med psykoselidelser. Formålet er at styrke indsatsen til børn og unge med psykoselidelser ved at beskrive anbefalinger for det samlede forløb på tværs af sektorer, herunder anbefalinger til en mere sammenhængende, helhedsorienteret, ensartet og evidens- og vidensbaseret indsats af høj kvalitet, hvor fordeling af ansvar og opgaver samt koordination mellem alle involverede parter i forløbet beskrives tydeligt. Samtidig bør forløbet være fleksibelt og tage hensyn til det enkelte barn og familiens ressourcer og behov. Målet er, at alle børn og unge med psykoselidelse får hjælp i rette tid gennem indsatser, som sikrer trivsel, udvikling og livskvalitet.

På tværs af sektorer og faggrupper og i tæt samarbejde med barnet/den unge og familien tages der udgangspunkt i barnets eller den unges individuelle behov, ønsker og mål. Det er særligt vigtigt, at der i overgangen fra ung til voksen sikres en tæt koordination af og et kvalificeret samarbejde omkring behandling, sagsbehandling i kommunalt regi og indsatser.

1.2. Hvem kan bruge det faglige grundlag for tilrettelæggelsen af tværsektorielle indsatser til børn og unge med psykoselidelser?

Det faglige grundlag kan anvendes af beslutningstagere, planlæggere og fagpersoner som supplement til selve beskrivelsen af forløbet for yderligere detaljer vedrørende de indsatser, der kan tilbydes børn og unge med psykoselidelser. Beskrivelsen af forløb for børn og unge med psykoselidelser udgør anbefalinger for bedste faglige praksis på tværs af sundheds- og socialområdet baseret på den viden og erfaring, der findes på området. Samtidig skal den kunne være praktisk anvendelig for fagpersoner ift. deres handlemuligheder undervejs i forløbet.

1.3. Lovgrundlag

Lovgrundlaget omfatter flere forskellige lovgivningsområder. Sundhedsloven fastsætter de generelle lov-mæssige rammer for sundhedsfaglig behandling, forebyggelse og sundhedsfremme, mens barnets lov sætter rammen for hjælp og støtte til børn, unge og deres familier med behov for særlig støtte, og for at de kan opnå de samme muligheder i livet som deres jævnaldrende. Herunder gælder også, at hjælp og støtte efter barnets lov bør ydes med afsæt i barnets/den unges perspektiv, ressourcer og behov med henblik på at sikre barnets/den unges bedste, og at hjælp og støtte sker tidligt.

Psykiatriloven regulerer og fastsætter rammerne for, at anvendelse af tvang i psykiatrien sker i overensstemmelse med grundlæggende retsprincipper, og at indlæggelse, ophold og behandling på psykiatriske afdelinger uden patientens samtykke sker som led i at understøtte patientens mulighed for bedring.

Voksenansvarsloven har til formål at fastsætte rammer for plejefamiliers og personales adgang til, som led i varetagelsen af den daglige omsorg, at anvende magt og foretage andre indgreb i anbragte børn og unges selvbestemmelsesret og sikre de anbragte børn og unges retssikkerhed i den forbindelse.

Derudover er der flere lovområder, som regulerer kommunale indsatser og uddannelse til børn og unge (folkeskoleloven, lov om kommunal ungeindsats, lov om bekæmpelse af ungdomskriminalitet m.fl.), som er relevante i forhold til indsatser til børn og unge med psykoselidelser.

Der henvises til bilagsrapporten for uddybning af lovgrundlaget.

1.4. Læsevejledning

Det faglige grundlag for tilrettelæggelsen af tværsektorielle indsatser til børn og unge med psykoselidelser beskriver den regionale behandling og kommunale indsatser i det samlede forløb for børn og unge med psykoselidelser. Kapitel 2 beskriver og afgrænser målgruppen. Kapitel 3 beskriver koordinationen og samarbejdet i det samlede forløb. Dette kapitel udgør det centrale omdrejningspunkt i det faglige grundlag for tilrettelæggelsen af tværsektorielle indsatser til børn og unge med psykoselidelser ved at etablere forløbets faser: 1) Tidlig opsporing og henvisning, 2) udredning, afdækning, regional behandling og kommunale indsatser og 3) opfølgning. I kapitlet beskrives koordination og samarbejde i faserne. Resten af dokumentet følger strukturen etableret i kapitel 3 ved at udfolde procedurer for tidlig opsporing af psykoselidelser i kapitel 4, mens kapitel 5-7 beskriver de regionale (børne- og ungdomspsykiatri) og kommunale (socialfaglige og skole-/uddannelsesfaglige) indsatser, der iværksættes efter opsporing af en psykoselidelse. Kapitel 8 beskriver opfølgning efter behandling i de forskellige sektorer, mens kapitel 9 beskriver de gennemgående metoder og indsatser, der går på tværs af sektorer. Slutteligt omhandler kapitel 10 procedurer for behandling af børn og unge med særlige behov i tillæg til deres psykoselidelse.

2. Målgruppe

Målgruppe er børn og unge under 18 år med primære psykoselidelser (boks 1) eller mistanke om psykoseudvikling.

Boks 1. Målgruppeafgrænsning (primære psykoselidelser)

Målgruppen inkluderer personer under 18 år, med en primær psykoselidelse (jf. ICD-10). Herunder inkluderes også de tidlige faser af en psykoselidelse, hvor der er mistanke om psykoseudvikling, eller hvor psykoselidelsen endnu ikke er nærmere specificeret. Det drejer sig om følgende:

- Skizofreni
- Skizoaffektive psykoser
- Skizotypisk sindslidelse
- Akutte og forbigående psykoser
- Paranoide psykoser
- Andre specificerede primære psykoselidelser

Psykoselidelser varierer i udtryk, sværhedsgrad og forløb, og det er i de tidlige faser ikke altid muligt at afklare, om barnet eller den unge vil få en enkelt psykotisk episode, om der vil være episodiske tilbagefald, eller om der er tale om et forløb med vedvarende behandlingskrævende symptomer. Da flere studier peger på, at tidlig intervention kan have en positiv effekt, hvis der sættes ind med behandling allerede ved de tidlige uspecifikke symptomer, omfatter målgruppen for således også:

- Børn og unge diagnosticeret med en anden psykisk lidelse med senere mistanke om psykoseudvikling eller udvikling af egentlige psykotiske symptomer
- Børn og unge, hvor psykotiske symptomer opstår i relation til rusmiddelbrug
- Børn og unge med mental retardering og/eller komplekse neuropsykiatriske tilstande og samtidige psykotiske symptomer, som ofte vil have et særligt behandlingsbehov og typisk varetages i specialfunktion jf. Specialevejledning for børne- og ungdomspsykiatri og evt. i samarbejde med andre specialer

Målgruppen inkluderer ikke børn og unge med organiske psykoser, hvor symptomerne er udløst af en somatisk sygdom eller en hjerneskade.

2.1. Symptomer på psykoselidelse og påvirkning af funktionsniveau

Den første fase i udviklingen af en psykoselidelse (kaldet prodromalfasen) er ofte kendetegnet ved, at barnet/den unge oplever begyndende forandringer i tænkning, sansning og følelsesliv og udviser uspecifikke tegn på psykisk mistroivsel. Tegnene kan eksempelvis bestå i oplevelse af kortvarige hallucinationer (syner eller stemmer), vage overvågningsfornemmelser og/eller ændret adfærd, som gør sig gældende i en grad, hvor barnets/den unges daglige funktionsniveau er påvirket, såsom humørsvingninger eller social isolation, eller de kan være oplevelser som vedvarende tristhed, indre uro, koncentrations- og hukommelsesbesvær, søvnproblemer eller bekymring/angst.

Psykoselidelser hos børn og unge kan være vanskelige at opdage, fordi symptomerne ofte er diffuse. Sommetider er det andre problemer såsom angst, der er mest iøjnefaldende og påvirker barnet/den unge mest. Det kan ligeledes være svært at skelne mellem forskellige typer af psykoselidelser og andre psykiske lidelser med lignende symptomer, fordi symptomerne udvikler sig gradvist og kan være uspecifikke, og det er derfor vigtigt, at diagnoser stillet i barndom og ungdom revurderes regelmæssigt. Fælles for de primære psykoselidelser er, at symptomer kan variere i sværhedsgrad inden for forskellige symptomdomæner. I ICD-11, som endnu ikke er indført i Danmark, specificeres seks symptomdomæner, hvor især de negative symptomer ledsages af et dårligere socialt funktionsniveau (3) (boks 2).

Boks 2. Symptomdomæner

- Positive symptomer, fx vrangforestillinger og hallucinationer eller forstyrret adfærd, tænkning forstyrret tale
- Negative symptomer, fx følelsesfladhed, inaktivitet, nedsat energi og social isolation
- Depressive symptomer, fx tristhed eller selvmordstanker
- Maniske symptomer, fx irritabilitet eller løftet humør
- Psykomotoriske symptomer, fx øget tankevirksomhed og hyperaktivitet/talepres eller hæmmet bevægelse/sprog og tankeaktivitet
- Kognitive symptomer, fx påvirkning af indlæring, hukommelse, abstraktionsevne eller opmærksomhed

Sværhedsgraden af en psykoselidelse bedømmes ud fra en samlet vurdering af symptomer, varighed, påvirkning af funktionsniveau, andre psykiske lidelser eller sociale problemstillinger, tidligere sygdomshistorie, barnets/den unges og familiens ressourcer og tilstedeværelse af støtte fra netværk og omgivelser. Særligt for børn og unge er det vigtigt at være opmærksom på, at sværhedsgraden af symptomerne ikke altid afspejler sig i en påvirkning af funktionsniveauet – især i de helt tidlige faser af en psykoselidelse. Sværhedsgraden af en psykoselidelse har dog en afgørende betydning for type og varighed af følgevirkninger.

2.2. Beskrivelse af symptomforløbet

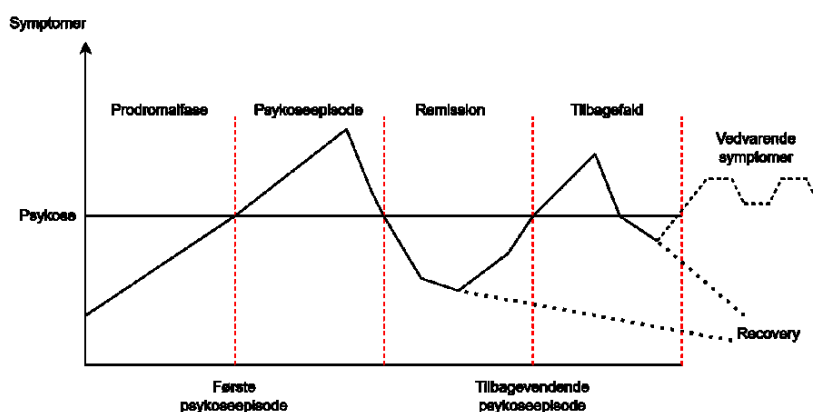
Forløbet og udviklingen af en psykoselidelse kan variere betydeligt. Nogle børn/unge bliver helt raske efter første psykoseepisode, mens andre oplever periodiske tilbagefald med forværring af psykotiske symptomer

og nedsat funktionsniveau efter en periode med bedring. Ofte vil de negative og kognitive symptomer være mere vedvarende, mens de psykotiske episoder med vrangforestillinger og hallucinationer kan fluktuere. Debut af en psykoselidelse i barndommen medfører generelt en høj risiko for et længerevarende og mere alvorligt sygdomsforløb (4).

Mellem tilbagefaldsepisoder kan der være stabile faser, hvor symptomerne bliver mindre alvorlige eller forsvinder helt med behandling, og hvor funktionsniveauet er påvirket i mindre grad. Selv ved vedvarende symptomer og behov for længerevarende behandling vil en del opleve bedring over tid og vil kunne leve et godt liv med sygdommen.

Figur 1 illustrerer eksempler på de forskellige faser i en psykoselidelse. Der anvendes i dette faglige grundlag forskellige begreber til at beskrive, hvilken fase af forløbet den enkelte er i (se bilagsrapport for forklarende begrebsliste). I den tidlige (prodromale) fase er symptomerne uspecifikke og diskrete eller endnu ikke erkendt. I psykosefasen (den akutte fase) opstår den første egentlige psykoseepisode, hvorefter symptomerne efter noget tid, fx på grund af behandling, kan aftage eller forsvinde helt (remission). Herefter kan der efter en periode med remission være tilbagevendende psykoseepisoder (tilbagefald).

Figur 1. Eksempler på faser i udviklingen af en psykoselidelse.



Målet for behandlingen er recovery. Det vil sige, at mængden/graden af symptomer reduceres, samtidig med at man genvinder tabt funktionsevne så vidt muligt og lever et meningsfuldt og tilfredsstillende liv. Nogle oplever, at symptomerne er vedvarende trods behandling, og det er derfor væsentligt at have fokus på, at recovery også kan betyde, at man kan leve et selvstændigt og meningsfuldt liv med en vis grad af symptomer.

Børn og unge med korterevarende symptomer, god effekt af behandlingen og hurtigere tilbagevenden til et normalt hverdagsliv vil have behov for en mindre intensiv indsats/behandling end børn/unge med hyppige tilbagefald eller langvarige forløb. Hvis psykoselidelsen er langvarig eller kompleks, er der øget risiko for på sigt at få flere sociale problemer, hvilket igen kan påvirke udviklingen af selve psykoselidelsen negativt. I sådanne tilfælde er der brug for hjælp og støtte, og det kan være meget svært for barnet/den unge at følge skolegang/uddannelse, at indgå i sociale relationer og at føle sig accepteret, forstået og inkluderet i de fællesskaber, barnet/den unge normalt bevæger sig i. Samtidig kan der ses et stort funktionstab i forhold til de ting, som barnet/den unge tidligere godt selv har kunnet varetage, såsom døgnrytme, ernæring dagligdagsopgaver, egenomsorg og hygiejne.

Nogle børn og unge kan også få og/eller handle på tanker om selvskade eller selvmord. I de tilfælde vil der være behov for en omfattende indsats på tværs af behandlingen i den regionale psykiatri og indsatserne i kommunen. Endvidere er det vigtigt med støtte til og inddragelse af netværket i det omfang, det er muligt, samt et tæt tværsektorielt samarbejde. I behandlingsarbejdet er det vigtigt at have fokus på forebyggelse af komplicerende problemer så som somatisk sygdom, rusmiddelbrug, kriminalitet og hjemløshed.

3. Samarbejde og koordination i det samlede forløb

Et sammenhængende forløb kræver, at samarbejdet på tværs af sektorer og fagområder foregår koordineret og med udgangspunkt i fælles mål, viden og planer. Dette kapitel udgør et centralt omdrejningspunkt for det faglige grundlag for tilrettelæggelsen af tværsektorielle indsatser til børn og unge med psykoselidelser ved at beskrive samarbejde og koordination i forløbets faser: 1) Tidlig opsporing og henvisning, 2) udredning, af-dækning, regional behandling og kommunale indsatser og 3) opfølgning samt i overgangen fra barn til voksen (se figur 2). I kapitlet beskrives desuden tre centrale elementer, som i varierende grad kan indgå i de forskellige faser: få kontakflader, tværsektorielle netværksmøder og fælles samarbejdsplaner.

Behovet for koordination og samarbejde stiger i takt med varigheden og sværhedsgraden af psykoselidelsen og den samlede kompleksitet. Flere samtidige indsatser på tværs af sektorer og lovgivningsområder stiller krav til koordination på tværs og internt i hhv. region og kommune og kræver klare aftaler om fordeling af ansvar og opgaver.

Boks 3. Tidspunkter med særligt behov for koordination

1. Når psykoselidelsen debuterer, og behovet for behandling og indsatser skal vurderes
2. Kontinuerligt ved længerevarende forløb og ved væsentlige ændringer i barnets/den unges liv
3. Ved indlæggelse og afslutning af døgnbehandling, så kommunale indsatser kan nå at iværksættes
4. Ved afslutning af ambulante behandling og skift i behandlingstilbud

En sammenhængende og helhedsorienteret indsats er særligt vigtig for børn og unge med psykoselidelser og en række principper danner grundlag for de social- og sundhedsfaglige indsatser i hele forløbet (se boks 4).

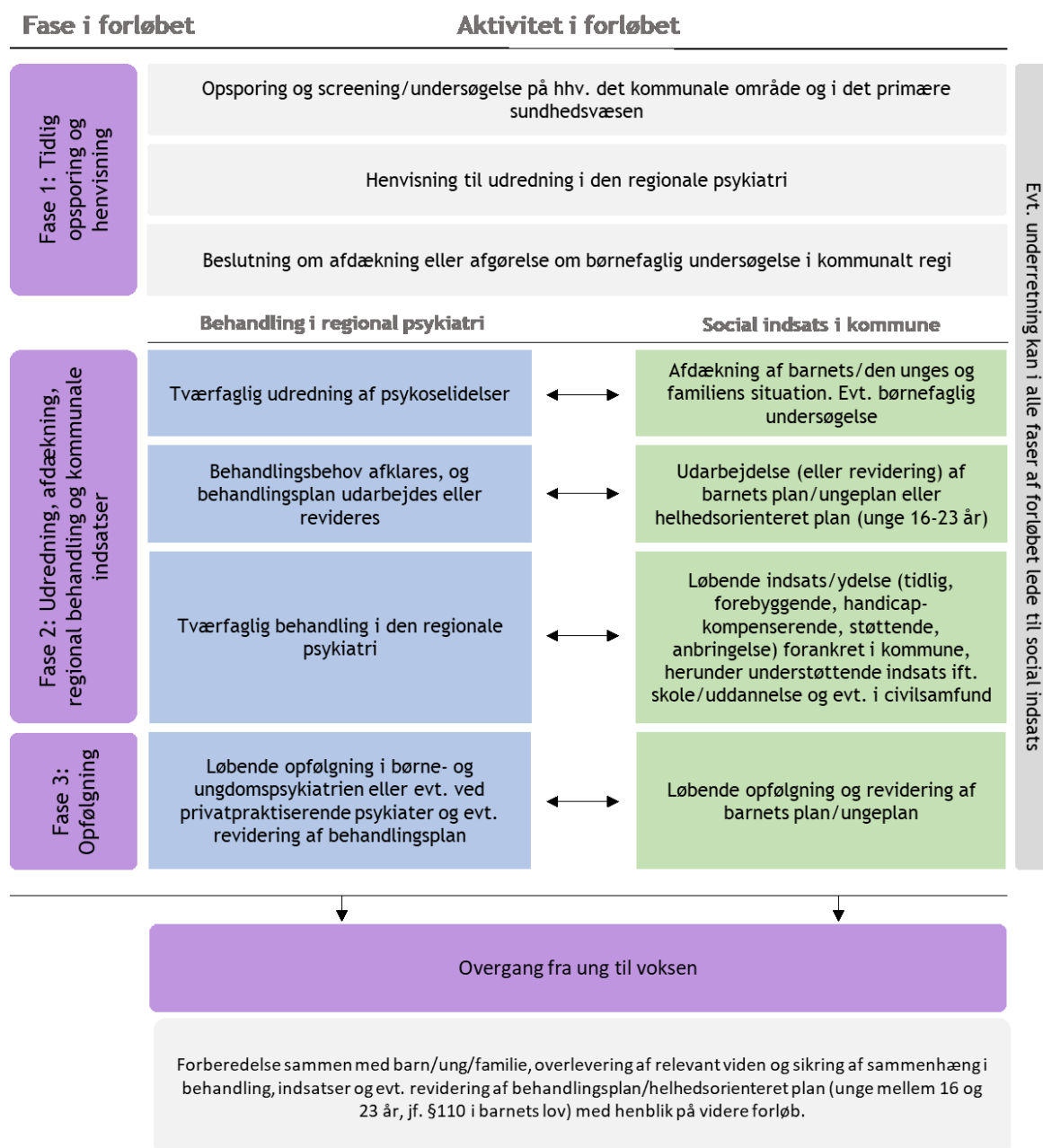
Boks 4. Gennemgående principper for indsatsen

- **Recovery:** Recovery-orienteret tilgang med fokus på barnets potentiale for at genvinde tabt funktionsevne og leve et meningsfuldt liv.
- **Inddragelse af og samarbejde med barnet/den unge og familien:** Barnet eller den unge og deres familier skal høres og inddrages som del af et ligeværdigt samarbejde med fagpersoner gennem hele forløbet. De skal opleve omsorg, medbestemmelse, hensyntagen til individuelle behov og præferencer og inddragelse af og støtte til pårørende.
- **Fleksibel tilgang:** Variation i symptomer, funktionsnedsættelse og familieforhold kræver skræddersyede løsninger til individuelle behov.
- **Inklusion og bekæmpelse af stigmatisering:** Der skal skabes et støttende miljø, hvor den enkelte føler sig accepteret og forstået. Fagpersoner i skoler, uddannelsesinstitutioner mm. bør have viden om, at psykoselidelser kan behandles og fremme inklusion og fastholdelse af barnet/den unge i skole, uddannelse og kvalitetsrige sociale fællesskaber.
- **Sammenhængende og integrerede indsatser:** Den samlede indsats bør være helhedsorienteret og tilrettelægges ud fra barnets/den unges og familiens samlede situation. Der arbejdes tværfagligt med fælles mål og vidensdeling på tværs af regioner og kommuner.

