

Fra det helt almindelige til det allersværeste: Fælles om hjælp til børn og unge i mistrivsel

Tværasektoriel samarbejdsaftale på børne- og ungeområdet
i Region Syddanmark



Region Syddanmark,
de 22 kommuner
og PLO Syddanmark

INDHOLDSFORTEGNELSE

AFSNIT 1 — Vi må ikke sygeliggøre det almindelige (side 4)

- Fælles trivselsbegreb
- Fælles problemforståelse
- Tre grundprincipper for samarbejdsaftalen

AFSNIT 2 — Samarbejde, kendskab og respekt for hinandens arbejdsområder... (side 9)

- Side 10–11: En fælles trinmodel
- Side 13: Hverdagsfundamentet
- Side 16: **Trin 1** – Begyndende mistrivsel
- Side 19: **Trin 2** – Moderat mistrivsel
- Side 22: **Trin 3** – Svær mistrivsel, udredning og behandling
- Side 25: **Trin 4** – Opfølgning og overgange på alle trin

AFSNIT 3 — Implementeringsplanen (side 28)

- De helt konkrete nye indsatser og den fælles implementering

Vi kan gøre det bedre med det, vi har

Der er brug for et tættere og bedre samarbejde mellem region, kommune og almen praksis for at forebygge mistrivsel blandt børn og unge i alderen 0-17 år. I dag står samarbejdet over for flere fælles udfordringer, som gør det svært at handle tidligt og samlet. Det gælder blandt andet manglende fælles retning, uklar skelnen mellem mistrivsel, svær mistrivsel og psykisk sygdom, og dårlige overgange mellem fx kommune og region.

Samarbejdsaftalen skal være med til at løse udfordringerne. Den er rettet mod alle fagpersoner, der arbejder med børn og unge i mistrivsel, i kommuner, regioner eller praksissektoren, især almen praksis. Aftalen forudsætter at alle aktører arbejder ud fra hver deres lovmæssige rammer og forpligtelser.

Aftalen giver en fælles tværsektoriel forståelse og tilgang, så alle arbejder ud fra samme grundlag. Målet er at forebygge mistrivsel og forhindre, at den udvikler sig til psykisk sygdom samtidig med at de rette børn og unge henvises til udredning og behandling på Børne- og Ungdomspsykiatrisk afdeling.

Når børn, unge og deres familier møder et fælles sprog og en samlet indsats, oplever de et system, der hænger sammen og hjælper dem i tide.

Samarbejdsaftalen taler ind i Region Syddanmarks Psykiatriplan 2026-2032, hvor en tidlig indsats er vigtigt, så færre børn og unge sammen med deres familier, får brug for en udredning i Psykiatrien. Aftalen peger på det samme

som den nationale 10-årsplan, nemlig at børn og unge har brug for et tæt samarbejde mellem kommune, region og almen praksis.

Denne aftale erstatter både den tværsektorielle aftale på børne- og ungeområdet i Region Syddanmark (2019) og den regionalt dækkende samarbejdsaftale for det børne- og ungdoms-psykiatriske område (2010).

Aftalen samler indsatsområder for både forebyggelse af mistrivsel og samarbejdet om børn og unge, der har brug for psykiatrisk udredning og opfølgning i forbindelse med psykiatrisk behandling på Børne- og Ungdomspsykiatrisk afdeling.

Aftalen er blevet til i et tæt fagligt og tværsektorielt samarbejde, med et stærkt ønske om at gøre det bedre for børn og unge i mistrivsel. Aftalen er godkendt i **xxx-måned 2026** af Strategisk Sundhedsstyregruppe.



Region Syddanmark,
de 22 kommuner
og PLO Syddanmark

AFSNIT 1: VI MÅ IKKE SYGELIGGØRE DET ALMINDELIGE

Et fælles trivselsbegreb

Det er normalt for børn og unge at have det dårligt i kortere perioder. Faktisk kan man have det ret dårligt i perioder, uden det betyder, at der er noget galt. Omvendt, kan man også komme til for længe at ignorere symptomer, som peger på mere alvorlig mistrivsel.

Et fælles sprog og en fælles forståelse af begreber som trivsel og normal modgang er afgørende for, at fagpersoner på tværs af kommune, region og almen praksis kan samarbejde effektivt.

Samarbejdsaftalen skal sikre, at alle, uanset faglig baggrund, taler ud fra samme forståelsesramme, når de møder børn og unge i mistrivsel. Det gør det lettere at skelne mellem almindelige reaktioner, begyndende mistrivsel og psykisk sygdom.

En fælles tilgang på tværs af fagprofessionelle og med inddragelse af forældrene og barnet eller den unge, hjælper med at vurdere, hvornår og hvor der skal sættes ind og sikrer, at den rette

støtte kommer på rette tid. Herunder at der altid i udgangspunktet startes med pædagogisk indsats målrettet mistrivsel.

I aftalen tager vi udgangspunkt i den forståelse af trivsel som trivselskommissionen tager afsæt i:

Definition af trivsel

”Man trives, når man overordnet set er glad for sit liv. Man trives, når man kan udvikle sig, udfolde sine evner samt indgå i og bidrage til fællesskaber.

