

# Børn og unge i gråzonen mellem somatikken, psykiatrien og kommunerne

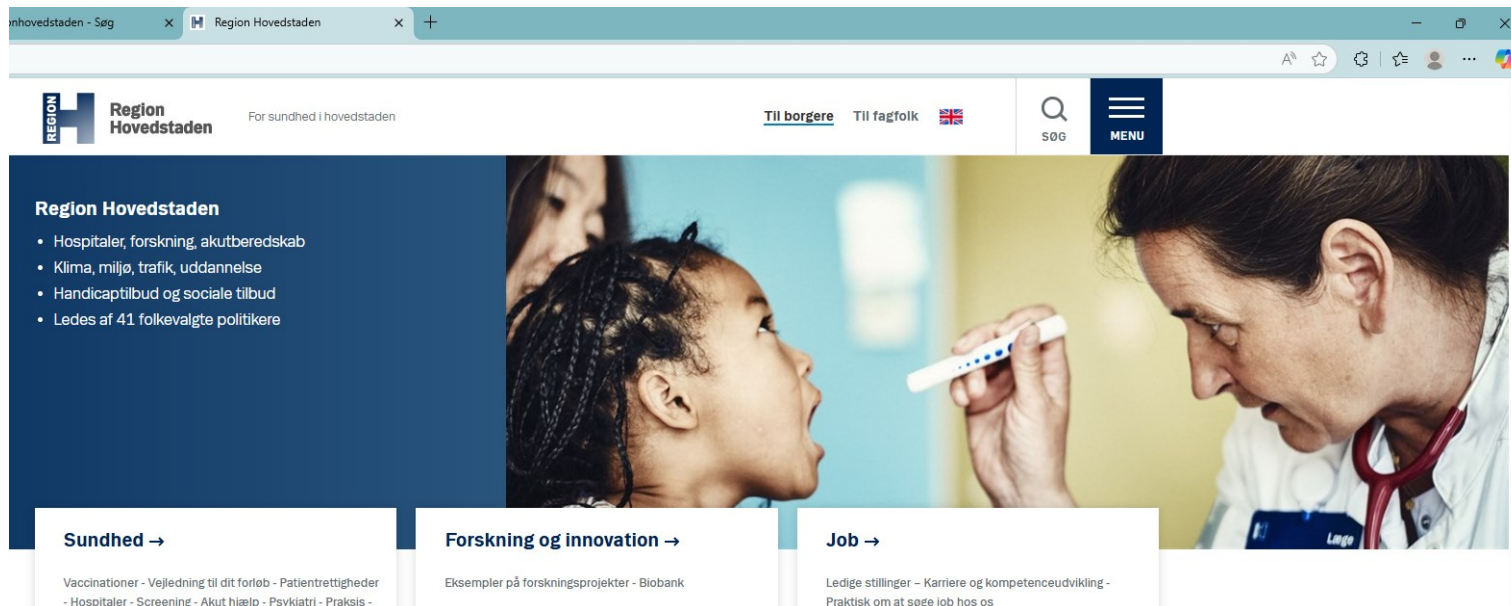
International Patientsikkerhedsdag 17. september 2025

Grete Teilmann, overlæge, phd

Børne- og ungeafdelingen, Nordsjællands Hospital

# Grete Teilmann, overlæge på Børne- og Ungeafdelingen, Nordsjællands Hospital, Hillerød

- Læge (1996), ph.d. (2007), speciallæge i pædiatri (2010), klinisk lektor (2012)
- Faglige interesser og fagområder: generel pædiatri, endokrinologi, ungdomsmedicin, socialpædiatri