3.1. Overblik over forløbet

Figur 1 giver et overblik over forløbets struktur fra tidlig opmærksomhed på og opsporing af symptomer på en psykoselidelse til behandling og opfølgning i kommunalt og regionalt regi. Figuren tydeliggør de forskellige aktørers (region/kommune) aktiviteter i forskellige faser af forløbet, som dog i praksis kan foregå både parallelt og forskudt.

Figur 2. Overblik over faser og aktiviteter i forløbet



3.1.1. Samarbejde og koordination om tidlig opsporing (fase 1)

Den tidlige opsporing af børn og unge med psykoselidelser kan ske mange steder, men i de fleste tilfælde vil det være egen læge eller PPR, som henviser barnet/den unge til børne- og ungdomspsykiatrien. Flere fagpersoner kan forinden selve henvisningen have samarbejdet og koordineret omkring behovet for udredning i psykiatrisk regi på baggrund af konkrete tegn på mistriksel. Den tidlige opsporing og henvisning er desuden

beskrevet i kapitel 4, der udfolder opsporingen på henholdsvis det almene og det specialiserede børne- og ungeområde samt på sundhedsområdet.

Figur 2 illustrerer delelementerne i et typisk forløb, hvor aktiviteterne i hver sektor fremstår synkrone. I praksis vil forløbene dog ofte være asynkrone, så opsporingen fx alene sker i den ene sektor, hvorefter den anden sektor kobles på i fase 2. Opsporingen kan eksempelvis foregå ved egen læge, der henviser til børne- og ungdomspsykiatrien, der i fase 2 inviterer det specialiserede børne- og ungeområde til et netværksmøde. Omvendt kan det specialiserede børne- og ungeområde henvende sig til børne- og ungdomspsykiatrien på baggrund af en række tegn på psykisk mistrivsel, der er identificeret i screeningen.

For at skabe et smidigt og godt samarbejde om opsporingen er det vigtigt, at sektorerne har indsigt i hinandens arbejdsgange og metoder til opsporing, og at der er klare procedurer for underretning og henvisning samt fokus på at koordinere på tværs. I samarbejdet inddrages barnet/den unge og familien, når der koordineres om henvisningen til børne- og ungdomspsykiatrien, så de kender og er trygge ved den videre proces.

3.1.2. Samarbejde og koordination om udredning/afdækning, behandling og indsatser (fase 2)

Anden fase rummer både udredning og afdækning/undersøgelse af barnets/den unges tegn på psykisk lidelse i henholdsvis børne- og ungdomspsykiatrien og på det specialiserede børne- og ungeområde. I denne fase afklares typen af behandling, hjælp og støtte, som barnet/den unge og familien kan tilbydes.

Kontaktpersonen i børne- og ungdomspsykiatrien og den ansvarlige fagperson i kommunen igangsætter så tidligt som muligt et tæt samarbejde, hvor der på et eller flere tværsektorielle netværksmøder (afsnit 3.3) aftales en fælles samarbejdsplan (afsnit 3.4). Det er vigtigt, at der som en del af samarbejdsplanen aftales fælles mål for indsatsen, så familien og barnet/den unge oplever en sammenhængende og helhedsorienteret indsats på tværs af sektorer.

Der kan med fordel helt fra start af samarbejdet skabes en god struktur, hvor sektorerne laver klare aftaler om samarbejdet og inddragelsen af barnet/den unge og familien. Ved et tværsektorielt netværksmøde fastlægges fælles mål samt en plan for indsatsen og samarbejdet, herunder ansvarsfordelingen for de forskellige dele af samarbejdsplanen. Da aktiviteterne i fasen ikke nødvendigvis er synkrone på tværs af region og kommune, kan en udredning i den regionale psykiatri og en afdækning eller børnefaglig undersøgelse foregå både parallelt og forskudt. Således kan en afdækning fx være udført inden henvisning til psykiatrien, men kan også iværksættes undervejs i behandlingen i psykiatrien efter underretning til børne- og familieafdelingen. For at sikre at behandlingen og indsatserne reelt tager afsæt i fælles mål på tværs af sektorer og kan understøtte hinanden, er det vigtigt at skabe en tydelig kobling mellem samarbejdsplanen og de lokale sektorplaner. Det kræver, at de ansvarlige fagpersoner koordinerer og videndeler om planer, aktiviteter og igangværende indsatser, eksempelvis ved konkret at dele egne planer med den anden sektor. Ved overlevering inden for samme sektor, herunder fra region til region ved bopælsskift eller ved overflytning til og fra højtspecialiseret enhed, er der behov for koordinering mellem afgivende og modtagende psykiatriske enhed, således at den modtagende enhed forpligtes til at deltage i et overleveringsmøde, og den afgivende enhed bibeholder ansvaret for barnet/den unge frem til overleveringen.

Da der kan være mange skift i symptombilledet hos børn og unge med psykoselidelser, er det hensigtsmæssigt, at region og kommune hele tiden sikrer, at behandlingen og indsatserne er sammenhængende, helhedsorienterede og tager udgangspunkt i den enkeltes aktuelle udfordringer samt familiens ressourcer og behov. I samarbejdet er det derudover vigtigt, at fagpersonerne løbende er opmærksomme på en række forhold rundt om barnets/den unges behandling/indsatser, fx etablering af meningsfulde hverdagsstrukturer og sociale relationer, eventuel isolation, tilknytning til skole, uddannelse, mv.

Det er helt centralt i samarbejdet, at region og kommune overordnet set er bekendte med hinandens roller og opgaver, da det skaber grobund for en større forståelse for hinandens praksisser. Det er vigtigt, at de forskellige faglige perspektiver kan supplere hinanden, da de netop koblet med hinanden kan skabe grobund for en helhedsorienteret og tværfaglig indsats for barnet/den unge og familien. Se desuden kapitel 5-7, som beskriver henholdsvis udredning og behandling i den regionale børne- og ungdomspsykiatri, kommunale indsatser samt indsatser målrettet skolegang og uddannelse.

3.1.3. Samarbejde og koordination om opfølgning (fase 3)

I både børne- og ungdomspsykiatrien og børne- og familieafdelingen pågår en løbende opfølgning på hhv. behandlingsplanen og barnets plan/ungeplanen. I fase 3 samarbejder sektorerne og koordinerer opfølgningen af den fælles samarbejdsplan (afsnit 3.4). Dette kræver en opfølgningspraksis på tværs med fokus på at sikre barnets/den unges trivsel, udvikling og livskvalitet, og hvor barnets plan/ungeplanen og behandlingsplanen inddrages i samarbejdsplanen.

Et godt grundlag for en fælles opfølgningspraksis etableres allerede i fase 2, hvor der tages stilling til opfølgning på samarbejdsplanen. Her kan formål, struktur og hyppighed af de fremtidige tværsektorielle netværksmøder aftales med barnet/den unge og familien. Dette skaber en gennemsigtighed for alle i forhold til, hvorledes der kan samarbejdes videre frem og på tværs.

Klare aftaler om de tværsektorielle netværksmøder skaber en god struktur for opfølgningen og koordinationen på tværs af sektorerne. Derudover kan graden af samarbejde justeres mellem netværksmøderne alt efter behov og udvikling i det enkelte forløb. Samarbejds- og koordinationsbehovet kan således intensiveres i perioder, hvor det bliver væsentligt at genbesøge og afstemme samarbejdsplanen oftere for at sikre, at behandlingen og indsatserne fortsat tager afsæt i fælles mål på tværs af sektorerne. Se desuden kapitel 8 om opfølgning i de forskellige sektorer.

3.1.4. Samarbejde og koordination ved overgangen fra ung til voksen

Når den unge bliver 18, overgår den unge som udgangspunkt til voksenområdet i kommunerne og til voksenpsykiatrien i regionen, hvilket kræver en særlig opmærksomhed på samarbejde og koordination. Fokus er på at forberede den unge og familien på overgangen fra støtte eller behandling på børne- og ungeområdet til voksenområdet, da overgangen sker på et sårbart tidspunkt i udviklingen, hvor den unge skal udvikle konstruktive strategier i forhold til egen mestring af sygdommen. Derudover står den unge ofte midt i en ungdomsuddannelse og har brug for støtte i at lægge grundstenene til at komme godt ind i voksenlivet og fastholde uddannelse, arbejde og sociale relationer. Det er således afgørende, at fagpersoner har fokus på denne overgang tidligt i mødet med den unge. I samarbejdet på tværs er fokus på udvikling af fælles planer på tværs af børne- og voksenområdet og vidensdeling i forhold til, hvordan indsatserne bedst tilrettelægges for den unge i overgangen mellem børne- og voksenområdet.

Koordination af overgangen fra ung til voksen indledes med netværksmøder (afsnit 3.3) med deltagelse af den unge, forældre, relevante fagpersoner fra unge- og voksenområderne og den unges nuværende og kommende kontaktpersoner i børne- og ungdomspsykiatrien og ansvarlige fagpersoner i kommunen. På netværksmødet koordineres overgangen fra ung til voksen i begge sektorer, herunder behovet for fortsat behandling og kommunale støttende indsatser, og der skrives en fælles samarbejdsplan for overgangsperioden jf. afsnit 3.4.

Overgang fra børne- og ungdomspsykiatri til voksenpsykiatri

Sundhedsstyrelsen har udarbejdet anbefalinger for transitionsforløb fra børne- og ungeområdet til voksenområdet i sygehusregi, som kan danne udgangspunkt for, hvordan overgangen planlægges. Forberedelsen kan bestå i, at en kommende patient og pårørende kan komme på besøg i voksenpsykiatrien sammen med nuværende behandlere, og at der afsættes tid til løbende dialog om og tilrettelæggelse af overgangen. Når den unge overgår til voksenpsykiatrien, intensiveres opfølgningen. Ligeledes kan det ved indflytning på et børne- og ungehjem være gavnligt at besøge afdelingen og hilse på inden flytningen.

I forskningsprojektet OPUS YOUNG i Region Hovedstadens Psykiatri har man positive erfaringer med, at de unges behandlingsforløb foregår i to år, uagtet at den unge fylder 18 år. Forløbet kan således fungere som bindeled i overgangen mellem barn og voksen, hvor man kan støtte den unge med koordination på tværs.

Overgang fra børne- og ungeområdet til voksenområdet i kommunerne

Når den unge bliver myndig ved det fyldte 18. år opnås fuld myndighed til at træffe beslutninger om eget liv. I overgangen til voksenlivet skal den unge bl.a. forholde sig til uddannelse, job, bolig, forsørgelse og økonomi. For unge, der inden det fyldte 18. år har fået indsatser efter barnets lov, kan det betyde, at indsatser ophører, at der, hvis den unge har været anbragt uden for hjemmet, igangsættes ungestøtte (tidligere 'efterværn') efter barnets lov, eller at der igangsættes indsatser efter lov om social service. Uanset lovgrundlag iværksættes indsatser efter det 18. år alene med den unges samtykke. Når den unge fylder 18, får den unge selvstændig opholds- og handlekommune. Det kan, særligt for anbragte unge, betyde, at den nye handlekommune træffer afgørelse om eventuel ungestøtte efter reglerne i §§ 114-116 i barnets lov. Hvis den unge er indforstået med det, er der mulighed for, at den tidligere handlekommune forbliver handlekommune efter aftale med den nye handlekommune.

Når en ung, som modtager kommunale ydelser og/eller indsatser, overgår fra børne- og familieområdet til voksenområdet, afhænger processen dels af den unges behov og dels af den kommunale organisering. Kommunerne er med den kommunale ungeindsats (5) (se afsnit 7.3.) forpligtet til at koordinere den samlede ungeindsats i kommunen på tværs af uddannelses-, beskæftigelses- og socialindsatsen for at gøre alle unge under 25 år parat til at gennemføre en ungdomsuddannelse eller komme i beskæftigelse. Barnets lov understøtter med flere bestemmelser, at der er tale om en glidende overgang, der forudsætter forberedelse fra det 16. år.

Kommunerne fastlægger selv deres organisering af ungeområdet (6). Uanset organiseringen i den enkelte kommune er der en række opmærksomhedspunkter, som kan bidrage til at fremme den gode overgang (7) (boks 5).

Boks 5. Opmærksomhedspunkter ved overgang til voksenområdet

- Det tværfaglige og tværsektorielle samarbejde i kommunen kan understøttes ved, at der internt i kommunen udarbejdes retningslinjer for samarbejde, koordinationen og opgave- og ansvarsfordeling.
- Børne- og familieafdelingen kan fra det 16. år tilbyde en helhedsorienteret plan i stedet for en ungeplan. Den helhedsorienterede plan vedrører de indsatser, der iværksættes efter barnets lov, samt øvrige relevante indsatser efter anden lovgivning (§ 110).
- For unge med betydeligt og varigt nedsat fysisk eller psykisk funktionsniveau eller indgribende kronisk eller langvarig lidelse påbegyndes forberedelsen til voksenlivet ved det 16. år.
- For unge, der forventes anbragt frem til det 18. år, reviderer børne- og familieafdelingen ungeplanen og tager stilling til ungestøtte, inden den unge er 17½ år. For unge med en kontaktperson tager kommunen stilling til ungestøtte i god tid inden det fyldte 18. år.

3.2. Få kontaktflader

Særligt for børn/unge med langvarige og komplekse psykoselidelser kan mange overgange og parallelle indsatser i region og kommune udfordre muligheden for at danne tillidsfulde relationer til fagpersoner. Det er således i alle faser centralt, at barnet/den unge har så få fagpersoner omkring sig og skift i fagpersoner i både region og kommune for at forenkle processen og skåne barnet/den unge mest muligt. Jo flere fagpersoner, der er tilknyttet den enkelte, jo vigtigere er det, at der aftales en klar ansvarsfordeling, og at det fremgår tydeligt for barnet/den unge, forældrene og andre tilknyttede fagpersoner, hvem der er ansvarlig for en indsats.

Fagpersonerne omkring barnet/den unge forventes ikke at have detaljeret kendskab til alle indsatser, men kender fælles samarbejdsplaner, har en relation til barnet/den unge, er kontakt på eget område og sikrer sammenhæng og opfølgning (8). Når den ansvarlige fagperson skifter, inddrages barnet/den unge og forældrene i planlægningen af overgangen, og der samarbejdes om at sikre kontinuitet og vidensoverdragelse i forløbet.

Boks 6. Opgaver for fagpersoner i de forskellige faser af forløbet

Indledningen af et forløb:

- **Kontaktpersonen i børne- og ungdomspsykiatrien** udpeges, når et forløb opstartes. Ved behov for social indsats tages der med barnets/den unges og forældrenes samtykke kontakt til børne- og familieafdelingen. Der indkaldes til et netværksmøde ved behov.
- **Den ansvarlige fagperson i børne- og familieafdelingen**, børne- og ungerådgiveren, er indgangen til sociale indsatser for barnet/den unge og forældrene. Børne- og ungerådgiveren vurderer, om barnet/den unge skal udredes og bevilges social støtte efter barnets lov. Derudover kan barnet/den unge og forældrene være i kontakt med øvrige kommunale fagpersoner i PPR, skole mv.

Længerevarende forløb, herunder kommunale indsatser:

- **Kontaktpersonen i børne- og ungdomspsykiatrien og den ansvarlige fagperson i kommunen** opretholder løbende samarbejde om eksempelvis hyppighed af netværksmøder. De deltager aktivt i relevante møder med barnet/den unge, forældrene og andre samarbejdspartnere og holder hinanden orienterede om ændringer i behandlingsplanen eller indsatser.
- **Hvis der bevilges socialpædagogisk støtte i eget hjem eller på et anbringelsessted**, har den ansvarlige fagperson fokus på, at der løbende og systematisk videregives relevant viden til de udførende fagpersoner, som i det daglige er tæt på barnet/den unge og familien.

Under indlæggelse:

- **Kontaktpersonen på sengeafsnittet** udpeges ved indlæggelsen og koordinerer forløbet med den ambulante og kommunale indsats, planlægger netværksmøde, især ved længerevarende indlæggelser med behov for justering/iværksættelse af kommunale indsatser, og orienterer kommunen om funktionsniveau og forventet udskrivningsdato.
- **Den ansvarlige fagperson i børne- og familieafdelingen** påbegynder sagsbehandling parallelt med, at den psykiatriske døgnbehandling finder sted.

Ved afslutningen af et forløb:

- **Kontaktpersonen i børne- og ungdomspsykiatrien** sikrer i god tid inden eventuel overgang til voksenpsykiatrien at informere om, at behandling overgår til næste behandlingssted, epikrise til egen læge og afsluttende lægesamtale og netværksmøde.
- **Barnets/den unges ansvarlige fagperson i børne- og familieafdelingen** deltager i et afsluttende netværksmøde, indhenter samtykke

3.3. Tværsektorielle netværksmøder

I de fleste forløb er tværsektorielle netværksmøder en helt central samarbejdsform. De tværsektorielle netværksmøder kan forekomme i alle faser i forløbet og kan initieres af kommunen, børne- og ungdomspsykiatrien eller være på anmodning fra barnet/den unge eller forældrene. Behovet stiger med varighed, sværhedsgrad og kompleksitet af psykoselidelsen samt antallet af samtidige indsatser.

Boks 7. Tværsektorielle netværksmøder

- På netværksmøderne deltager barnet/den unge, forældrene, kontaktpersonen fra børne- og ungdomspsykiatrien og den ansvarlige fagperson fra kommunen.
- Netværksmødet centrerer om barnet/den unge med en åben og lyttende tilgang (se kapitel 10 om netværksinddragende metoder).
- På det første netværksmøde deltager barnet/den unge, forældre og relevante fagpersoner på tværs af sektorer. Der fastlægges fælles mål og en plan for indsatsen og samarbejdet, og ansvarsfordeling på tværs af sektorer og fagområder aftales. Derudover aftales formål, struktur og hyppighed af fremtidige møder, og der udarbejdes en fælles samarbejdsplan (afsnit 3.4.).
- Hyppigheden af netværksmøder i længerevarende forløb tilpasses den enkeltes behov, men kan eksempelvis afholdes, hvis der bevilges en ny indsats, eller hvis barnet/den unge udskrives fra døgnbehandling.
- Ved afslutning af et forløb planlægges et afsluttende netværksmøde, hvor aftaler og planer efter forløbets afslutning koordineres, herunder behov for fortsat behandling og støttende indsatser fra børne- og familieafdelingen. Kontaktpersonen fra børne- og ungdomspsykiatrien og den ansvarlige fagperson i kommunen deltager, og ved overdragelse af behandlingsansvaret til privatpraktiserende speciallæge i børne- og ungdomspsykiatri kan denne også deltage.
- Ved møderne kan anvendes netværksmødeskabeloner (social.dk | [Det inddragende netværksmøde](#)), som også kan danne udgangspunkt for den fælles samarbejdsplan.