Man kan trives, selvom man oplever perioder med modgang og udfordringer. Det afgørende er, at man kan håndtere sådanne perioder”

**Side 31 i
Trivselskommissionens
afrapportering**

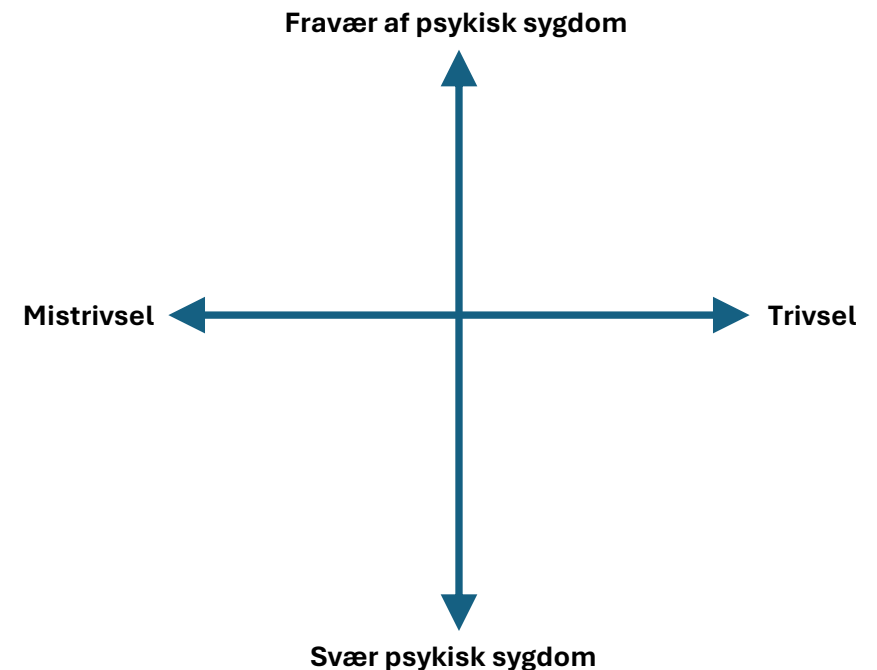
Mistrivsel og psykisk sygdom er to forskellige dimensioner

Når barnet eller den unge trives, er det fordi, at det er i stand, enten selv eller med hjælp, til at håndtere dagligdagens og livets udfordringer. Mistrivsel er derfor ikke det samme som psykisk sygdom, og man kan være i mistrivsel og endda svær mistrivsel, uden at have en psykisk sygdom. Mistrivsel og psykisk sygdom er to forskellige dimensioner.

Trivsel skal desuden forstås som et kontinuum, hvor man kan være i forskellige grader af (mis)trivsel. Dette er illustreret i figur 1, som også er fremgår af trivselskommissionens afrapportering. I denne aftale skelner vi mellem hhv. "begyndende mistrivsel", "moderat mistrivsel" og "svær mistrivsel", hvilket vil blive uddybet i Afsnit 2 og i den trinmodel som aftalen tager udgangspunkt i.

Samarbejdsaftalens fokus:

Denne aftale omfatter børn og unge (0-17 år) i både trivsel og alle grader af mistrivsel, herunder situationer hvor der, ud over en eventuel mistrivselsproblematik, kan være mistanke om psykisk og/eller somatisk sygdom.



Figur 1 – Illustration af skelnen mellem (mis)trivsel og psykisk sygdom.
Illustrationen fremgår også af trivselskommissionens afrapportering s. 30.

Vores fire fælles problem- stillinger

Der er behov for et stærkere samarbejde mellem region, kommune og almen praksis. Ellers kommer vi aldrig til for alvor at lykkes med effektivt at forebygge mistrivsel blandt børn og unge. Hvorfor sker det ikke allerede i dag? Det skyldes grundlæggende fire, fælles problemstillinger, som spænder ben for hurtige, koordinerede og effektive indsatser for børn og unge:

Vores fire fælles problemstillinger

- **Manglende fælles sprog om trivsel** gør det svært at forstå børn og unges udfordringer på samme måde.
- **Uklarhed om, hvornår noget er normal modgang, mistrivsel og sygdom** skaber problemer med at finde de rette tilbud til børn og unge i kommunerne, hos egen læge eller i psykiatrien.
- **Manglende fælles løsninger på tværs af aktører** hæmmer muligheden for, at børn og unge oplever forløb, der hænger sammen på tværs af livets mange arenaer.
- **Uklare overgange internt i regionen og mellem kommune og region** fører til langsommere og mere besværlige indsatser for børn og unge.

Tre grundprincipper for det tværsektorielle samarbejde

Vores tre grundprincipper udgør det fælles værdimæssige fundament for samarbejdet på tværs af kommune, region og almen praksis i mødet med børn og unge i mistrivsel og deres familier.

Grundprincipperne sikrer en fælles retning og tilgang i det tværsektorielle samarbejde med fokus på tidlig indsats, sammenhængende forløb og meningsfuld inddragelse af barnet og familien. Grundprincipperne gælder på alle niveauer i samarbejdet uanset mistrivslens sværhedsgrad eller hvis der er psykisk sygdom.

Grundprincip 1: Vi inddrager både barnets/den unges, familiens og netværkets ressourcer aktivt.

Barnet, den unge og familien mødes inddragende og respektfuldt, med udgangspunkt i deres perspektiver og behov. Vi tager aktivt udgangspunkt i de ressourcer, barnet, familien og netværket allerede rummer, og bygger videre på deres styrker. Indsatserne fokuserer på samspillet mellem barn, familie og omgivelser. Vi har blik for både barnets trivsel og forældrenes evne til at understøtte barnets udvikling – og vi udvikler løsninger sammen med familien.

Grundprincip 2: Vi arbejder proaktivt og forebyggende.