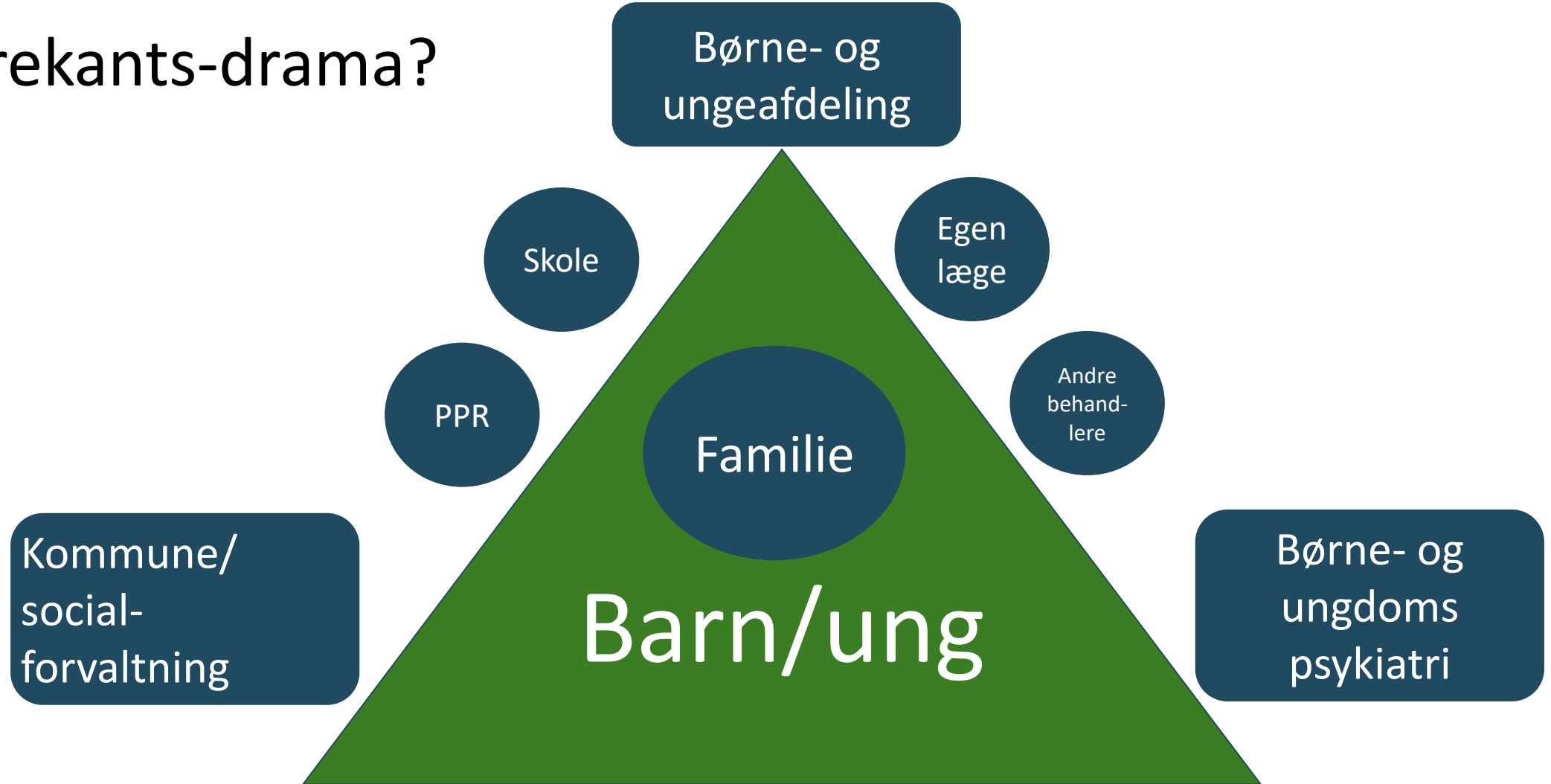


# Børn og unge med komplekse behov: en gråzone mellem tre stole?

**Oplæg:** Hvad sker der når et barn/en ung har komplekse behov, som hverken udelukkende er en fysisk (somatisk) sygdom, psykisk sygdom eller sociale problemstillinger, men en kombination?

**Patientsikkerhedsperspektiv:** Manglende koordination mellem somatik, psykiatri og kommuner kan føre til forsinket eller utilstrækkelig hjælp, og giver risiko for forværring af symptomer/sygdom, tabt skolegang og social isolation.

# Trekants-drama?



# Tre cases fra hverdagen

- Mads 10 år
- Hovedpine efter slag mod hovedet

- Anna 15 år
- Svær overvægt og ADHD

- Simone 13 år
- Brækket arm efter selvmordsforsøg

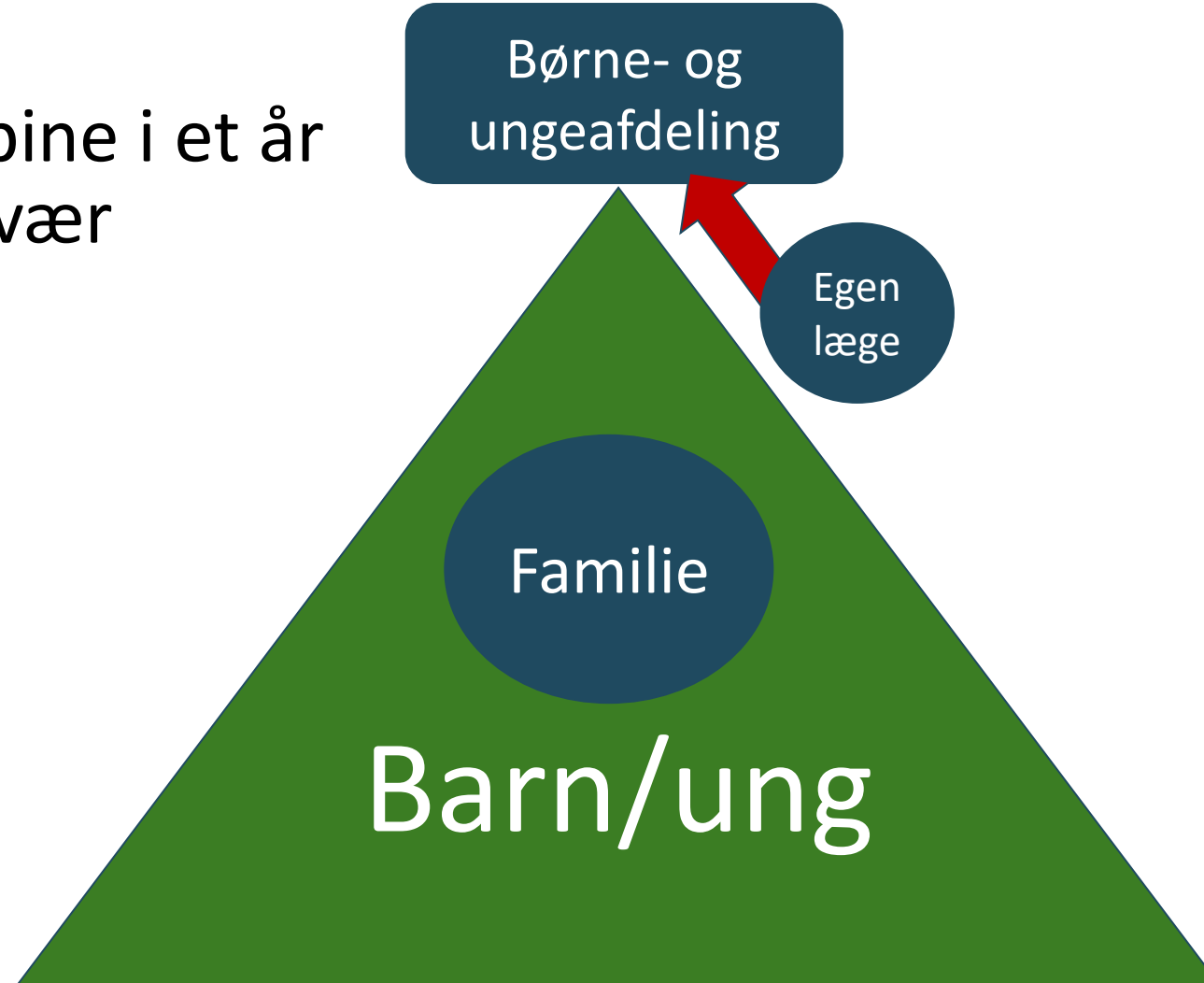
# Mads 10 år

- Henvist af egen læge til ambulatoriet på børne- og ungeafdelingen
- Problemstilling: Kronisk hovedpine efter fald for 1 år siden, hvor han slog hovedet mod et træ



