

Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S

København, den 13. oktober 2017

Høringsvar – forløbsprogrammer for børn og unge med psykiske lidelser

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

Potentialer i forløbsprogrammerne

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

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

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

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

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



Forankring af forløbsprogrammernes indsatser

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

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

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

Overordnede pointer til alle tre programmer:

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

- **Sektorovergange**

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

- **Forskningsmæssigt belæg for indsatserne**

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

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



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

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

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

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

- **Fokus på inddragelse af forældre**

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

Forløbsprogram for børn og unge med angst og depression

Vi ser tre primære udfordringer i dette forløbsprogram:

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

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



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

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

Forløbsprogram for børn og unge med ADHD

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

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



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

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

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

Indsatstrin 1

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

Indsatstrin 2 (Socialfaglig/pædagogisk indsats)

I kassen om forældretræning står der:

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

Vi foreslår, at det ændres til:

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

Indsatstrin 3:

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



Forløbsprogram for børn og unge med spiseforstyrrelser

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

Det vi imidlertid efterlyser i forløbsprogrammet er:

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