Konkret skal det ske ved at aftalte handlinger eller indsatser, ansvar og opfølgning er klart defineret i planer og let aktiveres ved behov. På den måde sikrer vi, at ingen børn eller unge overlades til tilfældigheder – og at hjælpen sættes i gang tidligt og koordineret.

Grundprincip 3: Vi tager ansvar for sammenhæng i forløbet.

Vi tager fælles ansvar for, at der er sammenhæng i forløbet. Vi følger op og slipper ikke barnet eller den unge eller familien, før de selv kan løfte opgaven eller en anden aktør har overtaget ansvaret på en tryk og koordineret måde. Sammen sikrer vi helhed og tryghed i overgangene uanset hvem der er næste led i indsatsen.

AFSNIT 2: Samarbejde, kendskab og respekt for hinandens arbejdsområder...

Den fælles trinmodel

I samarbejdet på tværs af sektorer er vi udfordret af forskellige faglige syn på trivsel og mistrivsel. Hvad nogen synes er svær mistrivsel, synes andre er mindre alvorlig, og vi har ikke et fælles perspektiv til at afgøre, hvem der har ret hvornår. Men, det har vi nu. Med samarbejdsaftalen indføres en fælles trinmodel, som kombinerer Sundhedsstyrelsens indsatstrappe med begreber fra Socialstyrelsens trivselslineal. Begge dele er evidensbaseret og fagligt udbredte på hver deres område. Ved at kombinere dem i én model, kan vi også kombinere de forskellige styrker som sundhedsområdet har, med styrkerne fra socialområdet.

De enkelte trin i modellen vil blive uddybet særsomt senere i dette afsnit.

De fire trin i trinmodellen er:

- **Trin 1:** Begyndende mistrivsel
- **Trin 2:** Moderat mistrivsel
- **Trin 3:** Svær mistrivsel, udredning og behandling
- **Trin 4:** Opfølgning og overgange på alle trin

Trinmodellen er illustreret i figur 2 på næste, hvor den også er kort beskrevet.

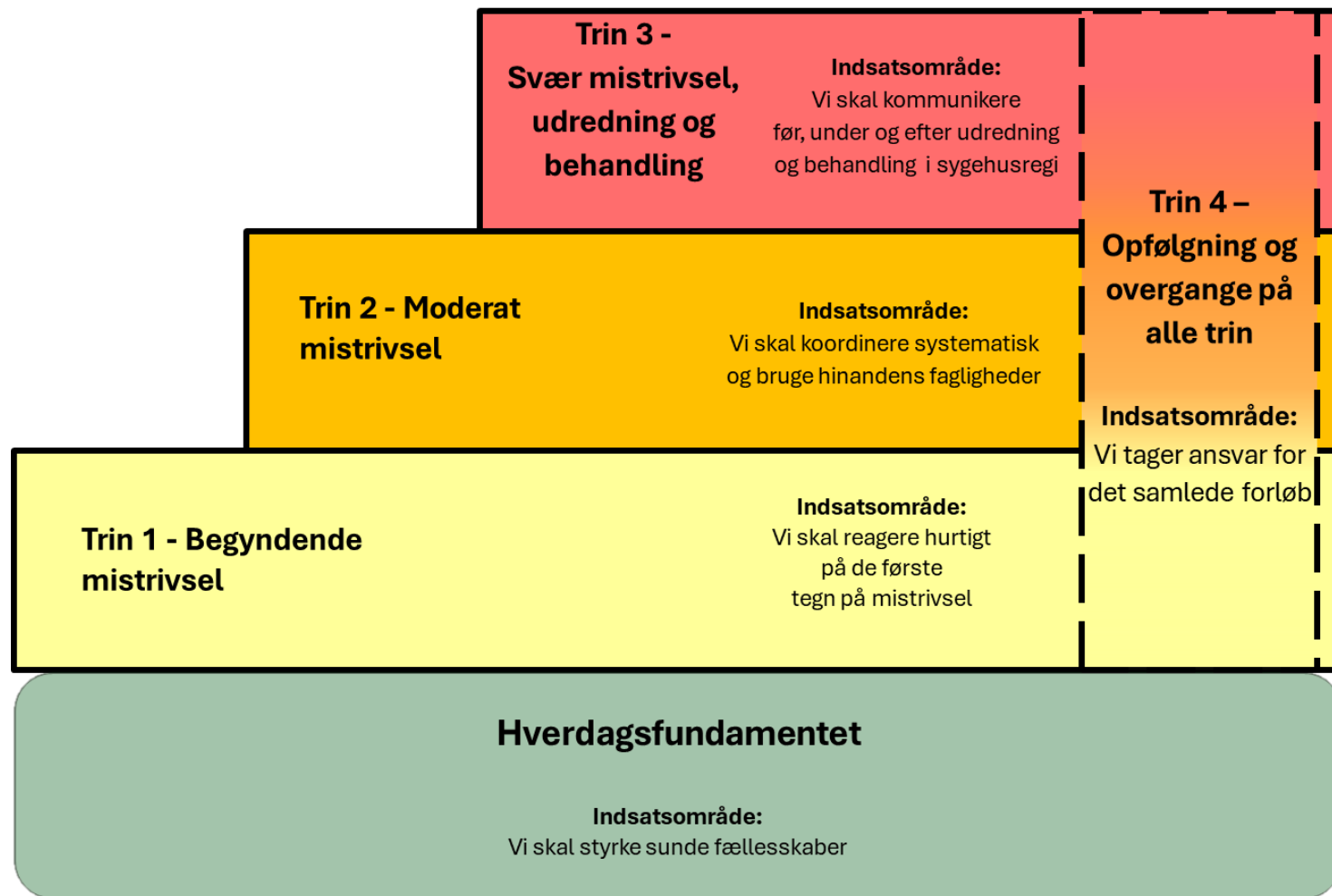
Kort om trinmodellen

Trinmodellen består af fire trin (trin 1,2,3 og 4), der alle hviler på "hverdagsfundamentet".