**Mads 10 år**

Daglig hovedpine i et år  
Stort skolefravær





# Hovedpine dagbog for børn

Denne dagbog kan hjælpe lægen med at finde ud af, hvilken hovedpine du lider af. Du skal udfylde den hver aften på de dage, hvor det har gjort ondt. Det gør det nemmere for dig at forklare lægen, hvordan det føles. Du skal sætte kryds i de kasser, der passer bedst til din hovedpine. Hvis du er i tvivl om, hvordan du skal gøre, så spørg dine forældre eller din læge.

|                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Dato:                                                                                                                                                                                                                                                      | / /                                                                                                                                                                                                                                                               | / /                                                                                                                                                                                                                                                               | / /                                                                                                                                                                                                                                                               | / /                                                                                                                                                                                                                                                               | / /                                                                                                                                                                                                                                                               |
| Hvor længe havde du hovedpine?                                                                                                                                                                                                                             | Fra kl. ....<br>Til kl. ....                                                                                                                                                                                                                                      | Fra kl. ....<br>Til kl. ....                                                                                                                                                                                                                                      | Fra kl. ....<br>Til kl. ....                                                                                                                                                                                                                                      | Fra kl. ....<br>Til kl. ....                                                                                                                                                                                                                                      | Fra kl. ....<br>Til kl. ....                                                                                                                                                                                                                                      |
| Før hovedpinen startede, følte du<br>Synsforstyrrelser?<br>Taleforstyrrelser?<br>Forstyrrelser i følelsen?<br>Andre forstyrrelser?                                                                                                                         | <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/>                                                                                                                                                      | <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/>                                                                                                                                                      | <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/>                                                                                                                                                      | <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/>                                                                                                                                                      | <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/>                                                                                                                                                      |
| Hvordan føltes din hovedpine?<br>Dunkende (hammerende/pulserende)<br>Konstant (pressende/strammende)                                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                              |
| Hvor i dit hoved gjorde det ondt?<br>Farvelæg det område, hvor det gjorde ondt.                                                                                                                                                                            | Venstre<br>                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                |
|                                                                                                                                                                                                                                                            | Højre<br>                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                |
|                                                                                                                                                                                                                                                            | Pande<br>                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                |
| Hvor ondt gjorde din hovedpine?<br>Farvelæg det ansigt, der passer.<br>Meget ondt. Havde ikke lyst til noget,<br>måtte blive hjemme fra skole.<br>Ondt. Ville helst ikke bevæge mig, men gik alligevel i skole.<br>Lidt ondt. Kunne godt lege/dyrke sport. | <br><br> | <br><br> | <br><br> | <br><br> | <br><br> |
| Blev din hovedpine værre af, at du bevægede dig?<br>F.eks. når du gik på trapper, løb, legede eller dyrkede sport.                                                                                                                                         | Ja<br>Nej                                                                                                                                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                              |
| Fik du det bedre, når du bevægede dig?<br>F.eks. når du gik på trapper, løb, legede eller dyrkede sport.                                                                                                                                                   | Ja<br>Nej                                                                                                                                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                              |
| Havde du kvalme, eller mistede du bare lysten til at spise, da du havde hovedpine?                                                                                                                                                                         | Ja<br>Nej                                                                                                                                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                              |
| Kastede du op?                                                                                                                                                                                                                                             | Ja<br>Nej                                                                                                                                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                              |
| Havde du det bedst i et mørkt og stille værelse, da du havde hovedpine?                                                                                                                                                                                    | Ja<br>Nej                                                                                                                                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                              |
| Faldt du i søvn?<br>(Hvis ja, hvornår?)                                                                                                                                                                                                                    | Ja<br>Nej<br>Kl. _____                                                                                                                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br>_____                                                                                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br>_____                                                                                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br>_____                                                                                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br>_____                                                                                                                                                                                                     |
| Var hovedpinen væk eller meget bedre efter, at du havde sovet?                                                                                                                                                                                             | Ja<br>Nej                                                                                                                                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                              |

# Mads, 10 år

- Er undersøgt hos egen læge og praktiserende børnelæge
- Ingen virkning af smertestillende medicin
- Normal neurologisk undersøgelse
- Normal øjenundersøgelse
- Normale blodprøver
- Normal MR-scanning af hjernen



## Mads' forældre spørger:

*"Hvorfor har Mads stadig ondt i hovedet, hvis alle undersøgelserne er normale?"*



# Har Mads en funktionel lidelse?

Kriterier:

1. relevante somatiske og psykiatriske differentialdiagnoser skal være udelukket
2. symptomvarigheden skal være mindst 3 måneder
3. symptomerne skal medføre moderate til svære påvirkninger af barnet eller den unges funktionsniveau eller velbefindende.