3.4. Fælles samarbejdsplaner

For at sikre at indsatser på tværs af sektorer tager afsæt i fælles mål og understøtter hinanden, udarbejdes en fælles samarbejdsplan på netværksmødet, som oftest i fase 2 med opfølgning i fase 3. Den kommunale børne- og ungerådgiver inddrages i udarbejdelsen, da vedkommende har bemyndigelse til at iværksætte indsatser. Kontaktpersonen i børne- og ungdomspsykiatrien og den ansvarlige fagperson i børne- og familieafdelingen har ansvar for løbende opfølgning på og revision af samarbejdsplanen på opfølgende netværksmøder.

Boks 8. Fælles samarbejdsplaner

- Planen indeholder formål, kontaktoplysninger på involverede parter, aftaler med ansvar og frister samt en plan for opfølgende møder.
- Den kommunale barnets plan/ungeplan og den sundhedsfaglige behandlingsplan inddrages i samarbejdsplanen.
- Med barnets/den unges og forældrenes samtykke kan samarbejdsplanen deles med relevante parter såsom praktiserende læge.
- Ved afslutning af et forløb eller ved overgang til voksenpsykiatrien beskriver den fælles samarbejdsplan de indsatser, der er behov for efter afslutningen/ved overgangen, herunder en plan for opfølgning i kommunen. Samarbejdsplanen indeholder ved afslutningen også centrale elementer af patientens kriseplan/tilbagefaldsforebyggelsesplan.
- Hvis netværksmødet afholdes ved afslutningen af en indlæggelse, hvor barnet/den unge får en udskrivningsaftale/koordinationsplan eller koordinerende indsatsplan, indgår denne også i planen.
- Hvis afslutning sker i forbindelse med udskrivning fra døgntilrettelæggelse, tages der jf. Psykiatriloven stilling til udarbejdelse af hhv. udskrivningsaftale (§13a) eller koordinationsplan (§13b) for de børn/unge, hvor det er relevant og lovpligtigt. Disse indgår i samarbejdsplanen.
- Hos børn/unge med samtidig rusmiddelproblematik kan i stedet udarbejdes en koordinerende indsatsplan (se desuden kapitel 11).

4. Tidlig opsporing og henvisning

Tidlig opsporing og hurtig behandling af psykoselidelser er afgørende for forløbet. Fagpersoner på det almene og specialiserede børne- og ungeområde og på sundhedsområdet spiller en vigtig rolle i opsporing af og reaktion på mistriksel og symptomer på psykisk lidelse og bør have klare handleveje som beskrevet i dette kapitel.

Børn og unge med en psykoselidelse er mere sårbare i forhold til udvikling og trivsel sammenholdt med jævnaldrende, og psykoselidelsen påvirker det sociale funktionsniveau alt efter sværhedsgraden af symptomerne. Børn og unge fortæller ikke altid om symptomerne. For nogle har de været til stede siden tidlig barndom og opleves ikke nødvendigvis som unormale. Andre kan skjule deres symptomer på grund af frygt og skam eller kan have svært ved at sætte ord på oplevelserne. Det er derfor vigtigt at støtte dem i at beskrive deres oplevelser. Ligeledes kan forældre og andre pårørende have svært ved at erkende, at der er tale om psykotiske symptomer og kan derfor være tøvende ift. at handle på dem.

Jo længere tid der går, fra de første symptomer på psykose opstår hos børn og unge, til behandlingen starter, desto sværere forløb og heraf øget risiko for vedvarende påvirkning af funktionsniveau er der (9,10,11). Internationalt er der enighed om, at varigheden af ubehandlet psykose ikke bør overstige tre måneder (12,13). På trods af denne anbefaling vurderes den gennemsnitlige varighed af ubehandlet psykose at være et til to år (14, 9).

Tidlig opsporing og behandling har således betydning for børnenes og de unges funktionsniveau samt mulighed for at fastholde eller genskabe tilknytning til skole, uddannelse og socialt netværk. Tidlig opsporing og behandling er også afgørende for, om børnene og de unge udvikler eksempelvis rusmiddelproblemer(15) eller andre psykiatriske symptomer som for eksempel selvskaade, tvangssymptomer (OCD) eller spiseforstyrrelser.

Nære omsorgspersoner vil ofte være de første, som får en bekymring for barnet eller den unge. Det er derfor vigtigt, at familien ved, hvor de kan henvende sig med deres bekymring, og at fagpersoner reagerer hurtigt på familiens bekymring, så barnet eller den unge kan få den nødvendige hjælp rettidigt.

4.1. Tidlig opsporing på det almene og det specialiserede børne- og ungeområde

Det er vigtigt at styrke opsporingen i de arenaer, hvor børn og unge har deres hverdagsliv, eksempelvis i skoler, specialtilbud og på ungdomsuddannelser. Fagpersoner med kontakt til børn og unge spiller en afgørende rolle i den tidlige opsporing, da de kan reagere og eventuelt henvise videre, når børn og unge ændrer adfærd og udviser tegn på psykisk mistriksel eller symptomer på psykisk lidelse. Fagpersonerne i disse arenaer skal ikke have kendskab til diagnoser, men have viden om tidlige tegn på mistriksel og være nysgerrige, undersøgende og handle rettidigt og relevant ved bekymring, herunder nære omsorgspersoners bekymring.

I boks 9 fremgår eksempler på tegn på psykisk mistrivsel eller psykisk lidelse. Tegnene kan være udtryk for en psykoselidelse eller anden alvorlig psykisk lidelse, og det er vigtigt, at fagpersoner kan reagere på disse med henblik på tidlig opsporing.

Boks 9. Tegn på psykisk mistrivsel og psykisk lidelse

- Vedvarende svære følelser som fx tristhed eller bekymring/angst
- Fysisk ubehag/smerte
- Selvmordstanker eller -forsøg eller selvskadende adfærd
- Social isolation
- Bekymrende skolefravær
- Markant ændret og aparte adfærd, som ikke kan forklares af ændringer i barnets/den unges liv, eksempelvis irritabilitet, aggression eller manglende følelsesmæssige reaktioner på begivenheder eller situationer, der normalt ville udløse følelse (affektfladhed)
- Svækket kommunikationsevne, eksempelvis vanskeligheder med at formulere egne tanker og uforståelig eller usammenhængende tale
- Paranoia, mistænksomhed eller vrangforestillinger, eksempelvis forestillinger om at blive forfulgt eller overvåget, oplevelse af at ens tanker er påvirket udefra eller bliver fjernet, oplevelse af at noget eller nogen udefra styrer eller påvirker en eller andre urealistiske, aparte og fastlåste overbevisninger, der ikke kan rystes af
- Hallucinationer, eksempelvis at se eller høre ting, som andre ikke kan opfatte
- Forvirring og desorganiseret adfærd, eksempelvis vanskeligheder med at udføre dagligdagsopgaver og tage vare på sig selv, selv om de tidligere har kunnet dette

Fagpersoner fx i kommunens pædagogiske psykologiske rådgivning (PPR), sundhedsplejen eller på det sociale myndighedsområde har mulighed for at have en særlig opmærksomhed på tidlig opsporing af børn og unge i øget risiko for at udvikle en psykoselidelse med henblik på at nedsætte varigheden af ubehandlet psykose og potentielt forebygge sygdomsudvikling. Gruppen af børn og unge i øget risiko er særligt børn med førstegradsslægtninge (forældre eller søskende) med skizofreni eller andre primære psykoselidelser samt børn med andre samtidige psykiske lidelser, for hvem symptomer på en psykoselidelse kan være vanskelige at adskille fra symptomer på andre lidelser.

Ved mistanke om alvorlig psykisk lidelse er det nødvendigt med en tværfaglig indsats tidligt i forløbet, så yderligere forværring kan forebygges, og der hurtigt kan henvises til relevante tilbud i psykiatrisk regi gennem egen læge, PPR, det kommunale behandlingstilbud til børn og unge i psykisk mistrivsel (16), børne-/unge-rådgiveren på det sociale myndighedsområde eller lignende.

Ved uspecifikke symptomer på psykisk mistrivsel, som ikke direkte giver anledning til at mistænke en psykoselidelse, kan barnet/den unge og familien guides til det kommunale behandlingstilbud til børn og unge i psykisk mistrivsel, hvor det ved en eller flere samtaler afklares, om barnet/den unge er i målgruppen for behandling.

En række yderligere opmærksomhedspunkter kan med fordel tages i betragtning på det almene og specialiserede børne- og ungeområde med henblik på at styrke en systematisk, tidlig opsporing og relevant handling ved bekymring for et barn eller en ung (boks 10).

Boks 10. Opmærksomhedspunkter ved tidlig opsporing

- Kommunen kan med fordel beskrive tydelige procedurer for, hvordan fagpersoner kan handle efter opsporing af et barn/en ung, så opsporingen leder til rettidig og relevant reaktion.
- Fagpersoner skal være opmærksomme på, at de er underlagt skærpet underretningspligt. I praksis betyder det, at de har pligt til at underrette kommunens myndighedsafdeling om forhold, der giver anledning til at mistænke mistrivsel hos børn og unge samt formodning om behov for særlig støtte (barnets lov § 133).
- I forbindelse med relevant handlen på tidlig opsporing kan en opmærksomhed på inddragelse af og rådgivning til primære omsorgspersoner styrke deres forståelse af barnets/den unges symptomer og håndtering af disse i hjemmet.
- Det er centralt med en systematik for overlevering af relevant viden i barnets/den unges overgange, som kan rumme et samarbejde med barn/ung og forældre og en særlig opmærksomhed på tidlig indsats og overgang ved 18 år. Hertil bemærkes gældende lovgivning vedr. behov for samtykke og tavshedspligt.
- Opsporingen styrkes ved systematisk at spørge til børn eller søskende (risiko grundet familiær disposition), når mennesker med psykoselidelse mødes i forbindelse med støtte- og behandlingstilbud eller i rusmiddelbehandling. Jf. lov om social service § 101 har alle, der anmoder om behandling af stofmisbrug, ret til en lægesamtale med henblik på afdækning af psykiatriske lidelser.
- Jf. § 64 barnets lov skal alle børn og unge anbragt på sikrede institutioner og særligt sikrede afdelinger tilbydes screening med henblik på at få afdækket et eventuelt behov for psykiatrisk udredning. Screeningen forudsætter samtykke fra forældremyndighedsindehaver og den unge, der er fyldt 15 år.

4.2. Tidlig opsporing på sundhedsområdet

4.2.1. Sundhedsplejen

Den kommunale sundhedspleje har en vigtig rolle i opsporingsindsatsen, fordi de ser størstedelen af børn og deres forældre i barnets første leveår og derefter følger barnet i overgange og med nedslag i løbet af grundskoletiden (17). Sundhedsplejersken har ved undersøgelse af barnet i de første skoleår afgørende mulighed for at identificere børn, som er i risiko for at udvikle psykisk lidelse i udskolingsalderen (18). Sundhedsplejerskerne har journalføringspligt, bl.a. med henblik på at lette kommunikation med den alment praktiserende læge, den kommunale sundhedstjeneste og det øvrige sundhedsvæsen.

4.2.2. Tidlig opsporing i almen praksis

Den praktiserende læge vil ofte møde børn og unge med psykiske lidelser eller begyndende symptomer herpå og har således en vigtig rolle i den tidlige opsporing. Det er vigtigt, at den praktiserende læge har kompetencerne til at vurdere, om der kan være tale om en begyndende psykose. Når barnet/den unge ikke tidligere er kendt i psykiatrien, er det oftest den praktiserende læge, som er indgang til psykiatrien.

Almen praksis varetager den indledende undersøgelse af børn og unge med nyopståede symptomer på psykoselidelse hurtigst muligt. Ved konsultationen spørger den praktiserende læge til sygehistorien og foretager en undersøgelse af barnet/den unge for at finde en eventuel organisk eller rusmiddelrelateret årsag til de psykotiske symptomer. Med sygehistorien klarlægges debuttidspunkt, symptomer, psykisk belastende livsbegivenheder, tidligere psykiske lidelser, familiære dispositioner til psykisk lidelse, rusmiddel- og medicinbrug, netværk samt tegn på somatisk sygdom den senere tid.

Ved symptomer på psykoselidelse uden en somatisk årsag henvises barnet/den unge til børne- og ungdomspsykiatrien, hvor udredningen i langt de fleste tilfælde foregår ambulant. Ved psykoselidelser, der kræver døgnindlæggelse enten pga. alvorsgrad eller ved behov for tæt monitorering, kan barnet/den unge henvises til indlæggelse. Såfremt den unge vurderes i risiko for at skade sig selv eller andre og ikke vil indlægges, kan det blive nødvendigt med tvangsindlæggelse på såkaldt røde papirer (fareindikation), ligesom den unge kan indlægges på gule papirer (helbredsindikation), såfremt vedkommende vurderes i risiko for alvorlig forværring uden behandling, eller der er mulighed for afgørende bedring ved akut behandling.

4.2.3. Tidlig opsporing på børneafdelinger på sygehusene

Psykoselidelser kan komme til udtryk med fysiske symptomer, nedsat fysisk funktionsevne eller generel mistrivsel. Desuden kan de også forekomme samtidigt med somatiske sygdomme. På børneafdelinger er det derfor afgørende at være opmærksom på, om børn og unge, som henvises med fysiske symptomer eller mistrivsel uden påviselig somatisk årsag i udredningen, muligvis kan være ved at udvikle en psykoselidelse eller anden alvorlig psykisk lidelse. Dette gælder især inden for det socialpædiatriske område, hvor udredning af børn og unge, der udviser funktionelle symptomer, eller hvor der er mistanke om omsorgssvigt/overgreb, varetages. Børneafdelingerne kan ved enhver mistanke eller tvivl tage kontakt til børne- og ungdomspsykiatrien med henblik på rådgivning og vurdering af behov for udredning og/eller henvisning. Ved komplicerede tilstande kan udredningen foregå i et tæt samarbejde mellem børneafdelingen og børne- og ungdomspsykiatrien, eventuelt i en specialfunktion jf. Sundhedsstyrelsens specialevejledning for hhv. pædiatri og børne- og ungdomspsykiatri.

4.2.4. Tidlig opsporing i den regionale psykiatri

Nogle børn og unge vil i forvejen følges i den regionale psykiatri for andre psykiske lidelser. Her er det afgørende, at fagpersonalet har de rette kompetencer til at kunne identificere symptomer på psykoselidelser og igangsætter relevant udredning og behandling ved behov (se kapitel 5). Ligeledes bør der i de psykiatriske akutmodtagelser og i visitationen af henvisninger fra egen læge, kommuner mm. være en særlig opmærksomhed på symptomer på psykoselidelser. Ideelt set bør der i den regionale psykiatri være kapacitet til en vurdering ved personale med viden om debut af psykose af de børn/unge, hvor henvisningen rejser mistanke om psykose, med det formål at forkorte varigheden af den ubehandlede psykose.

Den regionale intervention, TOP (kombination af oplysningskampagner og regionale opsporingsteams), i Region Sjælland er aktuelt det eneste målrettede regionale tiltag, der er blevet implementeret for at reducere varigheden af ubehandlet psykose. Interventionen er målrettet borgere over 15 år. Der afventes resultater fra et forskningsprojekt, der undersøger effekten af denne intervention. En lignende intervention i Norge (TIPS) har vist sig at have positive virkninger på både varigheden af ubehandlet psykose (19) og på antallet af personer, der kommer sig inden for en 10-årig opfølgingsperiode (20).

Boks 11. Tidlig opsporing i den regionale børne- og ungdomspsykiatri

- Der etableres en tidlig opsporingsfunktion i alle regioner bemandet af fagpersoner med specialiseret viden om tidlige tegn på psykoselidelser.
- Funktionen kan integreres i specialiserede psykoseenheder.
- Funktionen udgøres af telefonisk rådgivning i dagtimerne for alle, der har behov for rådgivning vedrørende psykoselidelser hos børn og unge, herunder borgere, pårørende, myndigheder og fagpersoner.
- Funktionen er udgående, hvilket betyder, at fagpersoner efter behov kan planlægge udgående besøg til det kommunale behandlingstilbud til børn og unge i psykisk mistrivsel eller kommunale funktioner inden for det specialiserede børne- og ungeområde.
- Den tidlige opsporingsfunktion er ikke en akut-service, men kan henvises til akutte tilbud i den regionale børne- og ungdomspsykiatri ved behov for en akut vurdering.
- Den tidlige opsporingsindsats suppleres med en oplysnings- og informationsindsats regionalt med inddragelse af brugerorganisationer og de regionale PsykInfo'er. Målgruppen for informationsindsatsen kan i særlig grad være fagpersoner/frivillige i civilsamfundsindsatser, som arbejder med børn og unge i psykisk mistrivsel, herunder også almen

4.3. Henvisning ved mistanke om psykoselidelse

Hvis der er mistanke om, at barnet/den unge er ved at udvikle en psykoselidelse, henvises der til udredning i den regionale børne- og ungdomspsykiatri. Både kommunen (relevant myndighed, børne- og ungerådgiv-

vere eller PPR), egen læge, privatpraktiserende børnelæger eller børne- og ungdomspsykiatere og sygehuse-
s børneafdelinger kan henvises under forudsætning af, at nødvendige informationer kan indhentes. I de
fleste tilfælde vil det være egen læge eller PPR, som henviser barnet/den unge.

Det er vigtigt, at alle relevante observationer, undersøgelser, vurderinger og oplysninger indgår i henvisnin-
gen, og at forældrene inddrages og informeres. Der henvises til regionale vejledninger for procedurer for
henvisning. Alle henviste patienter er omfattet af reglerne om ret til hurtig udredning (17,21).

Indehaveren af forældremyndigheden skal give informeret samtykke til henvisningen, hvis barnet/den unge
er under 15 år (22). Unge over 15 år kan selv give informeret samtykke, men indehaveren af forældremyndig-
heden skal informeres og inddrages. Hvis en ung på 15-17 år ikke er i stand til at forstå konsekvenserne af sin
stillingtagen, kan forældremyndighedens indehaver dog give samtykke i stedet. Det er i alle tilfælde vigtigt,
at barnet/den unge også informeres og inddrages i beslutningen om henvisning, og at informationen tilpas-
ses til barnets/den unges alder og aktuelle situation.

Hvis barnet/den unge har behov for akut psykiatrisk behandling, henviser egen læge eller lægevagten til
nærmeste børne- og ungdomspsykiatriske akutmodtagelse. Det kan fx være, hvis barnet/den unge vurderes
at være til fare for sig selv eller andre, eksempelvis ifm. svære selvmordstanker eller akutte psykotiske symp-
tomer. Hvis en ung over 15 år ikke ønsker indlæggelse trods forsøg på at motivere til det, eller hvis forældrene
til et barn under 15 år ikke samtykker til indlæggelse, har lægen pligt til at overveje, om det er nødvendigt at
bringe psykiatrilovens paragraffer om tvangsindlæggelse til anvendelse. Der henvises til gældende vejled-
ning til psykiatriloven (23). Ved tvivl om behov for indlæggelse/tvangsindlæggelse indhentes rådgivning fra
den regionale børne- og ungdomspsykiatriske afdeling eller alment praktiserende læge.