Afhængigt af graden af (mis)trivsel bevæger man sig i samarbejdet op eller ned af trinene og tilpasser indsatserne i forhold til det aktuelle behov hos barnet eller den unge.

Hverdagslivsperspektivet og familien er udgangspunktet i alle trinene og fastholdes altid efterhånden, som man bevæger sig op eller ned ad på trinene. Dette kalder vi "hverdagsfundamentet".

Kommunen understøtter altid barnets/den unges samlede forløb, også selvom barnet i en periode bliver undersøgt og behandlet på Børne- og Ungdomspsykiatrisk afdeling eller på en børne- og ungeafdeling på sygehuset.



Figur 2 – Illustration af trinmodellen. Samarbejdsaftalen er struktureret efter modellen. På hvert trin og på "hverdagsfundamentet" er der et indsatsområde, som vi vil samarbejde om.

Fem indsatsområder skal øge trivslen blandt børn og unge

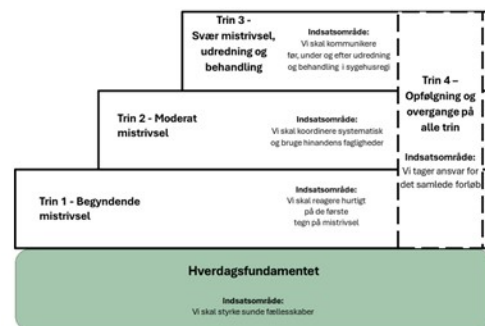
I de kommende år vil vi samarbejde tæt og forpligtende på tværs af kommuner, region og almen praksis om følgende centrale indsatsområder:

- **Indsatsområde i hverdagsfundamentet:** Vi skal styrke sunde fællesskaber
- **Indsatsområde på trin 1:** Vi skal reagere hurtigt på de første tegn på mistrivsel
- **Indsatsområde på trin 2:** Vi skal koordinere systematisk og bruge hinandens fagligheder
- **Indsatsområde på trin 3:** Vi skal kommunikere før, under og efter undersøgelse og behandling i sygehusregi
- **Indsatsområde på trin 4:** Vi tager ansvar for det samlede forløb

Hvert indsatsområde skal udmøntes gennem konkrete og forpligtende indsatser, og er uddybet i Afsnit 3 om implementeringsplanen.

Hverdags- fundamentet:

*“Vi skal styrke sunde
fællesskaber”*



Hverdags- fundamentet:

*”Vi skal styrke
sunde
fællesskaber”*

Hverdagen er det fundament som barnet og den unge hviler på. Langt de fleste børn og unge er glade for deres liv og har mulighed for at udvikle sig i hverdagen. Kort sagt, så trives de, også selvom de i perioder ikke har det godt.

Derfor skal vi stoppe med at tro, at mistro altid skyldes psykiske udfordringer hos den enkelte. For de allerfleste børn og unge kan modgang og begyndende mistro afhjælpes ved at styrke de fællesskaber, som de befinder sig i. I hjemmet, netværket, dagtilbuddet, skolen, fritidstilbud og blandt venner og kammerater.

Det er i første omgang vigtigt at fokusere på det, der er rundt om barnet eller den unge, og vurdere om barnet reagerer sundt på en hændelse, omgivelserne, eller en situation barnet er havnet i, i stedet for at have fokus på, at problemet bor hos barnet.

På den måde undgår man at individualisere problemet og i stedet rette opmærksomheden mod de sammenhænge og strukturer, der kan være medvirkende årsager til barnets reaktioner.

Som forældre til et barn, der ikke trives, kan det være svært at se handlemuligheder, men for de fleste børn- og unge, er de fællesskaber som findes i dagtilbud, skolen, fritidslivet og civilsamfundet løsningen.

Et godt samarbejde på tværs af forældre, fritidslivet og daginstitution eller skole skal støtte barnet eller den unge i at indgå i sunde fællesskaber, i at komme igennem modgang og lære at håndtere den modstand livet af og til giver.

Samarbejdet i hverdagslivet

For at styrke sunde fællesskaber, skal vi på sikre, at alle børn har en plads i fællesskabet, og at fællesskaber dels kan rumme at medgang og modgang er en del af et helt normalt børne- og ungeliv, og dels kan rumme den funktionsnedsættelse barnet eller den unge måtte have. Fagpersoner omkring barnet eller den unge, skal derfor have samme forståelse af, at modgang er en normal del af livet jf. vores fælles trivselsbegreb. Barnets eller den unges læge kan også være en central figur i denne tilgang. Fagpersonerne kan også hjælpe børn og ungefællesskaberne med at forstå det.