## Funktionelle lidelser hos børn og unge

Viden og redskaber  
til fagprofessionelle

Sundhed for alle ♥ + ●

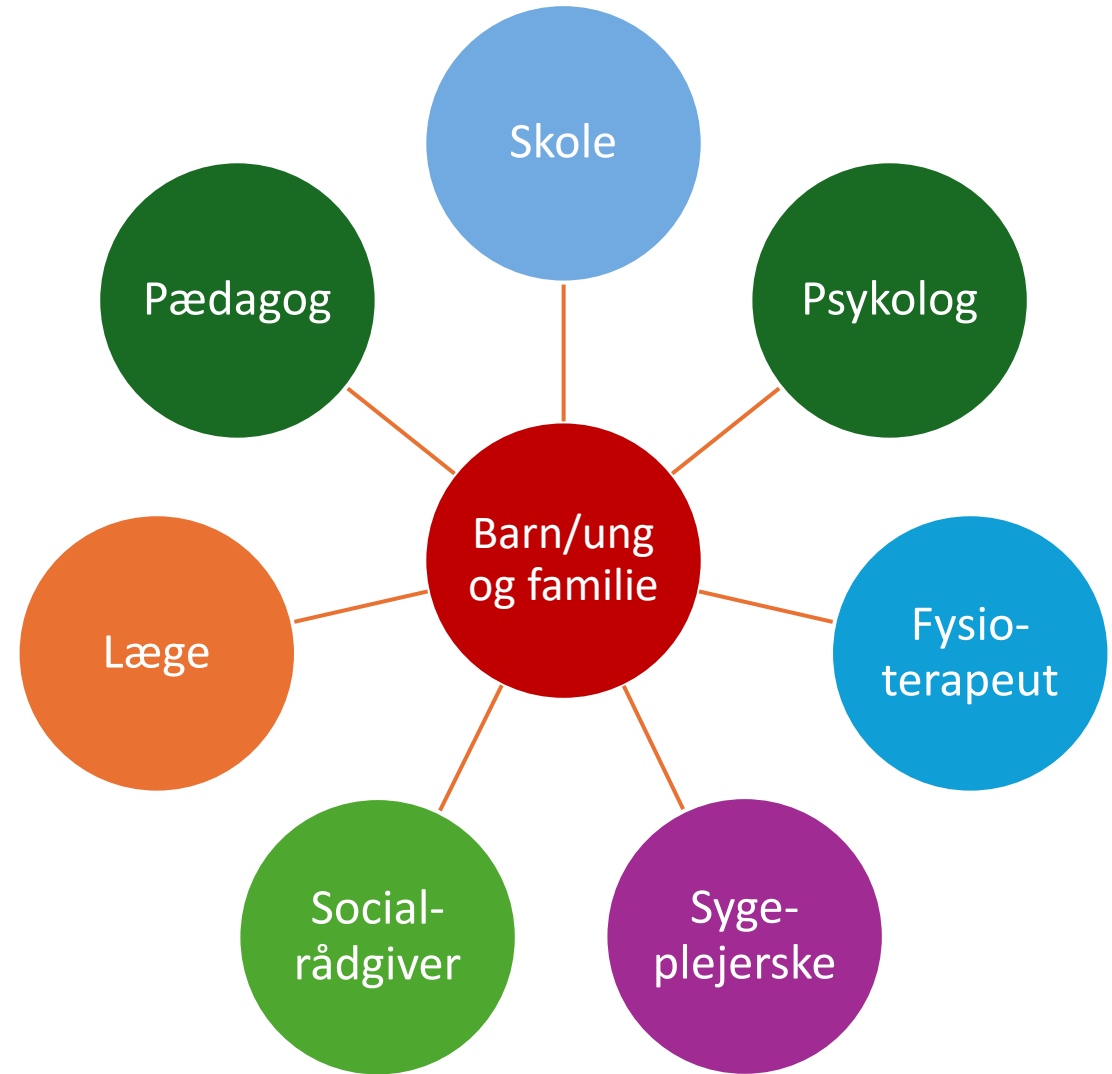
# Sværhedsgraden af funktionelle lidelser

| Mild                                                                                                                                 | Moderat                                                                                                                        | Svær                                                                                                                                                                             |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Få/milde symptomer og kun fra ét eller få organsystemer                                                                              | Svære symptomer, eller mildere symptomer fra flere organsystemer                                                               | Svære symptomer, ofte fra flere organsystemer                                                                                                                                    |
| Fysiske symptomer tilstede et par gange om ugen                                                                                      | Fysiske symptomer tilstede på daglig basis                                                                                     | Fysiske symptomer konstant tilstede                                                                                                                                              |
| Begyndende påvirkning af dagliglivets funktioner (dvs. begyndende fravær* og undgåelse af socialt liv/fritidsaktiviteter som ønsket) | Dagliglivets funktioner er påvirket i nogen grad (dvs. jævnligt fravær* og/eller påvirkning af socialt liv/fritidsaktiviteter) | Omfattende påvirkning af dagliglivets funktioner, barnet er truet på sin generelle udvikling og trivsel (dvs. højt fravær* og svær påvirkning af socialt liv/fritidsaktiviteter) |