5. Udredning og behandling i den regionale børne- og ungdomspsykiatri

Formålet med kapitlet er at beskrive procedurer for udredning og behandling efter henvisning til den regionale børne- og ungdomspsykiatri med fokus på systematisk udredning og tidlig intervention ved tilstedeværelse af symptomer på psykoselidelse. Ved mistanke om en psykoselidelse skal alle børn/unge tilbydes specialiseret udredning og eventuelt behandling i den regionale børne- og ungdomspsykiatri. Derudover kan der på baggrund af et konkret skøn efter en afdækning og/eller børnefaglig undersøgelse sideløbende med behandlingen tilbydes hjælp og støtte fra kommunen (se kapitel 6 og 7). Under udredning, behandling og opfølgning i børne- og ungdomspsykiatrien registreres indikatorer i Den Nationale Skizofrenidatabase (24).

5.1. Udredning i børne- og ungdomspsykiatrien

En udredning i børne- og ungdomspsykiatrien består af en bred udredningspakke suppleret med symptom-specifikke instrumenter såsom diagnostiske interviews og/eller spørgeskemaer. Udredningen bør følge anbefalingerne fra den kliniske retningslinje for skizofreni og andre primære psykoselidelser, som er udviklet i et samarbejde mellem Danske Multidisciplinære Psykiatri Grupper (DMPG) og Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram (RKKP) (25).

Boks 12. Indhold i udredningen i børne- og ungdomspsykiatrien

- Gennemgang af barnets/den unges sygehistorie fra fosterstadiet og frem, herunder familiære dispositioner og familie- og skoleforhold, graviditet og fødsel og psykisk, sproglig, motorisk og social udvikling
- Bredt diagnostisk interview (K-SADS-PL eller PSE), der screener for et bredt spektrum af mulige diagnoser
- Diagnostisk interview målrettet afdækning og sværhedsgrad af psykotiske symptomer ved mistanke om psykoselidelse (fx PANSS) med henblik på at følge sygdomsudvikling og behandlingsrespons
- Somatisk undersøgelse inkl. neurologisk screening med henblik på at udelukke en somatisk årsag til symptomerne (standardblodprøver og EKG (hjertekardiogram))
- Psykologisk undersøgelse, herunder vurdering af barnets/den unges generelle kognitive funktion samt eventuelle specifikke vanskeligheder og ressourcer
- Systematisk selvmordsscreening og risikovurdering med eventuelt tilhørende udarbejdelse af kriseplan
- Systematisk afdækning af tværsættede og tværsættede...

Under udredningen er der særligt fokus på differentialdiagnostiske overvejelser, somatiske såvel som psykiatriske, herunder afklaring af forskellige symptomers tilhørsforhold til forskellige diagnosegrupper samt af-dækning af eventuel samtidig udviklingsforstyrrelse, som kan have betydning for udvikling af symptomer og behandling.

For nogle patienter kan det være hensigtsmæssigt med en afventende tilgang, såkaldt *watchful waiting*, hvor fagpersoner omkring barnet/den unge har mulighed for at se, hvordan symptomer udvikler sig over tid. Særligt for børn under 14 kan det være meningsfuldt, at udredningen sker under indlæggelse, fordi diagnosen er vanskelig at stille.

5.1.1. Multiaksial diagnostik

På baggrund af den samlede udredning anvendes såkaldt multiaksial diagnostik, hvor barnets/den unges vanskeligheder beskrives på seks akser: psykiatrisk sygdom (diagnose), eventuelle specifikke udviklingsforstyrrelser (eksempelvis ordblindhed), kognitivt niveau (eventuelt mental retardering), fysiske lidelser, psykosociale forhold (eksempelvis forhold i familie eller skole med betydning for den psykiatriske diagnose) og funktionsniveau beskrevet ved hjælp af en standardiseret skala (GAPD) (26).

Ved diagnosticering følges kriterierne fra WHO's internationale diagnoseklassifikationssystem, ICD-10 (med overgang til ICD-11, når denne er implementeret). Det bemærkes, at udredning af børn og unge er en særligt kompleks opgave, der kræver indgående specialviden og særlige kompetencer og dermed bør varetages i specialenheder. Der er i Danmark praksis for, at der indgår en speciallæge i børne- og ungdomspsykiatri i det specialiserede udredningsteam. Diagnostisk beslutning træffes på tværfaglig klinisk diagnostisk konference med de involverede fagpersoner. Slutteligt udarbejdes en individuel behandlingsplan for barnet/den unge.

Boks 13. Indhold i den individuelle behandlingsplan

- Psykiatriske/somatiske diagnoser samt beskrivelse af fænomener, der underbygger diagnoserne
- Psykiatrisk status (aktuelt funktionsniveau)
- Sociale forhold (bopæl, søskende, forældremyndighed, forældres jobstatus, skoleforhold, skolefravær, fritidsinteresser mm.)
- Psykiatrilov/straffelov (hvis relevant)
- Forhåndstilkendegivelse (patientens og familiens præferencer i forhold til behandlingen, forældre skal give informeret samtykke til behandlingsplanen for børn/unge under 15 år)
- Mål for behandlingen (patientens, forældres og afsnittets)
- Medicingennemgang
- Plan for undersøgelse og behandling
- Skønnet varighed af behandlingen
- Patientens og forældrenes holdning til behandlingsplanen og informeret samtykke
- Tidspunkt for revurdering af behandlingsplan
- Tværsektorielt team og samarbejde

5.1.2. Tilbage melding og behandlingsplan

Efter diagnosticering af en psykoselidelse gives individuelle tilbage meldinger til barnet/den unge, forældre og netværk, og epikrisen med indhold og konklusion af udredningen sendes til henviser (eksempelvis egen læge) og ofte som en underretning til kommunen. Der udarbejdes desuden en behandlingsplan (boks 13).

5.2. Behandling i børne- og ungdomspsykiatrien

Efter endt udredning for en psykoselidelse tilbydes behandling i den regionale børne- og ungdomspsykiatri i tæt samarbejde med kommunale aktører (se afsnit 7 og 8). Behandlingen består af en række tiltag, som har til formål at forebygge yderligere sygdomsudvikling, øge funktionsniveauet og understøtte recovery.

Boks 14. Eksempel på organisering af specialiseret tidlig intervention

- Den tidlige intervention organiseres i enheder med tværfaglig og specialiseret viden bestående af eksempelvis speciallæger i børne- og ungdomspsykiatri, specialpsykologer, socialrådgivere, sygeplejersker med psykiatrisk specialuddannelse, lægesekretærer samt behandlere.
- Behandlerne kan have forskellige relevante uddannelsesbaggrunde såsom sygeplejerske, psykolog, ergoterapeut, pædagog, socialrådgiver, audiologopæd samt relevant psykiatrisk og/eller terapeutisk efteruddannelse/erfaring. Behandlerne har hver især familier, som de har ansvar for, og løfter derudover monofaglige opgaver i teamet.
- Teamet bør have indgående kendskab til førsteepisodepsykose og modtage løbende supervision i de forskellige behandlingsindsatser.

5.2.1. Specialiseret tidlig intervention ved psykose

Behandlingen bør iværksættes så hurtigt som muligt ved tilstedeværelsen af psykotiske symptomer, også selv om der ikke kan stilles en endelig diagnose. Forskning har vist, at tidlig intervention ved psykose hos unge voksne (såkaldt *Early Intervention Services*, EIS) er mere effektiv end standardbehandling i forhold til at forbedre sygdoms- og funktionsniveau, efterlevelse af behandlingen (*compliance*), behov for hospitalsindlæggelse, helbred og sundhedsomkostninger (27). EIS til børn og unge med psykose er formentlig ligeledes mere effektiv end standardbehandling, og flere steder er der etableret EIS til aldersgruppen. Der forskes i Danmark aktuelt i EIS til 12-17-årige i OPUS YOUNG i Region Hovedstaden.

Behandlingen inkluderer en række interventioner (boks 15) varetaget af tværfaglige teams, som arbejder ud fra en bio-psyko-social sygdomsmodel, hvor forskellige fagligheders kompetencer sikrer et helhedsorienteret og sammenhængende behandlingsforløb af høj kvalitet. Forløbene kan principielt være frem til overgang til voksenpsykiatri, når de inkluderer både behandlingsforløb og opfølgning på medicinsk behandling (se kapitel 8).

Boks 15. Indholdselementer i den tidlige intervention

Kognitiv/adfærdsterapeutisk case management og behandling: Relati-
onsbaseret case management ved primærbehandler. Koordinerende funkti-
oner (herunder tværsektorielt arbejde) kombineres med teknikker fra ek-
sempelvis kognitiv adfærdsterapi (KAT). Der kan desuden tilbydes individu-
elt tilpassede sessioner med KAT efter behov. For at øge fleksibilitet og til-
gængelighed har primærbehandleren et lavt case load, som vil afhænge af
den konkrete kontekst, herunder patientgrundlaget samt relevante kompe-
tencer og erfaringer med målgruppen i personalegruppen.

Psykoedukation til barnet/den unge og familien: Barnet/den unge og fa-
milien får viden om diagnosen, herunder symptomer og behandlingsmulig-
heder, så de dermed får bedre mulighed for at mestre lidelsen.

Familiesamarbejde og -intervention: Pårørende inddrages som tætte sam-
arbejdspartnere og indsatserne kan rettes mod barnet/den unge såvel som
forældre og søskende (se kapitel 10), evt. i flerfamiliegrupper.

Socialkognitiv træning: Mange patienter med skizofreni oplever sociale
vanskeligheder, og den sociale funktion hos patienter med psykoselidelser
kan forudsige recovery på langt sigt. Socialkognitiv træning har vist stor ef-
fekt på socialt funktionsniveau og aflæsning af følelser (se kapitel 10).

Fysisk aktivitet, træning og fysioterapi: Fysisk aktivitet i den tidlige inter-
vention ved psykose faciliterer recovery ved at mindske symptomer og
funktionsnedsættelse. Der er dokumenteret effekt af fysisk træning på såvel
psykotiske som kognitive og depressive symptomer samt livskvalitet og bi-
virkninger ved medicin (diabetes, hjerte-kar-sygdomme, svær overvægt).
Der kan i behandlingen ligeledes benyttes hjælpemidler såsom kugledyner
og andre fysiske strategier til at berolige barnet/den unge, herunder fysio-
terapeutiske indsatser som kropsterapi.

Farmakologisk behandling: Farmakologisk behandling af førsteepisode-
psykose skal baseres på Medicinrådets behandlingsvejledning vedrørende
antipsykotika til behandling af psykotiske tilstande hos børn og unge. Medi-
cinsk behandling må ikke stå alene, men skal ledsages af psykosociale in-

Figur 3. Eksempel på et toårigt behandlingsforløb i den regionale psykiatri

INDSATTS / ÅR	1	1	1	1	2	2	2	2
Kognitiv/adfærdsterapeutisk case management	■	■	■	■	■	■	■	■
Familiesamarbejde og psykoekudation	■	■	■	■	■	■	■	■
Socialkognitiv træning					■	■	■	
Flerfamiliegrupper		■	■	■	■	■		
Individuel og/eller gruppebaseret kognitiv adfærdsterapi			■	■				
Farmakologisk behandling	■	■	■	■	■	■	■	■
Støtte ved overgang							■	■

■ Obligatorisk for alle patienter

■ Hvis relevant for forløbet

■ Hvis patient er motiveret, fleksibel start

■ Afhængigt af den enkeltes behov

5.2.2. Behandling under indlæggelse

Nogle børn/unge med psykoselidelser vil have behov for indlæggelse undervejs i behandlingen i kortere eller længere perioder, eksempelvis ved meget svære og funktionsnedsættende psykotiske symptomer eller hvis patienten skønnes at være til fare for sig selv eller andre. Der kan dog også være væsentlige fordele ved at skabe en lettere adgang til indlæggelse, så de unge kan komme tidligere ind og få hjælp og derved potentielt have behov for en kortere indlæggelse og et bedre forløb på sigt. Der er fra flere regioner gode erfaringer med brugen af brugerstyrede senge, hvor patienten efter behov kan indlægge sig selv, der netop faciliterer dette.

Under indlæggelse monitoreres og tilpasses den farmakologiske behandling, og der praktiseres samtaleterapi og miljøterapi og tilbydes støttet intern skolegang, ligesom den kommunale situation og behovet for kommunal støtte vurderes. Når det vurderes relevant, kan den behandlingsansvarlige læge i børne- og ungdomspsykiatrien sygemelde barnet fra barnets almindelige skole. Flere forskellige faggrupper arbejder sammen om barnets/den unges udredning og behandling, herunder læger, sygeplejersker, psykologer, fysio- og ergoterapeuter, skolelærere og socialrådgivere.

6. Sociale indsatser

Formålet med dette kapitel er at danne overblik over de sociale indsatser, der kan være en del af det samlede forløb fra tidlige symptomer på psykoselidelse til udredning, visitation til rette tilbud, behandlingsforløb, kommunale indsatser og opfølgning i både region og kommune. Det er centralt, at indsatserne tager udgangspunkt i barnets/den unges situation, funktionsniveau og behov og tilrettelægges med barnets/den unges hverdagsliv, håb og drømme som omdrejningspunkt og med inddragelse af familien, det nære netværk og skole/uddannelsesinstitution mv.

6.1. Vurdering af behov for hjælp og støtte på det sociale område

Staten regelstyrer det sociale område via rammelove, der forvaltes i den kommunale praksis (28). I mødet med kommunen vurderes barnets/den unges og familiens behov for støtte og indsatser efter de sociale rammelove. Skønsprincippet står centralt i den socialfaglige praksis, når behovet for samt omfanget af støtte og indsatser skal vurderes (29), og i mødet med børn og unge med psykoselidelser og deres familier må børne- og ungerådgiveren foretage et konkret skøn af de givne forhold i den enkelte sag. Der kan således ikke drages konklusioner om, at en psykoselidelse altid kræver en fast række forebyggende eller støttende indsatser, da behov og ressourcer hos børn og unge med psykoselidelser og deres familier kan variere meget. Således må de kommunale indsatser tage udgangspunkt i de eksisterende behov, ressourcer og ønsker samt afspejle, at behovet for støtte ved siden af behandlingen kan være dynamisk afhængigt af, hvor i forløbet barnet/den unge og familien er. Hos nogle vil kompleksiteten være lavere i forbindelse med første psykoseepisode end senere i forløbet, fordi negative sociale følgevirkninger endnu ikke er indtrådt eller kun har været til stede kortvarigt.

6.1.1. Muligheder for hjælp og støtte efter barnets lov

Barnets lov er en hovedlov, som samler alle reglerne for støtte til børn og unge, uanset om deres støttebehov har afsæt i sociale problemer, fysisk eller psykisk funktionsnedsættelse eller andre udfordringer. Det overordnede formål med barnets lov er at styrke indsatsen for børn og unge i udsatte positioner, så de modtager den rette hjælp og støtte tidligt i deres liv. Barnets lov trådte i kraft den 1. januar 2024. Forinden var den særlige støtte til børn og unge hjemlet i kapitel 11 i serviceloven. Håndbog om barnets lov gennemgår lovens centrale bestemmelser og kan fungere som en guide for rådgivere og ledere på børne- og ungeområdet: [Håndbog om barnets lov | Social- og Boligstyrelsen \(sbst.dk\)](#).

Kommuner har pligt til at tilbyde særlig hjælp og støtte til børn og unge med nedsat psykisk funktionsevne eller langvarig lidelse og deres familier jf. kapitel 8 i barnets lov. Andelen af børn og unge med psykoselidelser, der modtager handicapkompenserende indsatser var 3 pct. pr. 1. januar 2022 (se bilagsrapport).

Børn og unge med funktionsnedsættelser har ofte brug for hjælp og indsatser efter forskellige lovgivninger, og det er afgørende, at hjælp og støtte tilrettelægges i sammenhæng med øvrige tilbud og indsatser efter barnets lov eller anden relevant lovgivning (Hjælp og støtte efter lov om social service jf. § 90 i barnets lov). Hjælp og støtte iværksættes med henblik på at sikre, at børn/unge med behov for særlig støtte kan opnå de samme muligheder for omsorg, læring, personlig udvikling, trivsel, sundhed og et selvstændigt voksenliv som

deres jævnaldrende. Hjælp og støtte kan også iværksættes med henblik på at lette den daglige tilværelse samt forbedre livskvaliteten for barnet/den unge eller familien.

De handicapkompenserende indsatser har til formål så vidt muligt at kompensere for følgerne af barnets/den unges funktionsnedsættelse og kan bestå af eksempelvis rådgivning, vejledning og behandling i forbindelse med funktionsnedsættelse (§ 81), hjælp til dækning af nødvendige merudgifter (§ 86) eller til dækning af tabt arbejdsfortjeneste (§ 87).

Fire pejlemærker angiver centrale tilgange med henblik på at sikre kvalitet i sagsbehandlingen på det specialiserede børne- og ungeområde. Pejlemærkerne bidrager til at styrke indsatsen for børn og unge med psykoselidelser. Med afsæt i de fire pejlemærker præsenteres i alt 18 anbefalinger til kvalitet i sagsbehandlingen i [Anbefalinger til kvalitet i sagsbehandlingen - Børn, unge og familier i udsatte positioner](#).

6.2. Opstart af en sag på det specialiserede børne- og ungeområde

Nogle børn og unge med psykoselidelser vil, når de får kontakt til børne- og ungdomspsykiatrien, allerede have en børnesag i kommunen, hvor der er udarbejdet en screening, afdækning eller en børnefaglig undersøgelse og eventuelt igangsat indsatser. For øvrige børn og unge med psykoselidelser kan kommunen få kendskab til barnet eller den unge ved direkte henvendelser fra barnet/den unge eller forældrene eller ved underretning fra børne- og ungdomspsykiatrien (se bilagsrapport).

6.2.1. Underretning og indledende netværksmøde

Fagpersoner i børne- og ungdomspsykiatrien har skærpet underretningspligt til de sociale myndigheder, hvis de bliver opmærksomme på, at et barn eller en ung med psykoselidelser har behov for særlig støtte jf. § 133 i barnets lov (30).

Erfaringer fra bl.a. det tværfaglige samarbejde mellem almenområdet og det specialiserede børne- og familieområde viser, at det kan være afgørende for et fremtidigt samarbejde med forældrene, at kontakten til børne- og familieområdet i kommunen så vidt muligt sker i samarbejde med familien (31). En underretning kan foretages på flere måder, eksempelvis ved at den ansvarlige behandler udfylder en skriftlig underretning sammen med forældrene. En anden mulighed er et indledende netværksmøde med deltagelse af bl.a. barnet/den unge, forældrene, den ansvarlige behandler i børne- og ungdomspsykiatrien samt en børne- og ungerådgiver fra bopælskommunen (dialogbaseret underretning).

Et indledende netværksmøde kan med fordel også anvendes i tilfælde, hvor fagpersoner vurderer, at der umiddelbart ikke er grund til bekymring for barnet eller den unge. Et indledende netværksmøde på initiativ af børne- og ungdomspsykiatrien med repræsentation fra bopælskommunen vil også kunne facilitere, at barnet eller den unge og forældrene får rådgivning om eventuelle muligheder for hjælp og støtte efter barnets lov, evt. samtidig med at barnet eller den unge modtager behandling i børne- og ungdomspsykiatrien. Eksempelvis økonomisk eller praktisk kompensation til familier med et barn under 18 år, der har et betydeligt og varigt nedsat fysisk eller psykisk funktionsniveau eller en indgribende kronisk eller langvarig lidelse. Børne- og ungerådgiveren er i den forbindelse opmærksom på, om der er behov for hjælp og støtte efter anden lovgivning, fx behov for støtte i skole eller ungdomsuddannelse (30).