Oplagte aktører i hverdagen (ikke udtømmende liste):

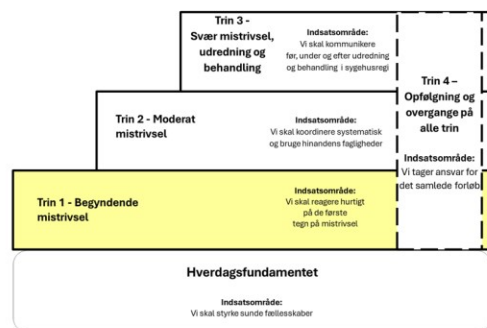
- Forældre og netværk
- Barnet eller den unge
- Dagtilbud, skole, fritidstilbud og ungdomsuddannelse (eventuelt trivselsindsatser, der hvor det er relevant).
- Sundhedsplejen
- Egen læge
- Civilsamfundet (lokalforeninger)

Vi vil samarbejde om følgende i hverdagslivet:

- Sikre at der tværsektorielt arbejdes med at skabe sunde fællesskaber.
- Alle fagpersoner skal kunne vurdere, hvornår trivselsproblemer er en normal reaktion på et usundt miljø eller hændelse og skal kunne anvise relevant vejledning.
- Fagpersoner bruger hverdagssprog og ikke patologisk sprog, når der arbejdes med børn og unges udfordringer.
- Fagpersoner tænker pædagogiske muligheder før psykologiske indsatser.
- At der udarbejdes materiale om trivselsbegrebet og at der i information til og i samarbejdet med børn, unge og forældre bruges et ikke diagnostisk sprog.
- At der er en tydelighed om, at eventuelle problemer ofte skyldes det der er rundt om barnet og ikke iboende i barnet.
- At der altid fokuseres på barnets eller den unges styrker, drømme og ønsker.

Trin 1 – begyndende mistrivsel:

“Vi skal reagere hurtigt på de første tegn på mistrivsel”



Trin 1 – begyndende mistrivsel:

*”Vi skal reagere
hurtigt på de
første tegn på
mistrivsel”*

Hvis der er tegn på begyndende eller let mistrivsel hos barnet eller den unge, skal vi reagere hurtigt og tværfagligt.

Udgangspunktet er at igangsætte en pædagogisk indsats først og hurtigt. Pædagogikken kan både hjælpe barnet, den unge og familien med at udvikle gode strategier til at kunne håndtere det, som skaber mistrivsel og tilpasse miljøet omkring barnet eller den unge. Det er vigtigt at have fokus på, om fællesskaberne er sunde og velfungerende. Civilsamfundets fællesskaber er også her betydningsfulde.

I dag venter nogle børn, unge og forældre for længe, før der bliver iværksat en tværfaglig,

pædagogisk indsats i kommunen. Måske der også er brug for egen læge. Uanset hvem, der først opdager tegnene, skal det være nemt at sætte en indsats i gang hurtigt.

Indsatserne retter sig både mod de almene miljøer, som barnet eller den unge allerede er en del af, og mod familien. Hvor det er relevant, kan der desuden arbejdes mere individuelt.

Definition på begyndende mistrivsel:

Barnet er generelt i trivsel, men kan have behov for støtte i forbindelse med en større men forbigående belastning som påvirker barnet fysisk, psykisk eller socialt. Det kan f.eks. vise sig ved ondt i maven, ændret adfærd, ensomhed og social isolation i mindre omfang.

Samarbejdet på trin 1

For at styrke samarbejdet om den tidlige opsporing og hurtige, tværfaglige reaktion på trin 1, vil vi sikre, at det er tydeligt for børn, unge, familien og fagpersoner, hvor de kan henvende sig for at få hjælp. I dag eksisterer der mange gode tilbud for børn og unge i begyndende og let mistrivsel, men der er behov for, at viden om tilbuddene er let at finde.

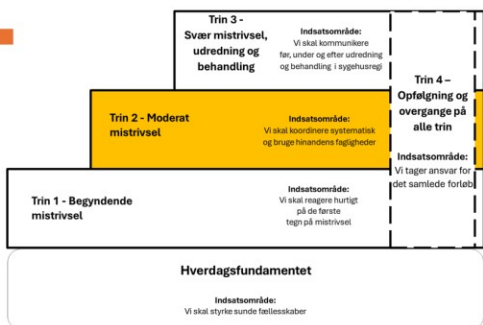
Vi mangler også en hurtig og systematisk kommunikationsvej mellem almen praksis og kommunen, hvis der er begyndende eller lettere udfordringer eller mistrivsel, for at kunne igangsætte en hurtig indsats, når behovet opstår. En rettidig indsats er både mere hjælpsom og ofte billigere, og derfor forpligter vi os på at udvikle og styrke samarbejdet på trin 1. Derfor hjælper fagpersoner i barnet eller den unges hverdag hinanden med tværfaglig sparring.

Oplagte aktører på trin 1:

- Forældre og netværk
- Barnet eller den unge
- Dagtilbud, skole, fritidstilbud og ungdomsuddannelse (eventuelt trivselsindsatser, der hvor det er relevant).
- Egen læge
- Civilsamfundet (lokalforeninger)
- Sundhedsplejen
- Forebyggende indsatser i kommunen (Paragraf 30 i barnets lov)
- Kommunens uvisiterede tilbud
- Pædagogisk Psykologisk Rådgivning (PPR)

Vi vil samarbejde om følgende på trin 1:

- Rettidige og systematiske arbejdsgange i kommunerne ved de første tegn på begyndende mistrivsel hos barnet den unge.
- Promovering af indgange til hjælp, støtte og fællesskaber i kommunerne.
- Udvikling af fælles tværsektoriel hjemmeside: hvor der er informationsmateriale målrettet familier og barnet eller den unge, som giver konkrete råd til børn/ den unge og forældre.
- Direkte elektronisk korrespondance mellem henholdsvis egen læge, sygehus og kommunen ved begyndende eller lettere udfordringer eller mistrivsel.