\* fra pasningstilbud, skole eller arbejde

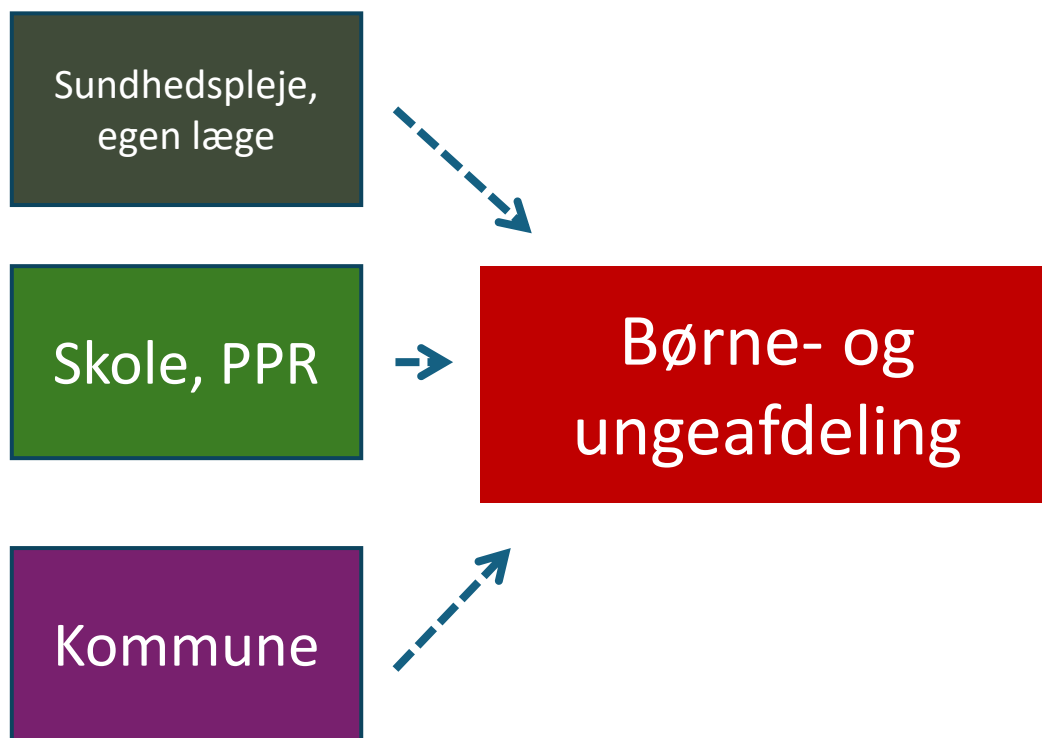
## Tværfaglig indsats på børne- og ungeafdelingen

- Pædiater, børnepsykiater, pædagog(er), psykologer, socialrådgiver, sygeplejersker, læger, fysioterapeuter, lærere
- Meget forskellige set-ups på de forskellige børne- og ungeafdelinger i Danmark



# Sårbare overgange

– hvad er der allerede i gang?



Vi forsøger at indhente alle relevante oplysninger, fx fra skole, PPR og kommune



# Fem dages observationsindlæggelse



- Barnet / den unge og begge forældre
- Smerter/symptomer – tid, sted, varighed
- ”Forandring” – tid til at være sammen og refleksion
- Observation af samspil med forældre, personale og andre børn/unge
- Observation i hospitalets skole – færdigheder, opmærksomhed, socialt samspil

# Mads – hvad lærte vi ved observations-indlæggelse?

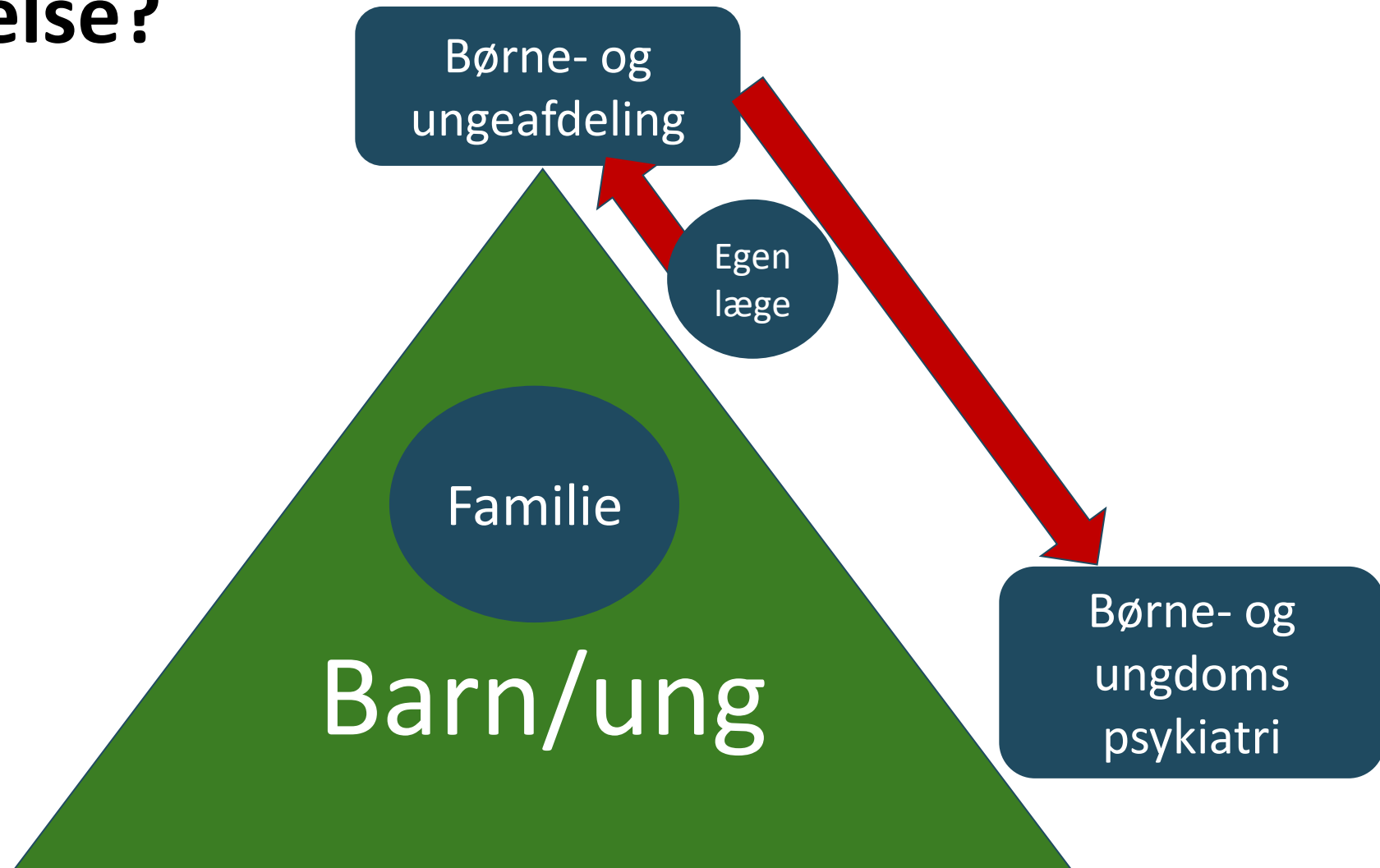
- Havde hovedpine hver dag, men kunne afledes og deltage i forløbet
- Følsom dreng med flere raseri-anfald og sammenbrud under indlæggelsen
- Har altid haft brug for forudsigelighed og ”oversættelse”
- Ofte ondt i maven
- Uro i klassen, lærer ”gået ned med stress” – lavt fagligt niveau i skolen
- Bedste kammerat har skiftet skole – var et fast holdepunkt, få nære relationer
- Far sygemeldt undervejs med mavesår