6.2.2. Screening

For børn og unge uden en tidligere børnesag vil deres vej ind på det specialiserede børne- og ungeområde starte med en screening jf. § 18 i barnets lov. Screeningen baserer sig på de oplysninger, som børne- og ungerådgiveren har fået gennem den indledende henvendelse, netværksmødet eller underretningen.

Formålet med screeningen er at vurdere, om barnet, den unge eller familien har behov for støtte og hjælp efter barnets lov, og hvorvidt tilbud om støtte og hjælp kan iværksættes på det foreliggende oplysningsgrundlag og vil være tilstrækkelig til at imødekomme behov, eller om der er behov for yderligere sagsoplysning gennem en afdækning eller børnefaglig undersøgelse (32). Vurderes det, at der er mulighed for hjælp og støtte efter anden lovgivning, formidler børne- og ungerådgiveren kontakt til fagpersoner i fx skole-, uddannelses- eller jobcenterregi.

6.2.3. Afdækning og børnefaglig undersøgelse

Formålet med en afdækning eller en børnefaglig undersøgelse er at opnå viden om et eventuelt behov for at iværksætte indsatser. En afdækning jf. § 19 i barnets lov iværksættes, når der er behov for yderligere belysning af et eller flere forhold af betydning for støttebehovet og er mindre omfattende end en børnefaglig undersøgelse. Støttende indsatser kan iværksættes på baggrund af en afdækning eller en børnefaglig undersøgelse, mens en anbringelse eller alvorlige og komplekse sager forudsætter, at der udarbejdes en børnefaglig undersøgelse. Både støttende indsatser og anbringelse kan iværksættes sideløbende med udarbejdelse af såvel en afdækning som en børnefaglig undersøgelse.

En børnefaglig undersøgelse jf. §§ 20-22 i barnets lov tilrettelægges ud fra en helhedsbetragtning og afdækker udfordringer og ressourcer hos barnet eller den unge, familien og netværket. Undersøgelsen skal afsluttes senest fire måneder efter, at kommunen er blevet opmærksom på, at barnet eller den unge kan have behov for særlig støtte.

Børn og unge, der begår alvorlig kriminalitet, kan have psykiske lidelser. De vil ofte være omfattet af Ungdomskriminalitetsnævnets kompetence, og deres sag skal i givet fald behandles efter lov om bekæmpelse af ungdomskriminalitet. For disse børn og unge udarbejdes der som udgangspunkt en ungefaglig undersøgelse. Den ungefaglige undersøgelse svarer i store træk til en børnefaglig undersøgelse, men skal dog afsluttes inden for tre uger (33). Såvel en børnefaglig som en ungefaglig undersøgelse resulterer i en begrundet stillingtagen til, om der er grundlag for at iværksætte støtte og i givet fald hvilken.

Den socialfaglige sagsbehandlings- og udredningsmetode ICS (*Integrated Children's System*) anvendes i mange kommuner til vurdering af et barns/en ungs behov for særlig støtte. Metoden dikterer, at barnets/den unges udvikling sættes i forhold til forældrenes kompetencer og familiens og netværkets socioøkonomiske og psykosociale forhold. Metoden er indgående beskrevet i [Håndbog om ICS og udredningsværktøjet](#).

6.2.4. Opmærksomhedspunkter ift. screening, afdækning eller børnefaglig undersøgelse

I forbindelse med en screening, afdækning eller børnefaglig undersøgelse af et barn eller en ung med psykoselidelser kan en række opmærksomhedspunkter have betydning for vurdering og valg af indsats (boks 16). I sager vedrørende børn og unge med funktionsnedsættelser, og hvor det alene drejer sig om at belyse et barns eller en ungs funktionsniveau og i forlængelse heraf barnets eller den unges og familiens behov for

komensation og/eller indsatser, anvendes i flere kommuner et særligt udredningsværktøj. Læs mere om udredningsværktøjet i del 3 af [Håndbog om ICS og udredningsværktøjet](#).

Boks 16. Opmærksomhedspunkter ift. screening, afdækning eller børne- faglig undersøgelse

Symptomer

- Symptomer på psykiske lidelser kan udvikle sig, så et barn eksempelvis får en diagnose, der senere ændrer sig til en anden, hvorfor det er vigtigt at følge op på, om behovet for støtte ligeledes ændrer sig.
- En stor andel af børn/unge med psykoselidelse har et langvarigt forløb, hvor de også efter det 18. år har kontakt til psykiatrien. Forberedelse af overgang til voksenområdet vil således ofte indtænkes.
- Nogle børn og unge med psykoselidelser vil have et rusmiddelbrug, hvorfor der kan være behov for samtidig rusmiddelbehandling.

Screening, afdækning eller børnefaglig undersøgelse

- Ved vurdering af barnets/den unges komplekse symptomer, udvikling og trivsel kan børne- og ungdomspsykiatrien konsulteres.
- Børn og unge med en psykoselidelse vil ofte have en funktionsnedsættelse. I screeningen foretager børne- og ungerådgiveren en helhedsvurdering af barnets/den unges og familiens behov, fx i situationer hvor der søges om handicapkompenserende ydelser.
- Børn og unge med psykoselidelser kan som følge af sygdommen have problemer med at følge skole-/uddannelsesforløb. Der kan således være behov for tæt dialog med skolen/uddannelsessteder og særlige indsatser i skole- eller uddannelsesregi.

Hjælp og støtte til familien

- Hele familien kan være påvirket af sygdommen, og forældre og søskende kan således også have behov for hjælp og støtte.
- I familier med børn med fysiske og psykiske funktionsnedsættelser kan der være øget fokus på barnets behov frem for forældrenes eller søskendes. Søskende kan således være i en svær situation, fordi de skal forholde sig til et anderledes familieliv end deres jævnald-

6.3. Sociale indsatser til børn og unge med psykoselidelser

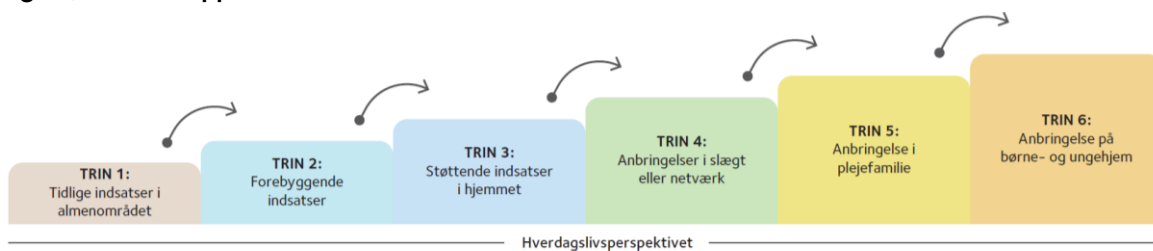
Børn og unge med psykoselidelser modtager forskellige indsatser (se bilagsrapport), der er iværksat på myndighedsniveau og realiseres på udføremiveau af kommunale eller eksterne og regionale leverandører, typisk i form af social-, pædagog- eller psykologfaglige fagpersoner. De indsatser, det enkelte barn eller familien modtager, afhænger bl.a. af sværhedsgraden af psykoselidelsen, graden af kompleksitet i sagen, den unges funktionsniveau samt øvrige situation og muligheder i hjemmet.

6.3.1. Sociale indsatser på indsatsstappen

Der træffes på myndighedsniveau afgørelse om, hvilke indsatser barnet/den unge med psykoselidelse samt familien kan tilbydes, hvorimod indsatserne realiseres på udføremniveau. Bevilling af indsatser beror på et konkret skøn på myndighedsniveau i den enkelte sag. Indsatser i barnets/den unges liv kan iværksættes på forskellige trin, alt efter hvor indgribende en indsats der er behov for. Indsatsstappen (34) (figur 4) illustrerer de forskellige trin og kan anvendes som et redskab til at sikre:

- At indsatser iværksættes tidligt og rettidigt, så barnet eller den unge i videst mulige omfang opretholder eller bringes tættere på et almindeligt hverdagsliv.
- At der sættes ind med en indsats, der matcher behovet hos barn, ung og familie – ud fra en helhedsorienteret og individuel vurdering. Fx kan en anbringelse i nogle tilfælde være første rettidige indsats.
- At barn, ung og familie altid inddrages ved tilrettelæggelse af forløb eller ved ændringer i indsatser.
- At kvaliteten af indsatser understøtter, at barnet eller den unge på sigt kan mestre eget liv ved at sikre trivsel, udvikling, sundhed og læring.

Figur 4. Indsatsstappen



Indsatsstappens trin illustrerer graden af indgriben i barnets/den unges og familiens hverdag og dermed graden af indgriben i forhold til at opretholde et almindeligt hverdagsliv. Kommunen træffer afgørelse om, hvilke sociale indsatser på indsatsstappen barnet/den unge og familien er berettiget til. Indsatser kan kombineres og koordineres på tværs af trappen. En ung med psykoselidelse kan fx være anbragt på børne-/ungehjem jf. trin 6 og samtidig have behov for forebyggende eller specialiserede indsatser i skole og fritidsliv efter trin 1 eller 2 (boks 17).

Boks 17. Indsatser på indsatstrappen

Trin 1 – Tidlige indsatser i almenområdet

Almenområdet har en vigtig rolle i, at indsatser så vidt muligt tilrettelægges, så den enkelte sikres et hverdagsliv med tilknytning til skole, fritidsinteresser, venner og netværk. Det kan eksempelvis kræve, at specialiserede kompetencer bringes i spil i hverdagsarenaen på almenområdet.

Trin 2 – Forebyggende indsatser

Tidligt forebyggende indsatser kan tilbydes børn og unge med psykoselidelse og/eller familie med behov for et afgrænset, længerevarende tilbud. Tidligt forebyggende indsatser har til formål at afhjælpe aktuelle problemer og dækker over eks. konsulentbistand, netværks- eller samtalegrupper eller rådgivning (jf. barnets lov §§ 30-31). Data fra 2021 viser, at 61 pct. af børn og unge med psykoselidelse modtog sociale foranstaltninger, heraf 18 pct. forebyggende indsatser. En tidligt forebyggende indsats forudsætter ikke en afdækning, og der skal ikke træffes afgørelse herom.

Trin 3 – Støttende indsatser i hjemmet

Kommunen træffer afgørelse om støttende indsatser, når et barn/en ung har et væsentligt behov for støtte. Der kan iværksættes én eller flere støttende indsatser til barnet, den unge eller familien, mens barnet/den unge bor hjemme eller er anbragt uden for hjemmet, eksempelvis praktisk eller pædagogisk støtte i hjemmet, udpegning af fast kontaktperson, familiebehandling eller -anbringelse eller støtteophold i plejefamilie (jf. barnets lov § 32). Data fra 2021 viser, at 61 pct. af børn og unge med psykoselidelse modtog sociale foranstaltninger, heraf 84 pct. støttende indsatser.

Trin 4-6 – Anbringelser

Når det anses af væsentlig betydning for barnets/den unges særlige støttebehov, kan der tages beslutning om anbringelse uden for hjemmet, eks. i almene, forstærkede eller specialiserede plejefamilier, på egne værelser eller på børne-/ungehjem (jf. barnets lov § 43). Det er barnets/den unges behov, der afgør, hvilken form for anbringelse, der hjælper barnet/den unge bedst videre. Anbringelse sker som udgangspunkt i samarbejde mellem kommunen og familien, men kan også ske uden samtykke. Data fra 2021 viser, at 61 pct. af børn og unge med psykoselidelse modtog sociale foranstaltninger, heraf var 6 pct. anbragt i plejefamilie (inkl. netværkspleje), og 23 pct. på børne- og ungehjem (inkl. eget værelse, kollegium, efterskole

6.3.2. Forudsætninger for høj faglig kvalitet i sociale indsatser

En række forudsætninger bidrager til at sikre høj faglig kvalitet i de sociale indsatser til børn og unge med psykoselidelser (boks 18). Disse forudsætninger tjener som opmærksomhedspunkter i forhold til at styrke indsatsen for målgruppen.

Boks 18. Forudsætninger for høj faglig kvalitet i sociale indsatser

Koordineret valg af indsats og metode: Det er væsentligt, at valg af indsatser og metoder koordineres mellem den regionale børne- og ungdomspsykiatri og det specialiserede børne- og ungeområde med henblik på optimalt samspil i barnets/den unges samlede forløb. Den regionale børne- og ungdomspsykiatri sender viden om barnets/den unges behov ift. diagnosen til kommunen. Kommunen fastsætter indsatserne ud fra et konkret skøn i den enkelte sag.

Rette match: Det er vigtigt, at indsatsen matcher barnets/den unges situation med henblik på mestring af hverdagslivet og understøttelse af den unges udvikling og muligheder for bedring. Barnets lov har fokus på kommunens forpligtelse til at vælge den indsats, som forventes at imødekomme barnets/den unges behov på tilstrækkelig vis og mest formålstjenligt for barnets/den unges tarv ud fra et helhedsperspektiv (skole, hjem og fritidsliv).

Hverdagslivet som omdrejningspunkt: Indsatser tilrettelægges med barnets/den unges hverdagsliv som omdrejningspunkt med inddragelse af barnet/den unge, familien, netværk og skole/uddannelsesinstitution for et helhedssyn og for at fastholde tilknytningen til skole/uddannelse, fritidsinteresser, venner og øvrige netværk. Kvaliteten i indsatser styrkes af, at indsatsforløb kombineres med en understøttende indsats i læringsmiljøet.

Individuelt tilrettelagte forløb i en struktureret ramme: Forløbet kan have flere indsatsspor samtidigt, fx i den regionale psykiatri eller rusmiddelbehandling samtidig med sociale indsatser. Børn/unge med komplekse problemer profiterer ofte af en fast struktur med mulighed for at opbygge en tillidsfuld relation med en fagperson. Forløbskoordinationen skaber en mødestruktur og rammer herfor. Netværksmøder afholdes med faste intervaller, så man sikrer en kontinuerlig indsats, med mulighed for at justere forløbet efter behov.

Viden: Fagpersoner ved, hvor de kan finde viden om psykoselidelse blandt børn og unge, herunder valg af metoder, tilgange og lovgivning. Det er afgørende med gensidig sparring mellem kommunale medarbejdere og kollegaer fra de specialiserede behandlingsteams i den regionale psykiatri.

6.4. Kompetencer hos fagpersoner

Børn og unge med psykoselidelser kan have meget forskellige funktionsniveauer, hvilket stiller store krav til fagpersonernes faglighed og tilgang i arbejdet med barnet, den unge og familien. Det kræver endvidere faglig indsigt og forståelse at arbejde med børn og unge, hvis realitetstestning er læderet.

Kompetencer dækker over færdigheder til at anvende relevante tilgange og metoder til målgruppen, relationelle og personlige kompetencer, mentaliserende og empatibevarende kompetencer samt kompetencer til at arbejde tværfagligt og tværsektorielt. Vigtige kompetencer hos fagpersoner er bl.a. at:

- Være i stand til at se det hele menneske ud over barnets udfordringer i kraft af psykoselidelsen og inddrage barnet, den unge og familien.
- Kunne håndtere og kontinuerligt arbejde med de udfordringer, der opstår i relationsarbejdet med børn og unge med svære og komplekse psykoselidelser.
- Skabe en nysgerrig og undersøgende kultur med åbenhed over for nye skiftende perspektiver samt et roligt miljø, hvori den unge med psykoselidelse mødes med tilpasset kontakt.
- Skabe et solidt samarbejde med den regionale psykiatri og skole mv.
- Have viden om psykoselidelser, skizofreni og eventuel komorbiditet (eksempelvis selvskade, spiseforstyrrelse, tvangspræget adfærd mv.) samt symptomernes funktion.
- Have kendskab til forskellige relevante metoder og faglig indsigt i at tilpasse disse individuelt til det enkelte barns/den unges/familiens behov, fx miljøterapeutisk tilgang, mentalisering, relationsbehandling og jeg-støttende interventioner.
- Have kendskab til at afdække udløsende, forstærkende, vedligeholdende og beskyttende faktorer.

Det er vigtigt, at fagpersoner har løbende adgang til supervision og sparring om arbejdet med barnet, den unge og familien.

6.5. Specialrådgivning i komplicerede sager (VISO)

Arbejdet med børn og unge med psykoselidelser kan kræve specialrådgivning i de mest specialiserede og komplicerede sager. Den Nationale Videns- og Specialrådgivningsorganisation (VISO) bistår kommuner, borgere og kommunale, regionale og private tilbud med viden og gratis vejledende specialrådgivning.

Når kommuner henvender sig til VISO, fordi et barn/en ung udviser symptomer på psykoselidelse, er der ofte behov for en samlet rådgivning til kommune, skole, PPR og privat netværk. Der ses typisk mistrivsel i alle barnets/den unges arenaer, og der er behov for en koordineret indsats, hvor der ydes specialiseret og praksisnær rådgivning til fagpersoner og/eller omsorgspersoner tæt på barnet eller den unge. VISO kan hjælpe med rådgivning, når børne- og ungdomspsykiatrien ikke kan udrede for psykoselidelse, fx hvis barnet isolerer sig i hjemmet. VISO kan også hjælpe, når barnet/den unge trods forløb i børne- og ungdomspsykiatrien fortsat er i mistrivsel, fx når netværket ikke lykkes med de anbefalinger, børne- og ungdomspsykiatrien har vejledt i, eller når barnet/den unge er så forpint af sygdomssymptomer, at barnet/den unge ikke er i stand til at fremmøde til behandling eller medicinkontrol i børne- og ungdomspsykiatrien.

VISO giver kommunerne adgang til specialkompetencer, der kan styrke fagpersoners muligheder for at træffe velfunderede faglige valg til gavn for børn og unges trivsel og udvikling, og VISO hjælper familier til

bedre at kunne håndtere en kompleks problemstilling. Du kan som fagperson kontakte VISO via telefon og mail eller udfylde et digitalt henvendelseskema. Læs mere om VISO.

7. Indsatser målrettet skolegang og uddannelse

Formålet med dette kapitel er at pege på indsatser målrettet skolegang og uddannelse for børn og unge med psykoselidelser. Af kapitlet fremgår, hvor fagpersoners opmærksomhed kan ligge i arbejdet med at understøtte børnene og de unge i et hverdagsliv med skolegang og uddannelse.

Den stærkeste beskyttelsesfaktor for den langsigtede udvikling for børn og unge i udsatte positioner er en god skolegang og at få en uddannelse¹. For en del børn og unge med psykoselidelser kan det dog være svært at deltage på lige fod med andre i skolen, og det kan være nødvendigt med støttende tiltag, rettet mod at fastholde eller integrere dem i et skole-, undervisnings- eller uddannelses tilbud. Derfor spiller det tværfaglige samarbejde med skole/uddannelsesinstitution en væsentlig rolle (32,35), og der kan samarbejdes ud fra en fælles tilgang til barnet/den unge baseret på specialviden om målgruppen. Der kan desuden være fokus på, at børn og unge med psykoselidelser ud over en specialiseret indsats kan have behov for netværksbaserede konsultative indsatser.

Ved både ambulante behandling og indlæggelse i børne- og ungdomspsykiatrien er et samarbejde med skole/uddannelsesinstitution vigtigt ift. at støtte barnets/den unges fortsatte skolegang og uddannelse. Når barnet/den unge med behov for særlig støtte modtager sociale indsatser, spiller den sociale myndighed en rolle i opstilling af mål med henblik på at understøtte læring, skolegang og mulighed for at gennemføre en uddannelse (36). Ligeledes har den sociale myndighed ansvar for løbende opfølgning herpå.

7.1. Grundskole og ungdomsuddannelse

Nogle børn og unge med psykoselidelse vil være tilknyttet den almene grundskole eller en ungdomsuddannelse, men en gruppe vil have behov for særlig støtte eller et andet undervisningstilbud (se bilagsrapport).