Trin 2 - moderat mistrivsel:

“Vi skal koordinere systematisk og bruge hinandens fagligheder”



Trin 2 – moderat mistrivsel:

*”Vi skal
koordinere
systematisk og
bruge hinandens
fagligheder”*

Børn og unge i moderat mistrivsel har behov for en rettidig og koordineret indsats, ofte med inddragelse af flere forskellige aktører. Trin 2 omhandler mistrivselsproblematikker, der er så intense, at det enten kræver koordinerede tværfaglige indsatser i den enkelte kommune eller tværsektorielle indsatser i et koordineret samarbejde mellem region og kommune. Koordineringen sker fx gennem Fremskudt funktion for børn og unge i mistrivsel og kommunale lettilgængelige behandlingstilbud.

Målet med en koordineret indsats på trin 2 er, at vi tværfagligt og/eller tværsektorielt igangsætter indsatser, der enten forebygger

forværring af mistrivsel eller afhjælper den. På trin 2 er det kommunen, egen læge og/eller sygehuset, der er primære aktører og dermed har ansvaret for at række ud til og koordinere med hinanden og med den pågældende Børne- og Ungdomspsykiatriske afdeling ved behov for faglig sparring i forhold til relevansen af en henvisning.

Definition på moderat mistrivsel:

I denne aftale er der tale om moderat mistrivsel, når børn og unge har moderat nedsat funktionsniveau, eksempelvis grundet bekymring, tristhed, forstyrrende tanker om krop og mad, adfærdsvanskeligheder, selvskade, tvangstanker og -handlinger eller uopmærksomhed. Barnet eller den unge kan også have uspecifikke, funktionsnedsættende trivselsproblematikker.

Samarbejdet på trin 2

Samarbejdet på dette niveau styrkes bedst ved en tæt dialog mellem forældre og de fagpersoner, der er rundt om barnet eller den unge. Fagpersoner kan henvende sig til Fremskudt funktion eller guide forældrene, barnet eller den unge til kommunens lettilgængelige tilbud, hvor også forældrene, barnet eller den unge selv kan henvende sig. Hvis barnet mistrives i skolen, er der flere muligheder for at inddrage relevante fagpersoner igennem skoleledelsen herunder PPR. Et særligt fokus på hvem der er relevante kommunale aktører ved unge, der er gået ud af folkeskolen, er afgørende. Udover dialog med forældrene kan det for fagpersoner være relevant at udarbejde en underretning, som en vej til at familien kan få hjælp.

Oplagte aktører på trin 2:

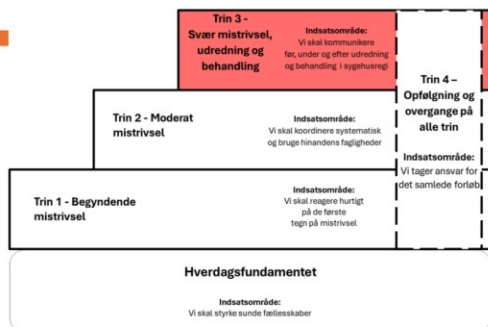
- Forældre og netværk
- Barnet eller den unge
- Dagtilbud, skole, fritidstilbud og ungdomsuddannelse (eventuelt trivselsindsatser, der hvor det er relevant).
- Kommunens uvisiterede tilbud
- Pædagogisk Psykologisk Rådgivning (PPR)
- Let tilgængelige behandlingstilbud i kommunerne
- Fremskudt funktion
- Børn og familie-afdelingerne i kommunerne (myndighed)
- Sundhedsplejen
- Egen læge
- Børne- og ungeafdelingerne på sygehuset

Andre oplagte aktører på trin 2:

- Børne- og Ungdomspsykiatrisk afdeling,

Vi vil samarbejde om følgende på trin 2:

- Vedvarende fokus på at alle aktører på trin 2 har kendskab til og anvender, Fremskudt funktion og De lettilgængelige behandlingstilbud, på tværs af sektorer, når det er relevant.
- Gennemgående koordinerende funktion i kommunen på alle trin, som tager initiativ til den tværsektorielle eller tværfaglige koordinering, så det ikke er familien der skal give viden videre mellem fagpersoner.
- Sikre at alle kommuner tydelig beskriver, hvilken indgang/indgange der er til at få hjælp.
- Undersøge om der udover eksisterende samarbejder er behov for yderligere at styrke samarbejdet i særligt komplekse forløb.
- Fortsat opmærksomhed på at bruge den skærpede underretningspligt ved bekymring og mistanke om mistrivsel.



• Trin 3 – Svær mistrivsel, udredning og behandling:

“Kommunikation før, under og efter udredning og behandling i sygehusregi”



Trin 3 – svær mistrivsel, udredning og behandling: ”Kommunikation før, under og efter udredning og behandling i sygehus regi”

Når der henvises ved mistanke om moderat til svær psykisk sygdom eller somatisk svær sygdom er det vigtigt, at kommunen samler og kommunikerer vigtig viden og information om barnet og familien. Formålet er, at Børne- og Ungdomspsykiatrisk afdeling eller børne- og ungeafdelingen på sygehuset, får rettidigt og systematisk information.