# Har Mads en børnepsykiatrisk lidelse?

- Ca. 30% af børn og unge med funktionelle lidelser har en børnepsykiatrisk lidelse
- ADHD?
- Autisme-spektrum forstyrrelse?
- Andet?

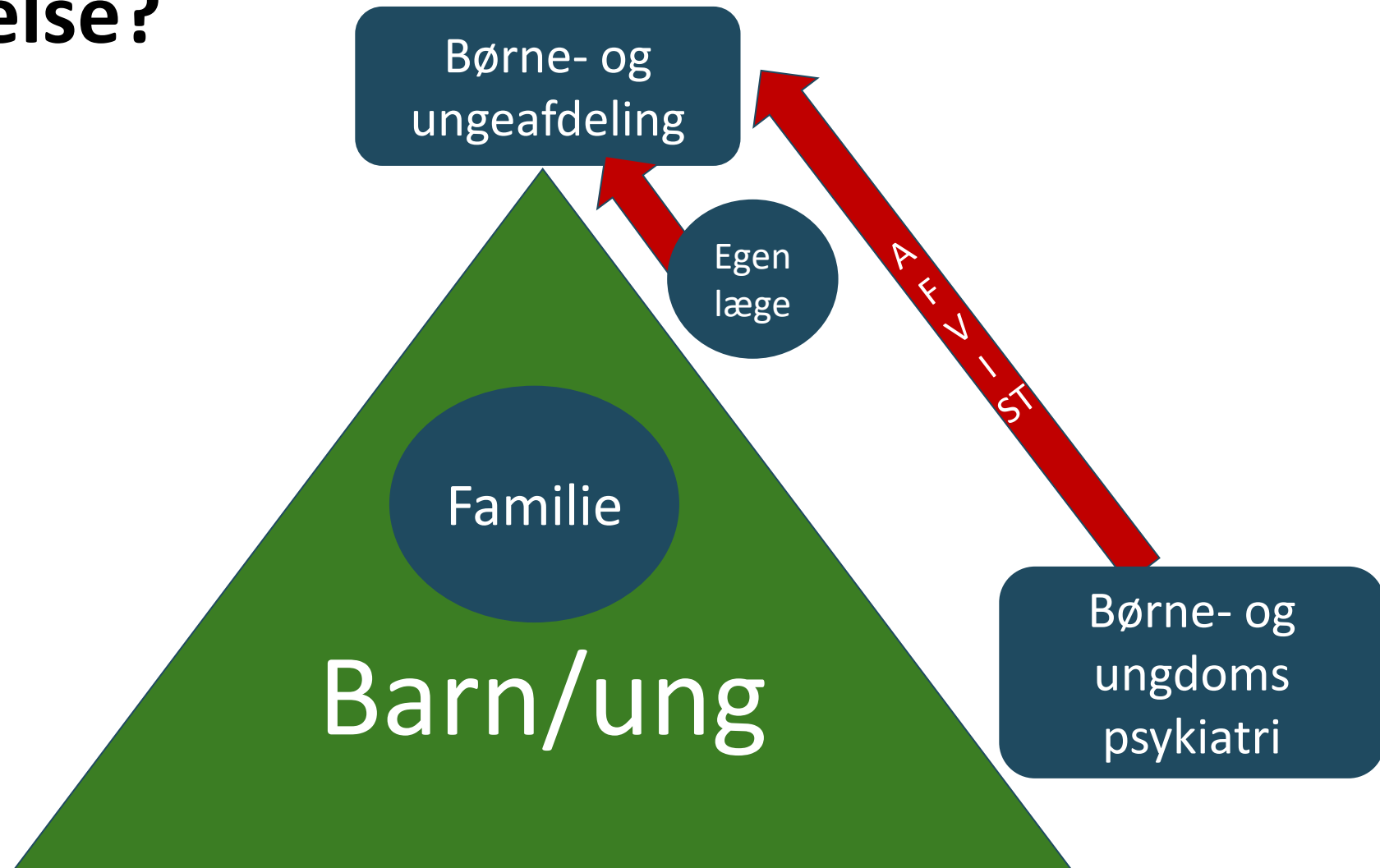
# Har Mads en børne-psykiatrisk lidelse?

- ADHD?
- Autisme-spektrum forstyrrelse?
- Andet?