7.1.1. Støtte i læringsmiljøet i grundskoler, 10. klasse, på efterskoler og frie fagskoler

Folkeskoleloven giver mulighed for, at forskellige redskaber og tiltag kan iværksættes til at understøtte barnets eller den unges skolegang. Særlig støtte, specialundervisning og specialpædagogisk bistand kan gives som del af den almindelige undervisning i folkeskolen (mindst ni undervisningstimer om ugen), i specialklasser eller i specialskoler, herunder skoler tilknyttet anbringelsessteder og dagbehandlingstilbud (37). Frie grundskoler er på samme vis som folkeskoler forpligtet til at yde særlig støtte, specialundervisning og anden specialpædagogisk bistand (38). Specialundervisning og specialpædagogisk bistand gives på baggrund af en pædagogisk-psykologisk vurdering (PPV) fra kommunens PPR.

Efterskoler og frie fagskoler skal også yde den fornødne støtte til elever med særlige behov (39). Herudover kan elever på frie grundskoler, efterskoler og frie fagskoler modtage specialpædagogisk støtte (SPS, se afsnit 7.1.2) (40).

Børn og unge, der har brug for støtte i *mindre* end ni undervisningstimer ugentligt skal have støtte inden for den almindelige undervisning. I undervisningen kan blandt andet anvendes undervisningsdifferentiering, holddannelse, tolærerordninger og undervisningsassistenter, som både kan hjælpe den enkelte elev og klassen som helhed (41).

7.1.2. Støtte i læringsmiljøet på ungdomsuddannelser og forberedende grunduddannelse

Elever med en dokumenteret funktionsnedsættelse kan på baggrund af konkret vurdering af behov modtage specialpædagogisk støtte (SPS), som er en individuel compensation. Støtten har til formål at sikre, at den unge har mulighed for tage en uddannelse på lige fod med andre elever eller studerende ved at kompensere for de udfordringer, som funktionsnedsættelsen giver i forhold til den konkrete uddannelse. SPS kan have mange former, fx hjælp til at planlægge og strukturere hverdagen i skole/uddannelse, men kan aldrig være lektiehjælp, ekstraundervisning, direkte terapi eller behandling (40).

For elever i forberedende grunduddannelse (FGU) gælder reglerne om støttetimer alene i egu-tilbuddets aktiviteter, der er omfattet af virksomhedspraktik. FGU er en uddannelse der bygger på et inkluderende læringsmiljø (se afsnit 7.4). Det vil sige, at undervisningen har fokus på den enkelte elevs behov og udfordringer. Elever kan modtage SPS, hvis de har en funktionsnedsættelse, som ikke fuldt ud kan understøttes inden for rammerne af det inkluderende læringsmiljø, supplerende undervisning eller anden faglig støtte.

SPS-ordningen omfatter tillige alle godkendte uddannelser efter ungdomsuddannelsesniveaue. Således kan uddannelsesinstitutionen søge om SPS til studerende med dokumenterede funktionsnedsættelser på de videregående uddannelser på universiteter, professionshøjskoler, erhvervsakademier samt nogle kunstneriske uddannelser.

7.2. Samarbejde om skolegang og uddannelse

Det tværprofessionelle samarbejde kræver ofte en fælles og koordineret indsats mellem fagpersoner og forældre, hvor det er tydeliggjort, hvem der har ansvaret for hvilke handlinger, og hvordan der sikres relevant udveksling mellem parterne ift. barnets/den unges skolegang, udfordringer og støttebehov.

Planlægningen af skolegang og uddannelse for børn og unge med psykoselidelse kan indtænkes tidligt i forløbet. Fx kan PPR påbegynde en vurdering af kompetencer og bedst egnede støttebehov eller skoletilbud samtidig med et fortløbende og koordineret samarbejde med primære omsorgspersoner og eventuel rådgiver på det sociale myndighedsområde og/eller fra den regionale psykiatri med henblik på en fælles forståelse og tilgang.

Skole eller anden undervisning fastholdes så vidt muligt i alle faser (jf. afsnit 3.1. "Overblik over forløbet"). Derfor etableres tidligt et samarbejde med skolen med henblik på at motivere barnet eller den unge til at fastholde eller genopbygge en stabil skolegang. I forbindelse med begyndende skolevægning kan der med fordel være

en opmærksomhed på samarbejde med skole og PPR om en fælles tilgang til barnets skolegang med henblik på at forebygge øget skolevægring.

7.2.1. Samarbejdet mellem den regionale børne- og ungdomspsykiatri og undervisningsområdet

Ved både indlæggelse og ambulant behandling er et samarbejde mellem skole og den regionale børne- og ungdomspsykiatri vigtigt. Barnet/den unge vil ofte være i intensiv behandling, hvilket har betydning for de forventninger man kan have til barnet/den unge alt efter, hvor de er i forløbet, eller om der opstår ændringer såsom medicinskifte.

Der kan ved indlæggelse af barnet/den unge være en opmærksomhed på kontakt til barnets/den unges skole hurtigst muligt, således at den interne skole i psykiatrien kan understøtte barnets eller den unges skolegang ved at indhente viden om barnets/den unges faglige niveau, interesser samt evt. støttebehov. Eksempelvis kan klassens årsplan i hovedfagene indhentes, så den interne skole kan tilrettelægge undervisningen ud fra de forløb, som barnet/den unge ellers ikke ville modtage. Derved kan der skabes et sammenhængende forløb, hvor barnet/den unge nemmere kan komme tilbage i klassen igen uden væsentlige faglige mangler i forhold til øvrige elever i klassen.

Ved ambulant behandling vil barnet/den unge i udgangspunktet fortsætte i eget skole-/uddannelsesstilbud. Det kan være relevant at identificere eventuelle barrierer for at fortsætte i skolen/på uddannelsesstedet samt at have fokus på at handle derpå og evt. iværksætte støttetiltag i behandlingen, der kan gøre det lettere for barnet/den unge at bevare eller genoptage tilknytningen til undervisningsmiljøet.

7.2.2. Samarbejdet mellem det sociale myndighedsområde og undervisningsområdet

Når barnet/den unge med psykoselidelse har behov for socialfaglig støtte kan en række principper danne afsæt for det tværfaglige samarbejde mellem det sociale myndighedsområde og undervisningsområdet

Boks 19. Principper for samarbejdet mellem det sociale myndighedsområde og undervisningsområdet

- **Et ressourceorienteret fokus** på barnets/den unges udviklingsmuligheder, hvor barnet/den unge inddrages i egen læring og dertilhørende indsatser.
- **Realistiske mål og målsætninger** for barnets/den unges trivsel, udvikling og skolegang opstilles i samarbejde med barnet/den unge og primære omsorgspersoner. Det sociale myndighedsområde afstemmer målsætninger for barnet/den unge med skolen. Det er skolens ansvar og opgave at sætte mål for barnets/den unges læring - optimalt opstilles mål og målsætninger i et samarbejde.
- Der foretages **løbende opfølgning og tilpasning** af indsatsen på baggrund af barnets/den unges funktionsniveau og støttebehov.
- Der er et **samtidigt og helhedsorienteret fokus på** faglige kompetencer og funktionsniveau og barnets/den unges trivsel, herunder advarselssignaler, besværlighedsfaktorer og belastende faktorer

(boks 19).

Børne- og ungerådgiveren har som ansvarlig for koordinering af indsatsen fokus på, at den samlede indsats understøtter skolegangen og barnets eller den unges motivation for aktiv deltagelse i skoletilbuddet (jf. barnets lov § 2). Gode relationer og venskaber er nogle af de væsentligste faktorer for skoleglæde og aktiv deltagelse.

7.2.3. PPR og den kommunale sundhedstjeneste

Fagpersoner i almenmiljøet (fx grundskolen) kan vejledes i at støtte op om børn og unge i behandlingsforløb. PPR kan have blik for og arbejde med barnets/den unges læringsmiljøer, fællesskaber og kontekster i både skole og hjem, så fx pædagoger og lærere bliver klædt bedre på til at støtte op om barnet/den unge og understøtte behandlingsindsatsen i nærmiljøet. Dette fordrer inddragelse af både et socialfagligt, et sundhedsfagligt og et undervisningsfagligt perspektiv i koordineringen og tilrettelæggelsen af støtten. Opmærksomheden er, at børn og unge med psykoselidelser ud over behov for en specialiseret indsats kan have behov for netværksbaserede konsultative indsatser, som kan løftes i eller i samarbejde med PPR. Se i øvrigt faglig ramme for det kommunale behandlingstilbud til børn og unge i psykisk mistrivsel (16).

Den kommunale sundhedstjeneste har til opgave at oplyse og vejlede samt føre tilsyn med det enkelte barns fysiske og psykiske helbredstilstand. Ud over at afvikle sundhedspædagogiske aktiviteter, åbne konsultatio-

ner samt samtaler og undersøgelser indkaldes ved behov skolebørn til opsporing og forebyggelse af mistriksel og helbredsproblemer med mulighed for at henvise til yderligere indsats hos alment praktiserende læge eller andre samarbejdspartnere (42).

7.3. Den kommunale ungeindsats

Det er kommunens opgave at få alle unge i aldersgruppen 15-25 år i uddannelse eller beskæftigelse, og alle 15-17-årige har pligt til at være i gang med uddannelse, beskæftigelse eller anden aktivitet, der har retning mod uddannelse. Unge under 25 år, der ikke er i gang med eller har gennemført en erhvervskompetencegivende ungdomsuddannelse, kan få vejledning om uddannelse og beskæftigelse hos Den Kommunale Ungeindsats (KUI) (5). KUI koordinerer den samlede ungeindsats for unge under 25 år på tværs af uddannelses-, beskæftigelses- og socialindsatsen. Hertil sikrer KUI kontinuerlig opfølgning på, at den unge er på vej mod uddannelse eller eventuelt har opnået fast tilknytning til arbejdsmarkedet.

I samarbejde med elevens skole er KUI forpligtet til at igangsætte initiativer for de elever, der har behov for en særlig målrettet skole- og vejledningsindsats med henblik på at kunne påbegynde og gennemføre en ungdomsuddannelse eller komme i beskæftigelse.

7.4. Den forberedende grunduddannelse

En vej til uddannelse er den forberedende grunduddannelse (FGU), som har plads til unges forskellige individuelle kompetencer med det formål at give eleverne viden, kundskaber, færdigheder, afklaring og motivation til at gennemføre en ungdomsuddannelse eller alternativt at opnå ufaglært beskæftigelse.

Målgruppen for FGU er unge under 25 år, der hverken er i eller har gennemført en ungdomsuddannelse eller (halvtids-)beskæftigelse og som har opfyldt sin undervisningspligt. FGU er bl.a. kendetegnet ved et inkluderende læringsmiljø. Derudover arbejdes der aktivt med både faglige, personlige og sociale forudsætninger for at komme videre i uddannelse eller job.

7.5. Særligt tilrettelagt ungdomsuddannelse

Særligt tilrettelagt ungdomsuddannelse (STU) er en treårig ungdomsuddannelse for unge under 25 år. Målgruppen er unge med særlige behov, der gør, at den unge ikke kan gennemføre en anden ungdomsuddannelse, selv om den unge modtager specialundervisning eller anden specialpædagogisk bistand.

STU har til formål, at unge med særlige behov opnår personlige, sociale og faglige kompetencer til en så selvstændig og aktiv deltagelse i voksenlivet som muligt og at give unge med potentiale herfor forudsætninger for videre uddannelse og beskæftigelse.

8. Opfølgning

I dette kapitel beskrives centrale elementer i opfølgningen ved afslutning af forløb i den regionale psykiatri, i almen praksis eller speciallægepraksis og på det kommunale område.

8.1. Opfølgning ved afslutning i børne- og ungdomspsykiatrien

Så længe et barn/en ung er i behandling med antipsykotisk medicin, følges de af speciallæger i børne- og ungdomspsykiatri (43). Ved fortsat medicinsk behandling afsluttes de således ikke, men følges i den ambulante psykiatri eller evt. ved privatpraktiserende speciallæge i børne- og ungdomspsykiatri, som ligeledes kan tage stilling til behov for justering af behandling samt vurdere behovet for yderligere indsats. Ved utilstrækkelig effekt af behandling eller forværring af symptomer, genhenvises barnet/den unge til børne- og ungdomspsykiatrien.

Ved endelig afslutning af et behandlingsforløb i børne- og ungdomspsykiatrien udformes på baggrund af en individuel vurdering af barnets/den unges behov og i samarbejde med familien en plan for opfølgning baseret på barnets/den unges aktuelle tilstand, kompetencer, egenomsorgsevne og motivation samt forældrenes ressourcer. Intensiteten i opfølgningen afhænger af varigheden og sværhedsgraden af psykoselidelsen og den samlede kompleksitet. Planen beskriver barnets/den unges opfølgningsforløb, herunder behov for indsatser og status på eventuelt igangværende indsatser. Hvis barnet/den unge endnu ikke er er tilknyttet en indsats i kommunen, kan det være relevant, at den behandlingsansvarlige i børne- og ungdomspsykiatrien har fokus på opfølgning på skoleområdet, evt. ved at sende en erklæring som underretning til kommunen med skole som et opmærksomhedspunkt, når det er relevant. Det er vigtigt, at der aftales en opfølgning på en evt. medicinsk behandling af psykoselidelsen, og at der er en særlig opmærksomhed på risiko for tilbagefald. Hvis planen inkluderer kommunale indsatser, kan opfølgningen aftales på et afsluttende netværksmøde med barn/ung, familie og relevante parter fra børne- og ungdomspsykiatrien og kommune og beskrives i en fælles samarbejdsplan jf. afsnit 3.4. Det bør fremgå af epikrisen til egen læge og af barnets/den unges opfølgningsplan, hvor både barnet/den unge og forældrene samt egen læge kan henvende sig ved tegn på

Boks 20. Elementer i opfølgningsplanen

- Status ved afslutning, herunder evt. kontakt til andre indsatser.
- Plan for medicinsk behandling og evt. håndtering af bivirkninger.
- Opdateret kriseplan/tilbagefaldsforebyggelsesplan og plan for hvor barnet/den unge og forældrene kan henvende sig ved tilbagefald.
- Evt. vejledning til fremtidig behandling i voksenpsykiatrien.
- Vejledning om genhenvisekriterier og kontaktmulighed ved til-

tilbagefald.

8.2. Opfølgning i almen praksis og speciallægepraksis

Almen praksis varetager overordnet set rollen som barnets/den unges kontakt i sundhedsvæsenet. For at kunne varetage denne funktion er det vigtigt, at almen praksis orienteres skriftligt om opfølgningsplanen og behandlingstiltag, som har betydning for barnet/den unge. Det er relevant at skrive i epikrisen til den praktiserende læge, hvis der skiftes behandler undervejs, eller hvis barnet/den unge bliver rask, så der kan skabes sammenhæng til kommunale indsatser. Udskrivningsaftaler og koordinationsplaner, der er udfærdiget i forbindelse med eventuel indlæggelse, bør også inddrage almen praksis. Da specialiseret viden om psykoselidelser hos børn og unge ikke nødvendigvis er en kompetence i almen praksis, er det desuden vigtigt, at epikrisen beskriver særlige opmærksomhedspunkter.

Det er ikke den alment praktiserende læges opgave at varetage den medicinske vurdering og behandling, men privatpraktiserende psykiatere kan i nogle tilfælde varetage den medicinske behandling, hvis denne ikke foregår i den ambulante psykiatri, samt støttende samtaler, psykoedukation og pårørendesamtaler. Både almen praksis og privatpraktiserende psykiatere har desuden en vigtig rolle i at genhenvise barnet/den unge ved forværring eller nyopståede symptomer. Det kan også være nødvendigt at etablere kontakt til den kommunale rusmiddelbehandling eller andre aktører.

Slutteligt kan almen praksis bistå den unge med henvisning til psykologhjælp, fysioterapi eller andre kommunale tilbud, efter den unge fylder 18 år.

8.3. Opfølgning på det specialiserede børne- og familieområde

I det sociale arbejde følger børne- og ungerådgiveren i de enkelte sager, hvor der er iværksat støttende indsatser eller anbringelse, løbende op og fører et personrettet tilsyn med henblik på at sikre sig, at hjælpen fortsat opfylder sit formål. Læs mere om løbende opfølgning og det personrettede tilsyn i kapitel 9 i håndbog om barnets lov (32): [Håndbog om barnets lov | Social- og Boligstyrelsen \(sbst.dk\)](#).

8.3.1. Krav om opfølgning

Der følges op på barnets eller den unges trivsel og udvikling og på indsatsen, når der er iværksat indsats efter følgende paragraffer i barnets lov: § 32 - Støttende indsatser til børn, unge og familier, § 46 - Anbringelse uden for hjemmet med samtykke, § 47 - Anbringelse uden for hjemmet uden samtykke, §§ 114-116 - Ungestøtte til unge fra 18 til 22 år, § 120 - Opretholdelse af døgnophold - unge med betydelig og varigt nedsat funktionsevne samt et forbedringsforløb efter §§ 13 og 14 i lov om bekæmpelse af ungdomskriminalitet.

Den løbende opfølgning har til formål at indsamle viden, som gør det muligt at vurdere, om indsatsen bør justeres eller ophøre, eller om der evt. er behov for yderligere afdækning eller undersøgelse af barnets/den unges behov. Når et barn eller en ung er anbragt uden for hjemmet, skal der fortsat minimum to gange om året som led i det personrettede tilsyn aflægges besøg på anbringelsesstedet med deltagelse af to rådgivere.

Indhold i og tidspunkt for opfølgningen beror på en socialfaglig vurdering af den samlede situation og af barnets/den unges og familiens ønsker. Børne- og ungerådgiveren vil endvidere altid overveje hvilke oplysninger, der kan indhentes fra forskellige aktører, fx skole, institution, familiebehandler eller anbringelsessted.

Børns og unges holdninger og synspunkter er et centralt omdrejningspunkt for både opfølgning og tilsynet. Uanset alder og funktionsniveau er det vigtigt, at børn og unge anerkendes i deres egen ret som selvstændige

individer. Inddragelsen af barnets/ den unges og forældrenes perspektiv i opfølgningen understøtter ejerskab over det, der arbejdes med og accept af de socialfaglige indsatser, der igangsættes. Det er vigtigt at være opmærksom på, at børn og unge med funktionsnedsættelser kan være belastede af selve det forhold at skulle forholde sig til rådgiveren i en samtale. Læs mere om børn og unge med funktionsnedsættelser i kapitel 11 i håndbog om barnets lov (32): [Håndbog om barnets lov | Social- og Boligstyrelsen \(sbst.dk\)](#).

8.3.2. Progressionsmåling

Børne- og ungerådgiverne skal ved en systematisk opfølgnings- og tilsynspraksis forholde sig til barnets eller den unges progression, om barnet/ den unge trives, samt om den iværksatte indsats fortsat opfylder sit formål. Anvendelsen af et redskab til systematisk progressionsmåling bør overvejes, idet det kan bidrage til vurderingen af barnets eller den unges trivsel og understøtte inddragelsen af barnets, den unges og forældrenes perspektiv gennem drøftelse af deres egne vurderinger. Der er gode erfaringer i flere kommuner med at anvende redskaber som fx FIT, WHO-5 m.fl. til progressionsmålinger. Andre kommuner anvender Trivselslinealen (44) som dialogredskab ved opfølgningsmøderne.

9. Gennemgående indsatser og metoder i forløbet

I det følgende beskrives (i alfabetisk rækkefølge) evidens- og vidensbaserede metoder og indsatser, der gør sig gældende på både social- og sundhedsområdet i det samlede forløb.