Når der henvises til forløb på sygehusene skal vi blive bedre til at starte en tidlig og løbende dialog på tværs af sektorer, hvor kommunen orienterer om igangværende indsatser, og det er nemt at komme i dialog med sygehuset om de indsatser, de nu sætter i gang. Også hvis der sker ændringer i relation til barnet eller den unge undervejs i udrednings- eller behandlingsforløbet. På den måde får Børne- og Ungdomspsykiatrisk afdeling og børne- og ungeafdelingen på sygehuset et klart, tidssvarende og samlet billede af barnet eller den unge, og kommunen har let ved at få sparring fra sygehuset og viden om, hvordan behandlingen forløber.

Indsatsområdet på trin 3 sikrer den rette behandling til rette tid, så børn, unge og deres familier ikke overlades til sig selv efter endt udredning eller behandling på Børne- og Ungdomspsykiatrisk afdeling eller børne- og ungeafdelingen på sygehuset.

For at sikre en god sammenhæng i barnets forløb er det vigtigt, at den koordinerende funktion i kommunen stadig er med undervejs i det samlede forløb, også selvom barnet i en periode bliver undersøgt og behandlet på Børne- og Ungdomspsykiatrisk afdeling.

Kommunen skal stå klar med relevant(e) tilbud eller støtte ved behov både i akutte tilfælde og undervejs i et udrednings- og behandlingsforløb. For at det er muligt, er der et løbende samarbejde med børne- og ungdomspsykiatrien eller børne- og ungeafdelingerne på sygehusene. Ved akutte tilfælde eller ved afslutning eller udskrivelse har sygehuset et ansvar for at give kommunen besked i god tid, så kommunen har mulighed for at tage hånd om barnet eller den unge med den nødvendige sparring fra sygehuset.

De koordinerede forløb hjælper med at sikre, at barnet og familien oplever tryghed og kontinuitet. Hele vejen igennem også på trin 3, tager indsatsen udgangspunkt i barnets hverdag og familiens behov. Tidligere indsatser, som blev sat i gang på et lavere trin, stoppes derfor ikke nødvendigvis, bare fordi barnet får en mere specialiseret indsats.

Målgruppen på trin 3:

I denne aftale omfatter målgruppen på trin 3:

Børn og unge der er så påvirket i deres funktionsniveau og har symptomer på psykiske lidelse og eller somatiske lidelser i en sværhedsgrad, der gør at barnet skal udredes og behandles på Børne- og Ungdomspsykiatrisk afdeling eller børne- og ungeafdelingerne på sygehuset.

Samarbejdet på trin 3

For at sikre at de børn og unge, der har behov, bliver udredt og behandlet i sygehusregi på enten Børne- og Ungdomspsykiatrisk afdeling eller børne- og ungeafdelingerne på sygehusene, er det afgørende at samarbejdspartnerne udarbejder korte og præcise henvisninger. En systematisk dialog og kommunikation undervejs i forløbet, skal sikre at barnet, den unge og familien oplever en rød tråd i forløbet på tværs af forskellige sektorer og aktører.

Oplagte aktører på trin 3:

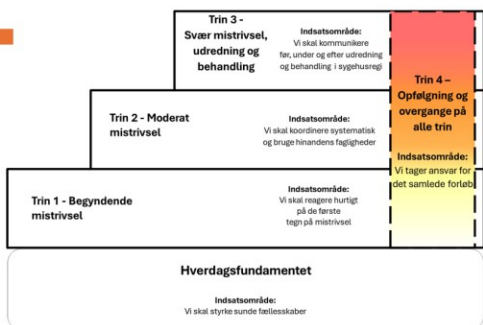
- Familien og netværk
- Børne- og Ungdomspsykiatrisk afdeling
- Børne- og ungeafdelinger på sygehusene

Ansvarlige for barnets/ den unges fortsatte tilknytning til hverdagslivet:

- Dagtilbud/skole/fritidsliv
- Pædagogisk Psykologisk Rådgivning (PPR) og/eller myndighedsafdelingen i kommunen
- Egen læge

Vi vil samarbejde om følgende på trin 3:

- Sikre henvisninger til Børne- og Ungdomspsykiatrisk afdeling med kort, relevant information inklusive fagpersoners vurderinger af allerede afprøvede indsatser.
- Afdække hvordan tværsektorielle netværksmøder før, under og efter behandlingen kan foregå,
- At alle aktører prioriterer netværksmøder højt
- Etablere faste og aftalte procedurer for kommunikation og overlevering
- Sikre en god overgang for barnet og familien og en god dialog mellem den koordinerende funktion i kommunen og behandler på Børne- og Ungdomspsykiatrisk afdeling eller børne- og ungeafdelingerne på sygehusene, så barnets behov bedst imødekommes i både planlagte og akutte tilfælde.
- I forbindelse med udskrivning/afslutning på trin 3 udarbejdes proaktive planer for barnet eller den unge på netværksmøde(r) - inspireret af kriseplaner for at håndtere tilbagefald og udfordringer.
- Undersøge om der er behov for at styrke samarbejdet i særligt komplekse forløb



• Trin 4 – Opfølgning og overgange på alle trin:

*“Vi tager ansvar for
det samlede forløb”*

Trin 4 – Opfølgning og overgange på alle trin: ”Vi tager ansvar for det samlede forløb”

Indsatserne på trin 4 går på tværs af alle trin. Indsatserne skal sikre en koordinering mellem sygehuset, almen praksis og kommunen i samarbejde med forældrene og barnet eller den unge.

Koordineringens formål er at fastholde funktionsevneniveauet og gøre barnet eller den unge i stand til at mestre hverdagslivet.