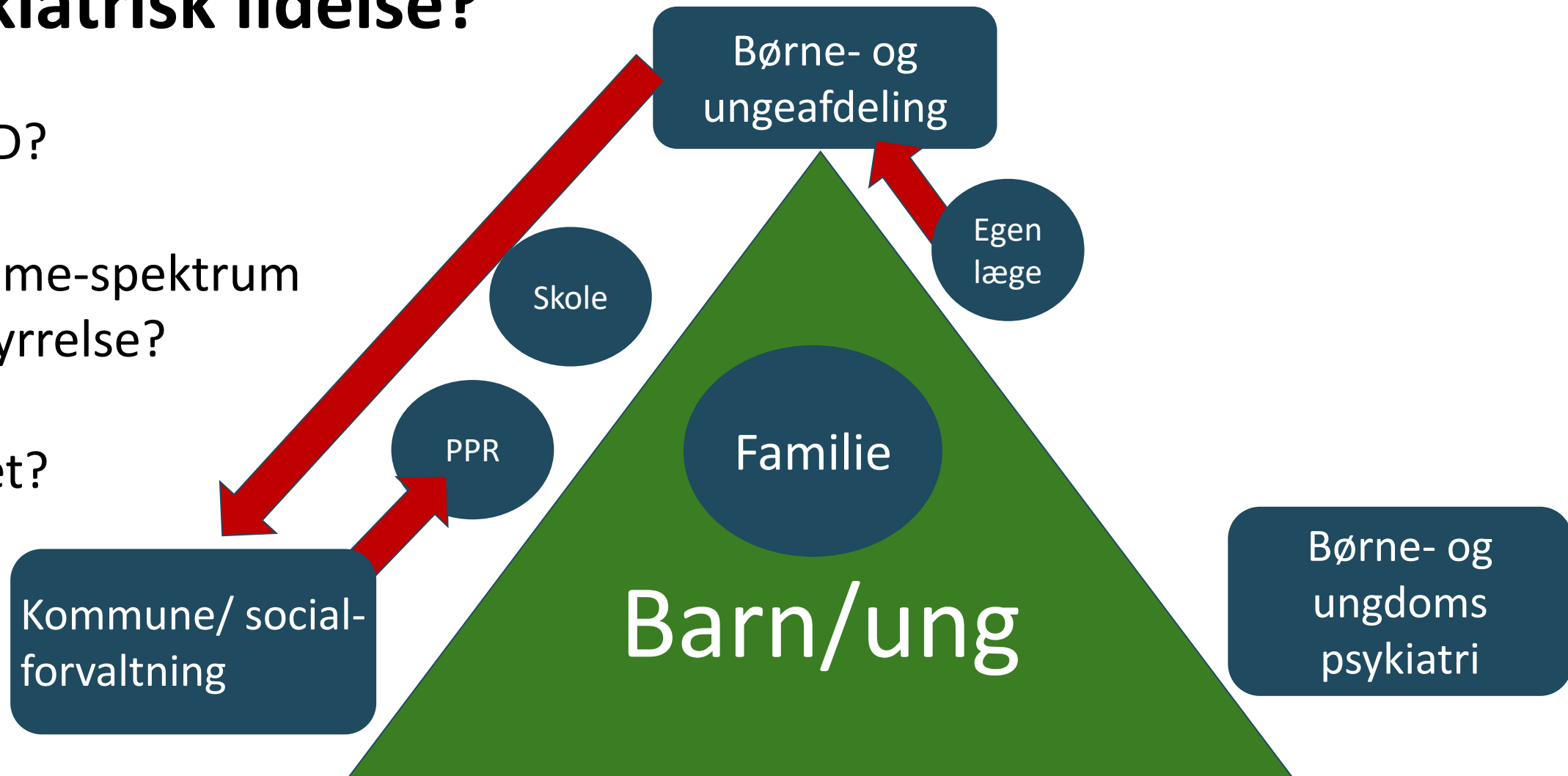
# Har Mads en børne-psykiatrisk lidelse?

- ADHD?
- Autisme-spektrum forstyrrelse?
- Andet?



# Har Mads en børne-psykiatrisk lidelse?

- ADHD?
- Autisme-spektrum forstyrrelse?
- Andet?