9.1. Civilsamfundsindsatser

Civilsamfundet tilbyder en række målrettede indsatser til mennesker med psykiske lidelser, herunder rådgivningsindsatser, bisidderordninger, netværks- og gruppeaktiviteter, oplysningsindsatser og psykoedukation, undervisning af fagpersoner på sygehus, i kommune mv., støtte til pårørende og beskæftigelsesrettede tilbud. Indsatserne i civilsamfundet har ofte fokus på at understøtte et forløb i enten kommune, på sygehus eller i almen praksis og understøtte og hjælpe den enkelte og dennes pårørende gennem forløbet.

9.2. Familiesamarbejde og -interventioner

Pårørende til barnet/den unge kan fungere som nærmeste samarbejdspartnere, og forældre/omsorgspersoner og søskende kan inddrages i behandlingen, vejledes i at støtte barnet/den unge og selv modtage støtte. Familiesamarbejdet kan blandt andet omfatte støttende psykoedukation med det formål at forebygge stress og belastning hos forældrene. Interventionen kan desuden rumme indsatser målrettet søskende, da disse udgør en særligt sårbar gruppe, som er dobbelttdisponeret for psykisk lidelse gennem dels den arvelige komponent og dels den belastning, det kan udgøre at vokse op med et familiemedlem med en alvorlig psykisk lidelse.

Gennem samarbejde med forældre og pårørende skabes et rum, hvor forældre og fagpersoner kan lære af og inspirere hinanden til at finde den bedste løsning for barnet/den unge og familien. Et ligeværdigt, respektfuldt og tillidsfuldt forældresamarbejde bevirker, at forældrene betror sig til fagpersonerne, og at deres modtagelighed over for de fagpersoners inputs og perspektiver øges. Forældresamarbejdet er desuden afgørende for at kunne skabe sammenhæng mellem tværfaglige indsatser og barnets/den unges hverdagsliv (45). Endeligt øger et tæt samarbejde med familien *compliance* (efterlevelse af behandling) og reducerer risikoen for tilbagefald (46).

9.3. Dialogværktøjer og netværksinddragende metoder

Der findes forskellige netværksinddragende metoder, som kan anvendes både i børne- og ungdomspsykiatrien, i kommunerne og i det tværsektorielle samarbejde, når der samarbejdes med forældre og andre pårørende. Netværksinddragende metoder kan både bruges i en tidlig og forebyggende indsats og i igangværende børnesager og indsatser (47). Metoderne nedenfor er eksempler, der kan støtte familien i at håndtere følgerne af psykoselidelsen, men som ikke i sig selv er behandlingsforløb.

Det inddragende netværksmøde er en helhedsorienteret metode til afholdelse af netværksmøder, enten med tilstedeværelse af både fagpersonen og barnet/den unge, familien, øvrige netværk m.fl. eller kun med fagpersoner. Mødet består af en beskrivende del, en reflekterende del og en aftaledel med en klar rollefordeling. Der er gode erfaringer med, at mødedeltagere føler sig hørt og inddraget ved brug af det inddragende netværksmøde.

Åben Dialog er en netværksorienteret tilgang, som via dialogiske samtaler inddrager barnets/den unges private og faglige netværk. Tilgangen vægter inddragelse af forskellige perspektiver og barnets/den unges holdninger højt og kan benyttes i den løbende dialog med den unge som en del af at kvalificere sagsbehandlingen og have en metodik til styrket inddragelse. Effekten af Åben Dialog er dokumenteret blandt unge med debuterende psykose (48).

Feedback Informed Treatment (FIT) er en vidensbaseret dialog- og evalueringsmetode, der er udviklet til fagpersoner på tværs af målgrupper. Formålet med FIT er at forbedre kvaliteten og effekten af en indsats ved systematisk at inddrage feedback fra barnet/den unge. Danske undersøgelser viser, at FIT er anvendelig i dansk praksis (49).

9.4. Miljøterapi

Miljøterapi er en koordineret, tværfaglig behandlingsindsats, som eksempelvis kan foregå under en døgnindlæggelse og typisk på højt specialiserede børne- og ungehjem, men som også kan foregå i den koordinerede tværfaglige indsats i eget hjem. Miljøterapien er en helhedsorienteret terapeutisk tilgang, der har til formål at fremme positiv forandring af barnets/den unges psykiske tilstand ved at støtte barnets/den unges udvikling inden for psykologiske og praktiske færdigheder og med fokus på at skabe stabile, meningsfulde hverdagsstrukturer og tillidsfulde, trygge relationer (50). Målet er at skabe gode betingelser i den unges miljø for, at den unge over tid kan udvikle sig og opnå øget trivsel samt, at tillærte strategier i det miljøterapeutiske arbejde overføres til dagligdagen.

9.5. Peer-støtte

Peer-støtte dækker over indsatser, hvor personer med egne erfaringer med den pågældende lidelse inddrages i rådgivning og støtte til barnet/den unge i behandling. Inddragelsen af peers kan skabe håb for patienterne, medvirke til at reducere stigmatisering og har desuden en positiv effekt på recovery. Peer-støtte kan desuden indtænkes i uddannelsen af nye medarbejdere.

Peer-støtte kan være forankret i både kommunale og regionale behandlingstilbud og bør være ledsaget af supervision fra erfarne peer-medarbejdere.

9.6. Psykoedukation

Psykoedukation indebærer at lære barnet/den unge og familien om den psykiske lidelse, herunder symptomer, forløb, behandlingsmuligheder, mestringsstrategier, forebyggelse af tilbagefald, recovery mm. Psykoedukation er en fast bestanddel ved behandling af psykoselidelser og har vist sig at have en positiv effekt på

både livskvalitet og tilfredshed med behandling (51) samt forebyggelse af tilbagefald (52). Psykoedukation kan gives både til barnet/den unge, forældre, søskende og i flerfamiliegrupper.

9.7. Psykoterapi

Psykoterapi kan tilbydes på tværs af sektorer og i forskellige faser af behandlingen alt efter behov, motivation og barnets/den unges/familiens samlede situation. Kognitiv adfærdsterapi (KAT) er anbefalet behandling til førsteepisodepsykose og skizofreni med særligt fokus på at øge barnets/den unges styrker, resiliens og copingfærdigheder og at arbejde mod recovery-mål og med håndtering af egen sygdom. Alt efter barnets/den unges situation, vanskeligheder og sværhedsgrad af psykotiske symptomer kan dog også tilbydes andre behandlingsformer såsom familierapi, dialektisk adfærdsterapi, psykodynamisk og mentaliseringsbaseret terapi. Som del af en helhedsorienteret indsats kan der også tilbydes terapeutisk behandling af eventuelle relaterede problemstillinger såsom uhensigtsmæssig affektregulering, selvskade, depressive symptomer eller nedsat selvværd.

9.8. Social færdighedstræning/socialkognitiv træning

Social færdighedstræning er en pædagogisk metode til udvikling og fastholdelse af sociale færdigheder, og socialkognitive programmer træner social kognition som fundament for hensigtsmæssig social interaktion. Træningen kan foregå i grupper eller individuelt og er rettet mod komplekse aspekter af social interaktion, herunder aflæsning af andre menneskers humør og følelser, situationsfornemmelse og brug af ironi og sarkasme, blandt andet ved at drøfte interaktioner i klip fra film eller tv, som vil kunne overføres til barnets/den unges eget liv.

Sociale vanskeligheder hos børn og unge med psykoselidelser kan nedsætte funktionsniveauet og øge risikoen for social isolation, ligesom børnenes/de unges sociale funktion kan forudsige recovery på langt sigt (53). Indsatser rettet mod træning af sociale og socialkognitive færdigheder er således særligt relevante for denne målgruppe.

10. Grupper med særlige behov

Børn og unge med psykoselidelser kan have komplekse udfordringer, der kræver en specialiseret indsats på tværs af regioner og kommuner. Dette kapitel beskriver de målrettede og specialiserede indsatser for udvalgte grupper af børn og unge med psykoselidelser: samtidig rusmiddelproblematik, anbragte børn og unge, høj risiko for voldsomme situationer, magtanvendelse eller tvang, øget selvmordsrisiko og psykisk udviklingshandicap.

10.1. Samtidig rusmiddelproblematik

Op mod en tredjedel af voksne patienter med psykoselidelser har en samtidig rusmiddelproblematik (54), hvilket kan forværre sygdomsbilledet betydeligt. Andelen af børn og unge med psykoselidelser, som har en samtidig rusmiddeldiagnose, er på ca. 5 pct., mens andelen der modtager stofmisbrugsbehandling efter Servicelovens § 101 pr. 1. januar 2022 var 2 pct. Der formodes at være et betydeligt mørketal, da mange unge vil være tilbageholdende med at fortælle om en rusmiddelproblematik og dermed ikke indgår i de nationale registre.

Børn og unge med psykoselidelser og rusmiddelproblematikker har ofte komplekse forløb, fordi de to tilstande gensidigt kan påvirke og forstærke hinanden og kan være svære at diagnosticere og behandle. Det er således en gruppe med et stort behov for en sammenhængende sundhedsfaglig og socialfaglig indsats og støtte til at følge et længerevarende behandlingsforløb. Det er derfor også essentielt, at der er et tæt og koordineret samarbejde mellem den regionale børne- og ungdomspsykiatri og den kommunale rusmiddelbehandling, når der iværksættes sideløbende behandling. Den samlede behandlingsindsats bør være helhedsorienteret og karakteriseret ved en koordineret fælles beslutningstagning mellem alle berørte parter forankret i en individuel behandlingsplan.

Kommunen har ansvaret for rusmiddelbehandlingen, mens den regionale børne- og ungdomspsykiatri har ansvaret for den psykiatriske behandling, undtagen ved indlæggelse hvor regionerne også har ansvaret for rusmiddelbehandlingen. Det kan dog være meget vanskeligt for børn eller unge i ambulant behandling for en psykoselidelse samtidigt at indgå i rusmiddelbehandling i kommunen. UngeAlliancen (55) har udarbejdet anbefalinger af generel karakter vedr. rusmiddelbehandling til unge med psykiske lidelser og samtidig rusmiddelproblematik (56).

Jf. §33 i barnets lov er der behandlingsgaranti for unge med stofmisbrug, der ønsker behandling. Det indebærer, at kommunerne har pligt til at iværksætte social stofmisbrugsbehandling, jf. § 101 i lov om social service, senest 14 dage efter en henvendelse fra et barn eller en ung under 18 år eller forældre. Barnet eller den unge er omfattet af § 101 i lov om social service, når der er alvorlige sociale og adfærdsmæssige problemer på grund af stofmisbruget, der medfører, at barnet eller den unge ikke kan fungere i forhold til familie, uddannelse, arbejde eller skole. Rusmiddelbehandling kan også iværksættes som støttende indsats jf. barnets lov § 32. Her følger dog ikke behandlingsgaranti. Tilsvarende tilbydes der jf. Sundhedsloven § 141 vederlagsfri behandling af alkoholmisbrug.

I Danmark er der gode erfaringer med behandlingsmodeller målrettet unge med rusmiddelproblematikker (57). Kombinationsbehandling med den motiverende samtale, kognitiv adfærdsterapi og såkaldt *contingency management* er effektive behandlingsmetoder til integreret behandling af dobbeltsårbar – herunder unge med psykiatriske diagnoser (58). MOVE er en evidensbaseret metode til behandling af rusmiddelbrug blandt unge i alderen 15-25 år, som netop består af denne kombination af metoder (57, 59). U18-Modellen er en anden velafprøvet behandlingsmodel udviklet til unge under 18 år, mens U-turn er et behandlingstilbud til unge mellem 13-25 år (60). Ingen af modellerne er dog evalueret ift. unge med svære psykiske lidelser, og der mangler derfor viden om modellernes effekt ift. denne del af målgruppen.

Når børn/unge har moderat til svære psykotiske symptomer og samtidig rusmiddelproblematik, kan det altid overvejes at indlægge barnet/den unge til behandling, da det kan være vanskeligt at påbegynde og følge behandlingen, når den samlede tilstand er kompliceret af, at begge lidelser indbyrdes forstærker hinanden. Hvis behandlingen påbegyndes under et indlæggelsesforløb, etableres der med samtykke fra den unge og evt. familien kontakt til den kommunale rusmiddelbehandling med henblik på at sikre videreførelse af behandlingen efter udskrivning. Det gælder også i de tilfælde, hvor den unge efter udskrivning fortsætter behandling i ambulante regi. Børne- og ungdomspsykiatrien, kommunen, forældrene og barnet/den unge selv samarbejder under indlæggelsen med henblik på at sikre fortsat behandling af rusmiddelproblematikken efter udskrivning.

I OPUS YOUNG øges behandlingsforløbet med 12 sessioner til unge med rusmiddelproblematik og samtidig motivation for behandling, inspireret af i MOVE-metoden. Effekten af at integrere behandlingen af rusmiddelproblematikken i OPUS YOUNG er endnu ikke evalueret, og resultaterne afventes, før det kan vurderes, om der er evidens for at integrere rusmiddelbehandlingen i det ambulante forløb i børne- og ungdomspsykiatrien.

10.2. Børn og unge anbragt uden for hjemmet

Børn og unge anbragt uden for hjemmet er en særligt sårbar gruppe, som har behov for, at indsatsen er koordineret og opleves sammenhængende, særligt hvis barnet/den unge samtidig med anbringelsen har et længerevarende forløb i børne- og ungdomspsykiatrien.

10.2.1. Indsatser under en anbringelse

En anbringelse af et barn eller en ung med psykoselidelse kan have forskellige årsager, men kan fx være forårsaget af sociale forhold, udfordringer som psykoselidelsen giver barnet eller den unge, forhold hos forældre og i familien eller en kombination heraf.

Generelt bør et barn eller en ung med psykoselidelse under en anbringelse modtage omsorg og tryghed i rammer, der understøtter trivsel, udvikling, læring og sociale fællesskaber. Indsatsen indebærer personlig støtte, socialpædagogisk rådgivning og behandling samt hjælp til varetagelse af særlige behov. Det er vigtigt, at anbringelsesstedet er i stand til at håndtere de udfordringer, som psykoselidelsen giver barnet eller den unge, bl.a. udfordringer i forhold til tænkning, følelser, adfærd og funktionsniveau. Visitation til et konkret anbringelsessted og sammensætning af indsatsen vil være bestemt af formålet med anbringelsen samt barnets eller den unges individuelle behov.

Anbringelsen kan være i en plejefamilie, herunder en specialiseret plejefamilie, eller på et børne- og ungehjem. Er anbringelsen primært forårsaget af de udfordringer, som psykoselidelsen giver barnet eller den

unge, kan flere forhold pege på en anbringelse på et børne- og ungehjem, der er godkendt til en målgruppe, som omfatter børn og unge med psykoselidelser (også kaldet socialpsykiatrisk bosted). Et sådant børne- og ungehjem har faglært personale med specialiseret viden om psykose samt erfaring og kompetencer i relevante tilgange og metoder. Endvidere har personalet på børne- og ungehjem adgang til at anvende indgreb over for barnet eller den unge, fx hvis vedkommende er til fare for sig selv eller andre. I helt særlige situationer, hvor det vurderes at være absolut nødvendigt for fx at beskytte barnet eller den unge mod at begå selvmord, kan anbringelse på sikret institution være relevant. En anbringelse på en sikret institution må aldrig være længere, end formålet tilsiger.

Indsatsen på børne- og ungehjem tilrettelægges med udgangspunkt i barnets/den unges hverdagsliv, fx gennem en miljøterapeutisk tilgang, der også har fokus på skolegang eller beskæftigelse, fritidsaktiviteter, sociale fællesskaber og familiesamarbejde. Indsatsen målrettes endvidere forskellige udfordringer hos barnet/den unge. Hvis indsatsen rummer rusmiddelbehandling, kan denne foregå i rusmiddelrådgivning i kommunen i samarbejde med børne- og ungehjemmet.

På børne- og ungehjem kan der med fordel være et særligt fokus på at forebygge, at der opstår voldsomme situationer (se afsnit 10.3). Anbringelsesstedet sikrer, at der på forhånd er klare aftaler med familien i tilfælde af forværring hos barnet/den unge, eksempelvis forværring af de psykotiske symptomer, selvmordsadfærd eller lignende. Dette indebærer eksempelvis klare aftaler om, hvordan og hvornår familien kontaktes, og en drøftelse af og aftaler med forældrene om, hvordan der følges op på hændelsen, og hvordan forældrene kan hjælpes til en forståelse af hændelsen.

Derudover udarbejdes der interne retningslinjer for og beredskab til håndtering af situationer, hvor psykose- lidelsen akut forværres, fx i form af kriseplan eller beredskabsplan. Børne- og ungerådgiveren involveres i disse planer. Der kan ligeledes på forhånd være lavet aftaler med børne- og ungdomspsykiatrien, når akutte kriser kræver indlæggelse.

10.2.2. Behandling af psykoselidelse hos anbragte børn og unge

Behandling af en psykoselidelse hos anbragte børn og unge kan foregå ved, at barnet eller den unge møder til ambulant behandling i børne- og ungdomspsykiatrien, eller ved at børne- og ungdomspsykiatrien varetager udgående behandling på anbringelsesstedet. Individuelle behandlingsforløb kan også foregå internt på anbringelsesstedet, fx psykoterapi ved psykolog tilknyttet stedet. Ved forværrede symptomer og akut krise hvor barnet/den unge ikke oplever bedring ved at følge kriseplanen, kan medarbejderne på anbringelsesstedet tage kontakt til børne- og ungdomspsykiatrien med henblik på rådgivning og evt. aftale om indlæggelse for at undgå forværring. Tilsvarende skal kontaktpersonen i børne- og ungdomspsykiatrien informere anbringelsesstedet og børne-/ungerådgiveren i kommunen ved forværring af barnets/den unges tilstand, eller hvis behandlingen ændres. Ved behov for akut indlæggelse ledsages barnet/den unge af en medarbejder fra anbringelsesstedet for at sikre overlevering af vigtige informationer og en så god overgang som muligt. Forældre orienteres hurtigst muligt om indlæggelsen, samt om hvordan og hvornår de kan få kontakt med deres barn.

I alle indlæggelsesforløb er det hensigtsmæssigt, at fagpersoner fra hhv. børne- og ungdomspsykiatrien og anbringelsesstedet er i dialog med henblik på planlægning af indlæggelsesforløb og udskrivning. Ved udskrivningen sørger børne- og ungdomspsykiatrien for, at alle vigtige informationer overleveres, herunder me-

dicinændringer, mulige bivirkninger til den medicinske behandling, særlige opmærksomhedspunkter, behandlingsplan, samt hvad der kan give anledning til, at børne- og ungdomspsykiatrien skal kontaktes igen. Det er desuden vigtigt, at der inden udskrivningen træffes konkret aftale om ambulante opfølgning på indlæggelsesforløbet. Barnet/den unge og forældrene er involveret i planlægningen af udskrivningen og den ambulante opfølgning. I forbindelse med udskrivning afholdes et netværksmøde, hvor der udarbejdes en fælles samarbejdsplan om det videre forløb.

10.3. Høj risiko for voldsomme situationer, magtanvendelse eller tvang

Der kan i sjældne tilfælde være risiko for, at samspillet mellem en ung med en psykoselidelse og omgivelserne kan give anledning til voldsomme situationer, hvor den unge reagerer med handlinger af personfarlig karakter. Faktorer såsom samtidig rusmiddelproblematik, tidligere brug af vold, impulsivitet samt ubehandlet psykoselidelse kan øge denne risiko (61). Det er vigtigt for barnet/den unge, familien og medarbejdere, at den samlede indsats tilrettelægges således, at voldsomme situationer forebygges, bl.a. ved at sikre en tilstrækkelig behandling af psykoselidelsen og en evt. samtidig rusmiddelproblematik. Situationer, hvor barnet/den unge udsætter sig selv eller andre for fare, kan gøre det nødvendigt at anvende alvorlige indgreb som fysisk magt eller tvang, herunder nødværge. Fysisk magt og tvang må kun ske undtagelsesvist og skal forebygges og så vidt muligt undgås.