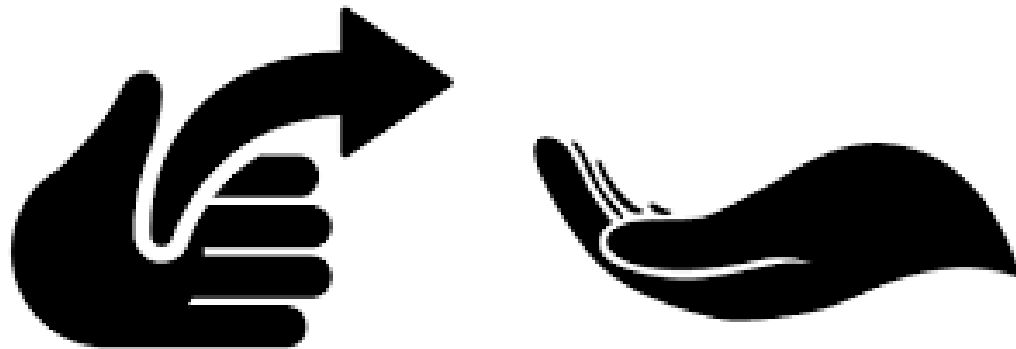


# Afslutning fra børne- og ungeafdelingen med et netværksmøde

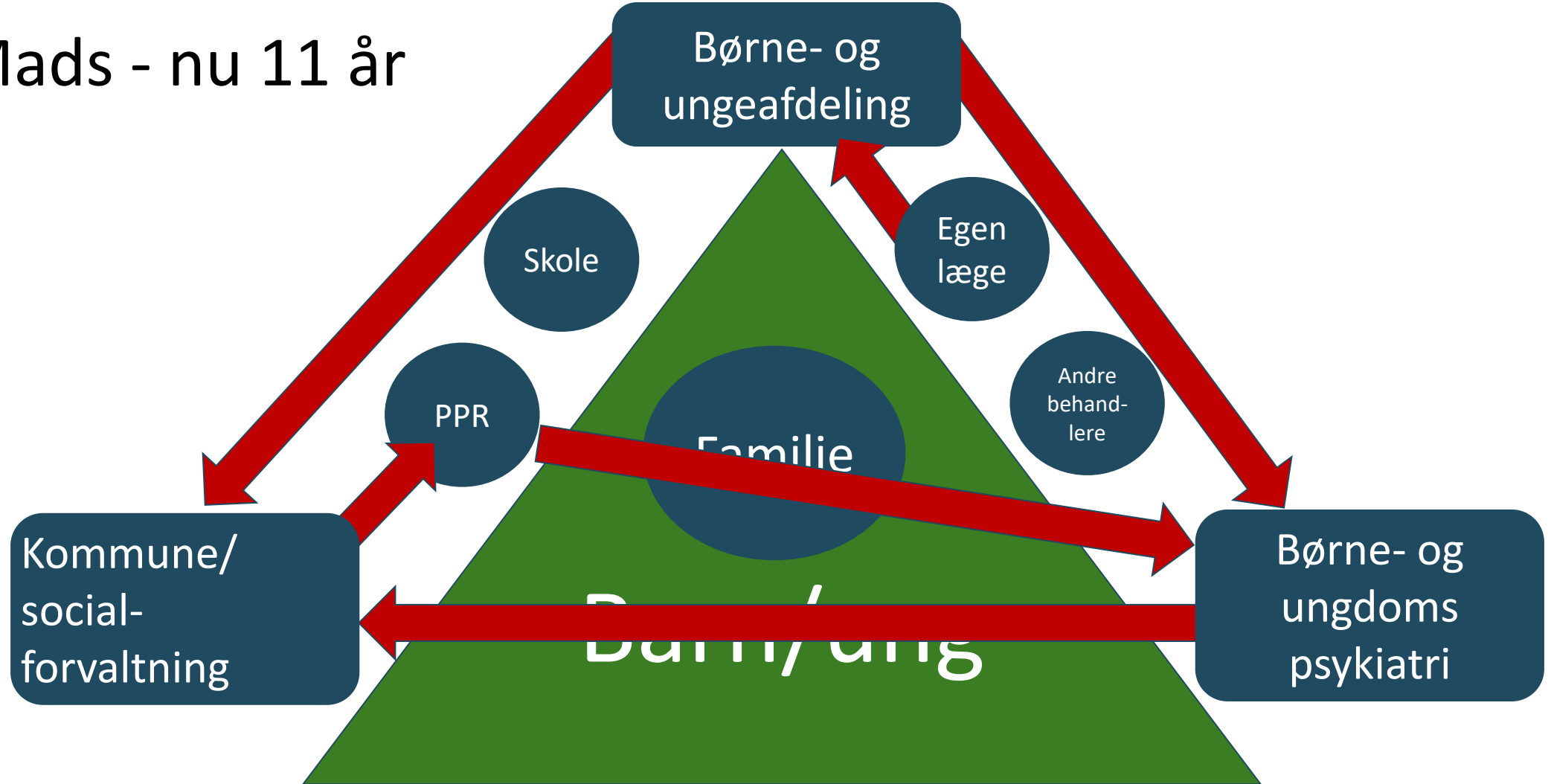


# Netværksmøder og underretning – skærpet underretningspligt

- Støtte forældrene til at få formidlet det, der er væsentlig for dem
- Både tværfagligt og monofagligt videregive vurderinger og anbefalinger for familien
- Underretning: bekymring for Mads' trivsel og udvikling



Mads - nu 11 år



# Mads' forløb i et patientsikkerhedsperspektiv

- Mange instanser/sektorer – og dermed mange overgange
- Mange personer
- Mange fagligheder
- Hver overgang er risikabel – har vi fået det hele med?
- Hvem er tovholder?
- Nyt forløb ved hver videre-henvisning – flaskehalse – går i stå
- Lang tid i et barns liv, hvor der er risiko for forværring af symptomer/sygdom, tabt skolegang og social isolation.

# Er der håb?

- JA!

## BØRNE- OG UNGDOMSPSYKIATRISK CENTER

### Sammenhængende forløb til børn og unge



Koordineret Indsats på Tværs (KIT) sætter rammen for en praksis, hvor kommuner og Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center (BUC) i Region Hovedstaden arbejder tæt og smidigt sammen, når børn og unge med psykiske vanskeligheder har brug for en indsats fra både kommune og psykiatri. KIT understøtter sammenhængende og koordinerede forløb, hvor familierne kan være trygge og få tilbudt rettidig og relevant hjælp. Foreløbigt er KIT implementeret på alle afsnit i BUC og i ni kommuner, og mange flere kommuner er på vej.



Tværasektorielt samarbejde om børn og unges mentale sundhed



## Ny aftale: Psykiatrien skal være en integreret og ligeværdig del af sygehusvæsenet

11-03-2025

Pressemeldelse

Psykiatri

Sundhedsreformen

Regeringen og Danske Regioner er enige om en ny aftale, der blandt andet skal give patienter bedre og mere sammenhængende behandling på tværs af psykiske og somatiske behandlingstilbud. Det sker som led i aftalen om sundhedsreformen, som regeringen har indgået med en bred kreds af partier i Folketinget.

Patienter med både psykiske og fysiske sygdomme oplever for ofte behandlingsforløb, som ikke i tilstrækkelig grad er sammenhængende på tværs af somatik og psykiatri. Det skal en ny aftale mellem regeringen og Danske Regioner rette op på.

RIFTER

Aktuelt

Videnskab

Debat

Aktuelt

### Pædiatri og børne- og ungdomspsykiatri går hånd i hånd

Inden regeringen og Danske Regioner tidligere i år besluttede at integrere og ligestille psykiatri og somatik, er der på lange stræk og ad frivillighedens vej sket en integration af pædiatri og børne- og ungdomspsykiatri i Nordjylland. Til gavn for de børn og unge, der er ramt på både sind og krop: »Vi har ikke selv fagligheden til at nå i mål«, lyder det fra professor i pædiatri.



Linda Hardisty Strømson og Jonas Hansen er chefførger på their deres afdeling. De mødes ofte for at drøfte hvilke roller de to afdelinger har i forhold til unge med blandt andet opførselsproblemer, borgheds ADHD. Foto: Lars Horn / Baghuset

Teilmann

# Tak for opmærksomheden 😊