Anvendelse af fysisk magt og andre indgreb i selvbestemmelsesretten over for børn og unge anbragt på børne- og ungehjem, herunder delvist lukkede og sikrede institutioner, er reguleret i voksenansvarsloven. Anvendelse af tvang i børne- og ungdomspsykiatrien er reguleret via psykiatriloven (62). I børne- og ungdomspsykiatrien er der dog ikke tale om tvang i de tilfælde, hvor barnet/den unge er under 15 år, og der foreligger informeret samtykke fra forældremyndighedens indehaver.

Sundhedsstyrelsen har udgivet anbefalinger til nedbringelse af tvang for mennesker med psykiske lidelser (63), og på Social- og Boligstyrelsens hjemmeside kan der hentes viden om og inspiration til forebyggelse af magtanvendelse (64). Det er de samme metoder, fx konfliktnedtrappende redskaber, der anvendes til at forebygge voldsomme situationer, fysisk magt på anbringelsessteder og tvang i psykiatrien. Det er derfor afgørende, at det forebyggende arbejde ses i sammenhæng på tværs af områderne.

Når barnet trives, er der mindre risiko for, at konflikter og voldsomme situationer opstår. Derfor er det væsentligt løbende i samarbejde med barnet og det nære netværk at afdække barnets eller den unges situation, ønsker, ressourcer og behov, så aktuel viden omkring barnet/den unge altid er grundlaget for en indsats, der understøtter vedkommendes trivsel, udvikling og behov. Afdækningen belyser barnets eller den unges mestringsstrategier og støttebehov i svære situationer, så medarbejderne har bedre mulighed for at give den rette støtte i voldsomme eller tilspidsede situationer.

Børns og unges følelse af kontrol og mestring af hverdagen øges, når de involveres i små og store beslutninger af betydning for deres liv. Beslutninger og tilrettelæggelse af barnets eller den unges hverdag sker i et tæt samarbejde med barnet/den unge selv og det nære netværk. Hvis et barn eller en ung er i mistrivsel eller en række forhold aktuelt belaster barnet i særlig grad, er det langt mere sandsynligt, at vedkommende reagerer i affekt og at konflikter opstår. Derfor kan fagpersoner omkring barnet/den unge løbende analysere og reflektere over vedkommendes aktuelle trivselsniveau, herunder risikoen for at vedkommende vil handle i affekt og evt. voldsomt, således at en eventuel forebyggende indsats kan iværksættes.

Når konfliktfyldte og tilspidsede situationer er under udvikling, er det væsentligt, at medarbejderne fortsat møder barnet eller den unge med ro, empati og anerkendelse, samt at der iværksættes ikke-konfronterende og konfliktnedtrappende tiltag, som er tilpasset barnets/den unges ønsker og behov.

Hvis brug af fysisk magt er nødvendigt for at beskytte barnet/den unge eller andre, bør der samtidig iværksættes tryghedsskabende og nænsomme tiltag, så magtanvendelsen for barnet/den unge bliver så nænsom, tryk og værdig som muligt. Systematiske opfølgninger efter en voldsom situation eller en magtanvendelse sammen med barnet og i personalegruppen bidrager både til at genetablere tillid og tryghed hos barnet/den unge samt involverede medarbejdere og til at skabe refleksion og læring af forløbet med henblik på at identificere, hvad der fremover kan gøres anderledes.

10.4. Øget selvmordsrisiko

Psykoselidelser er associeret med en øget selvmordsrisiko (65), og det er derfor vigtigt med en særlig opmærksomhed på forebyggelse af selvmord og selvmordsforsøg hos børn og unge med psykoselidelser. Målgruppen af børn og unge med øget selvmordsrisiko har særligt behov for, at der på tværs af sektorer er sammenhæng og et tæt samarbejde mellem alle involverede parter.

Fagpersoner, der møder børn og unge med psykoselidelser, har en vigtig rolle i forhold til at forebygge selvmord og bør derfor have viden om, hvordan de identificerer og hjælper børn og unge i selvmordsrisiko. Dette indebærer blandt andet viden om risikofaktorer, og hvor der kan hentes yderligere hjælp.

Hvis kommunen bliver bekymret for, om et barn eller en ung er selvmordstruet, bør kommunen henvise barnet/den unge og familien til at kontakte enten egen læge, psykiatrisk akutmodtagelse eller den gennemgående kontaktperson i børne- og ungdomspsykiatrien, hvis barnet/den unge allerede er i et forløb. Der skal tages direkte kontakt til den psykiatriske akutmodtagelse, hvis barnet/den unge er svært forpint eller impulsiv og har svært ved at kontrollere tanker om at handle på selvmordstanker eller impulser. I akutmodtagelsen vurderes selvmordsrisikoen, og der tages stilling til, om der er behov for akut indlæggelse. Hvis barnet/den unge ikke indlægges, skal der udarbejdes en kriseplan og tages stilling til den fremadrettede behandling, og både kommunen og egen læge underrettes.

Boks 21. Indsatser til børn og unge med psykoselidelse og øget selvmordsrisiko

- Medarbejdere i kommune og region i kontakt med nyligt udskrevne bør være opmærksomme på selvmordsforebyggelse og en koordineret indsats, da risikoen for selvmordshandlinger er høj efter udskrivelse.
- Selvmordsrisikovurderingen foretages af en person med en tillidsfuld relation til barnet/den unge, som er oplært i selvmordsrisikovurderinger ved ambulante kontroller, i løbet af en indlæggelse, inden udskrivelse og i overgange mellem afdelinger.
- Ved øget selvmordsrisiko udarbejdes en kriseplan for at sikre, at den enkelte har strategier, som kan bruges i situationer, hvor selvmordstanker og impulser opstår. Kriseplanen opdateres løbende i samarbejde med barnet/den unge og eventuelt forældrene. Den samme kriseplan kan anvendes på tværs af indsatserne, hvor personalet støtter op om kriseplanen, uanset i hvilken sektor den er udarbejdet.
- Inddragelse af nære pårørende er en effektiv metode til forebyggelse af selvmord og selvmordsforsøg, da de har en vigtig rolle og støttefunktion i forhold til selvmordsforebyggelse, da det ofte er dem der opdager selvmordstanker og selvmordshandlinger.
- Der bør være en særlig opmærksomhed på barnets/den unges digitale adfærd ved øget selvmordsrisiko, da selvmordsrelateret indhold på internettet kan øge risikoen for selvmordstanker og adfærd.
- Peers kan bidrage til at fremme oplevelsen af håb, hvilket er af afgørende betydning for børn og unge i risiko for selvmordshandlinger.

Nærmere information om indsatser ved øget risiko for selvmordshandlinger kan findes i Sundhedsstyrelsens faglige oplæg til national handlingsplan for

10.5. Udviklingshandicap

Psykoselidelser er hyppigere hos personer med udviklingshandicap end i baggrundsbefolkningen, og hyppigheden øges ved samtidig autisme. Udredning og behandling af børn og unge med udviklingshandicap og mistanke om samtidig psykoselidelse er vanskelig og derfor oftest en specialistopgave, som varetages i specialfunktion jf. gældende specialevejledning for børne og ungdomspsykiatri (66) i et tæt samarbejde med pædiatri og neurologi.

De kommunale indsatser afhænger også af graden af udviklingshandicap, men selv ved et lettere udviklingshandicap vil der ofte være en mere udtalt funktionsnedsættelse end hos andre børn og unge med psykoselidelser og dermed også et større behov for støtte. Der kan ofte også være behov for specialiserede tilbud på det kommunale område til børn og unge med moderate til svære udviklingshandicap og samtidige psykiske lidelser, herunder specialiserede pædagogiske tilbud.

Referenceliste

- (1) Sundhedsstyrelsen. Fagligt oplæg til en 10-årsplan - Bedre mental sundhed og en styrket indsats til mennesker med psykiske lidelser. 1st.2022.
- (2) Sundhedsministeriet. Aftale om en 10-årsplan for psykiatrien og mental sundhed . 2022.
- (3) Kaneko K. Negative Symptoms and Cognitive Impairments in Schizophrenia: Two Key Symptoms Negatively Influencing Social Functioning. *Yonago Acta Med* 2018;61(2):91-102.
- (4) Pagsberg AK, Jeppesen P, Klauber DG, Jensen KG, Rudå D, Stentebjerg-Olesen M, et al. Quetiapine extended release versus aripiprazole in children and adolescents with first-episode psychosis: the multicentre, double-blind, randomised tolerability and efficacy of antipsychotics (TEA) trial. *Lancet Psychiatry* 2017;4(8):605-618.
- (5) Bekendtgørelse af lov om kommunal indsats for unge under 25 år. 2022 05/10/.
- (6) Socialstyrelsen. Overgangen til voksenlivet for unge med handicap- et inspirationsmateriale . 2021.
- (7) Høstrup, M., Høgh, H. & Stamhus, C. Fra ung til voksen med handicap - En litteraturgennemgang . 2019.
- (8) Dieterich M, Irving CB, Bergman H, Khokhar MA, Park B, Marshall M. Intensive case management for severe mental illness. *Cochrane Database Syst Rev* 2017;1(1):CD007906.
- (9) Stentebjerg-Olesen M, Pagsberg AK, Fink-Jensen A, Correll CU, Jeppesen P. Clinical Characteristics and Predictors of Outcome of Schizophrenia-Spectrum Psychosis in Children and Adolescents: A Systematic Review. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 2016;26(5):410-427.
- (10) Santesteban-Echarri O, Paino M, Rice S, González-Blanch C, McGorry P, Gleeson J, et al. Predictors of functional recovery in first-episode psychosis: A systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Clin Psychol Rev* 2017;58:59-75.
- (11) van Dee V, Schnack HG, Cahn W. Systematic review and meta-analysis on predictors of prognosis in patients with schizophrenia spectrum disorders: An overview of current evidence and a call for prospective research and open access to datasets. *Schizophr Res* 2023;254:133-142.
- (12) Crumlish N, Whitty P, Clarke M, Browne S, Kamali M, Gervin M, et al. Beyond the critical period: longitudinal study of 8-year outcome in first-episode non-affective psychosis. *Br J Psychiatry* 2009;194(1):18-24.
- (13) Harrigan SM, McGorry PD, Krstev H. Does treatment delay in first-episode psychosis really matter? *Psychol Med* 2003;33(1):97-110.
- (14) Jeppesen P, Petersen L, Thorup A, Abel M-, Øhlenschlaeger J, Christensen TØ, et al. The association between pre-morbid adjustment, duration of untreated psychosis and outcome in first-episode psychosis. *Psychol Med* 2008;38(8):1157-1166.

- (15) Jeppesen P, Obel C, Lund L, Madsen KB, Nielsen L, Nordentoft M. MENTAL SUNDHED OG SYGDOM HOS BØRN OG UNGE I ALDEREN 10-24 ÅR – FOREKOMST, UDVIKLING OG FOREBYGGELSESMULIGHEDER. 1st.2020.
- (16) Sundhedsstyrelsen. Faglig ramme for det kommunale behandlingstilbud til børn og unge i psykisk mistrivsel. 2023.
- (17) Indenrigs- og Sundhedsministeriet. Bekendtgørelse af sundhedsloven §§ 121-122. 2022 27/01/.
- (18) Statens Institut for Folkesundhed. Psykisk mistrivsel og psykisk sygdom blandt børn og unge - En undersøgelse af 0-16-årige i Region Hovedstaden . 2023.
- (19) Friis S, Vaglum P, Haahr U, Johannessen JO, Larsen TK, Melle I, et al. Effect of an early detection programme on duration of untreated psychosis: part of the Scandinavian TIPS study. Br J Psychiatry Suppl 2005;48:29.
- (20) Hegelstad WTV, Larsen TK, Auestad B, Evensen J, Haahr U, Joa I, et al. Long-term follow-up of the TIPS early detection in psychosis study: effects on 10-year outcome. Am J Psychiatry 2012;169(4):374-380.
- (21) Indenrigs- og Sundhedsministeriet. Bekendtgørelse om ret til sygehusbehandling m.v. 2019 28/06/.
- (22) Indenrigs- og Sundhedsministeriet. Vejledning om information og samtykke og om videregivelse af helbredsoplysninger mv. 1998 16/09/.
- (23) Indenrigs- og Sundhedsministeriet. Vejledning om anvendelse af tvang m.v. i psykiatrien. 2020 10/08/.
- (24) (RKKP) Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram. Den Nationale Skizofrenidatabase. Link: <https://www.rkkp.dk/kvalitetsdatabaser/databaser/Den-Nationale-Skizofrenidatabase/>.
- (25) Danske Multidisciplinære Psykiatri Grupper, Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram. Skizofreni og andre primære psykoselidelser – diagnostisk udredning af børn, unge og voksne. 1st.2023.
- (26) mymedcards. GAPD skalaen - Helhedsvurdering af psykosocial funktionsevne. Link: <https://free.mymedcards.dk/myguides/cards/2yj4VxGhtwhchfQgmRpj-gapd-skalaen-helhedsvurdering-af-psykosocial-funktionsevne>.
- (27) Nordentoft M, Rasmussen JO, Melau M, Hjorthøj CR, Thorup AAE. How successful are first episode programs? A review of the evidence for specialized assertive early intervention. Curr Opin Psychiatry 2014;27(3):167-172.
- (28) Møller IH, Larsen JE. Socialpolitik. 2nd. Socialpædagogisk bibliotek, 2016.
- (29) Dalberg-Larsen J. Lovene og livet – en retssociologisk grundbog. 5th. Jurist- og Økonomforbundets Forlag, 2005.
- (30) Social- BoÆ. Barnets lov. 2023 13/06/.
- (31) VIVE. Tidligere forebyggende indsats på børne- og ungeområdet – Inspirationskatalog. Socialstyrelsen :2020.
- (32) Social- og Boligstyrelsen. Håndbog om barnets lov. 1st.2023.

- (33) Børne- og socialministeriet, Justitministeriet. Ud af kriminalitet og tilbage i trivsel - Håndbog til behandling af sager omfattet af lov om bekæmpelse af ungdomskriminalitet.
- (34) Socialstyrelsen. Strategisk ramme & Faglig retning for omlægning til en tidligere forebyggende indsats. 2018.
- (35) Socialstyrelsen. Strategisk ramme & Faglig retning - Koncept for omlægning til en tidligere forebyggende indsats for børn og unge i udsatte positioner. 2018.
- (36) Social- BoÆ. Bekendtgørelse af barnets lov. 2024 25/01/.
- (37) Børne- og Undervisningsministeriet. Bekendtgørelse om folkeskolens specialundervisning og anden specialpædagogisk bistand.
- (38) Børne- og Undervisningsministeriet. Bekendtgørelse af lov om friskoler og private grundskoler m.v. 2019 14/08/.
- (39) Børne- og Undervisningsministeriet. Bekendtgørelse af lov om efterskoler og frie fagskoler. 2021 06/10/.
- (40) SPS - Specialpædagogisk støtte. Specialpædagogisk støtte (SPS). Link: <https://www.spsu.dk/>.
- (41) Børne- og Undervisningsministeriet. Regler for specialundervisning. Opdateret: 2023. Link: <https://www.uvm.dk/folkeskolen/laering-og-laeringsmiljoe/specialundervisning/regler-for-specialundervisning>.
- (42) Sundhedsstyrelsen. Vejledning om forebyggende sundhedsydelse til børn og unge. 3rd.2019.
- (43) Indenrigs- og Sundhedsministeriet. Vejledning om medikamentel behandling af børn og unge med psykiske lidelser. 2019 09/07/.
- (44) KL. INTRODUKTION TIL "TRIVSELSLINEALEN" - Måling af progression ved hjælp af Trivselsskemaet 2021.
- (45) Strandby MW, Mikuta MI, Villumsen AM. Socialfaglige medarbejdere i skole og dagtilbud . 2023.
- (46) Pitschel-Walz G, Leucht S, Bäuml J, Kissling W, Engel RR. The effect of family interventions on relapse and rehospitalization in schizophrenia--a meta-analysis. Schizophr Bull 2001;27(1):73-92.
- (47) Social- og boligstyrelsen. Netværksinddragende metoder. Opdateret: 2018. Link: <https://sbst.dk/tvaergaende-omrader/sagsbehandling-boern-og-unge/netvaerksinddragende-metoder>.
- (48) Social- og Boligstyrelsen. Åben Dialog. Opdateret: 2023. Link: <https://social.dk/tvaergaende/sociale-indsatser/aaben-dialog>.
- (49) Social- og Boligstyrelsen. Feedback Informed Treatment (FIT). Opdateret: 2023. Link: <https://social.dk/tvaergaende/sociale-indsatser/feedback-informed-treatment-fit>.
- (50) Schjødt T, Heinskou T. Miljøterapi på dynamisk grundlag Hans Reitzels Forlag, .

- (51) Xia J, Merinder LB, Belgamwar MR. Psychoeducation for schizophrenia. Cochrane Database Syst Rev 2011;2011(6):CD002831.
- (52) Bighelli I, Rodolico A, Garcia-Mieres H, Pitschel-Walz G, Hansen W, Schneider-Thoma J, et al. Psychosocial and psychological interventions for relapse prevention in schizophrenia: a systematic review and network meta-analysis. Lancet Psychiatry 2021;8(11):969-980.
- (53) Wykes T, Spaulding WD. Thinking about the future cognitive remediation therapy--what works and could we do better? Schizophr Bull 2011;37 Suppl 2(Suppl 2):80.
- (54) Toftdahl NG, Nordentoft M, Hjorthøj C. Prevalence of substance use disorders in psychiatric patients: a nationwide Danish population-based study. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2016;51(1):129-140.
- (55) Helsefonden. OM UNGEALLIANCEN. Link: <https://helsefonden.dk/ungealliancen/om-ungealliancen>.
- (56) Helsefonden. Grønbog. Link: <https://helsefonden.dk/artikler/groenbog>.
- (57) Rapport fra Center for Rusmiddelforskning. Behandling af unge der misbruger stoffer - En undersøgelse af 4 behandlingsmetoders effekt 2017.
- (58) Pedersen MU, Skov KB, Pedersen MM, Frederiksen KS, Karsberg SH. Evaluering af MOVE gruppebehandling for unge. Aarhus Universitet : Center for Rusmiddelforskning, 2023.
- (59) Pedersen MU, Pedersen MM. MOVE. 21 måneder efter indskrivning . 2018.
- (60) Skov KB, Pedersen MU, Frederiksen KS, Pedersen MM. Evalueringen af udbredelsen af behandlingsmodellerne U-turn og U18 til 10 danske kommuner . 2020.
- (61) Whiting D, Lichtenstein P, Fazel S. Violence and mental disorders: a structured review of associations by individual diagnoses, risk factors, and risk assessment. Lancet Psychiatry 2021;8(2):150-161.
- (62) Indenrigs- og Sundhedsministeriet. Bekendtgørelse af lov om anvendelse af tvang i psykiatrien m.v. 2022 01/02/.
- (63) Sundhedsstyrelsen. Anbefalinger for nedbringelse af tvang for mennesker med psykiske lidelser . 2021.
- (64) Social- og Boligstyrelsen. Voksenansvar for børn og unge. Link: <https://sbst.dk/tvaergaende-omraeder/voksenansvar-for-boern-og-unge>.
- (65) Plana-Ripoll O, Pedersen CB, Agerbo E, Holtz Y, Erlangsen A, Canudas-Romo V, et al. A comprehensive analysis of mortality-related health metrics associated with mental disorders: a nationwide, register-based cohort study. Lancet 2019;394(10211):1827-1835.
- (66) Sundhedsstyrelsen. Specialevejledning for Børne- og ungdomspsykiatri. 2021.