Der skal løbende følges op på indsatserne i forhold til, om det er de rette indsatser, der er igangsat for barnet eller den unge, og om de eventuelt skal tilpasses.

Opfølgende indsatser foregår i kommunen og kan være indsatser på social-, sundheds-, undervisnings- og/eller beskæftigelsesområdet og kan eksempelvis omfatte familiebehandling, psykoedukation (både rettet mod barnet eller den unge og forældre), psykologhjælp, opstilling af progressionsmål og støtte

af barnet, den unge i forhold til at mestre hverdagen.

Det er kommunen, der har den gennemgående understøttende funktion uanset, hvilket trin der samarbejdes på.

Efter endt forløb i børne- og ungdoms-psykiatrien, børne- og ungeafdelingerne på sygehuse eller ved privatpraktiserende speciallæge i Børne- og Ungdomspsykiatri, bør der også foregå en koordination.

Kommune og almen praksis bør fortsat have mulighed for at kunne henvende sig til både børne- og ungeafdelingerne på sygehuset og Børne- og Ungdomspsykiatrisk afdeling for at få rådgivning.

Samarbejdet på trin 4

På trin 4 samarbejder vi ved at sikre en løbende og god opfølgning, for indsatser hos barnet eller den unge. Det gælder både opfølgning på det enkelte trin og opfølgning og overgange mellem hvert trin. Det er vigtigt med en klar rollefordeling for, hvem der har ansvaret for det samlede forløb, så barnet, den unge og familien oplever smidige, sammenhængende forløb.

Herudover er det med til at sikre at indsatserne er kontinuerlige og sammenhængende for barnet eller den unge, så der skabes motivation og progression hos barnet eller den unge.

Vi vil samarbejde om følgende på trin 4:

- Hver kommune sikrer, at der er en gennemgående koordinerende funktion i kommunen, som i kommunen tager initiativ til den tværsektorielle eller tværfaglige koordinering, så det ikke er familien der skal give viden videre mellem fagpersoner.
- Den gode overgang fra Børne- og Ungdomspsykiatrisk afdeling til kommune eller hjem, herunder:
 - Afsluttende netværksmøder ved afslutning fra Børne- og Ungdomspsykiatrisk afdeling
 - Afsøgning af muligheden for ”boostermøder”/opfølgningsmøder efter forløb på Børne- og Ungdomspsykiatrisk afdeling.
- Sømløs overgang fra barn til voksen, der sikrer at den gode udvikling også sikres i det tværsektorielle samarbejde for den voksne unge.
- Der sikres mulighed for at kommunale fagpersoner kan få generel rådgivning ved Børne- og Ungdomspsykiatrisk afdeling for det enkelte barn, som har haft en forløb i psykiatrien.

AFSNIT 3 - IMPLEMENTERINGSPLANEN:

DE HELT KONKRETE, NYE INDSATSER OG
ARBEJDSOMRÅDER

En dynamisk implementeringsplan

I denne del af samarbejdsaftalen har vi samlet de helt konkrete indsatser, som vi vil arbejde med på tværs af kommuner, regioner og almen praktiserende læger.

Fordi ingen kan forudsige aktiviteter flere år frem, er implementeringsplanen dynamisk. Det betyder, at planen og de konkrete indsatser tilpasses efterhånden, hvis der opstår barrierer eller ny lovgivning og faglige krav.

Der vil også kunne blive tilføjet nye indsatser, hvis der er behov og vi har kræfterne til at arbejde med dem.

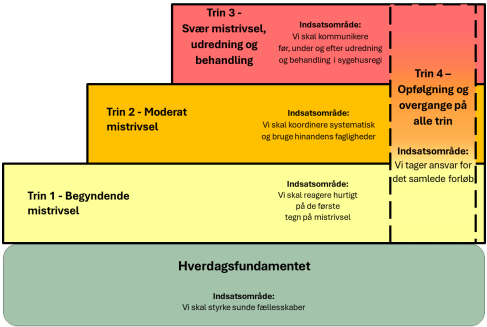
En central implementeringsindsats er etableringen af et **tværsektorielt chefnetværk på børne- og ungeområdet**.

Netværket skal følge op på- og understøtte implementeringen i relation til samarbejdsaftalen og drøfte udfordringer og løsninger i de aftalte implementeringsindsatser.

Effekten af implementeringsindsatserne skal samlet set kunne ses i forbedrede parametre ud fra allerede eksisterende datakilder som fx Den Nationale Sundhedsprofil og Ungeprofilen.



Indsatser der skal understøtte implementeringen på alle trin



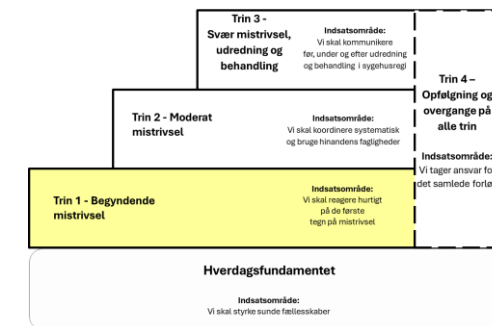
Indsats og Kort beskrivelse	Ansvarlige:	Delleverancer:	Tidshorisont og opfølgning:	Aktører:	Slutmål:
Tværsektorielt chefnetværk på børne- og ungeområdet Formålet med netværket er at følge og understøtte implementeringen i relation til samarbejdsaftalen, samt igangsætte implementeringsaktiviteter og drøfte udfordringer og løsninger i implementeringsaktiviteterne. Formålet er også videndeling og relationel koordinering (kendskab). Der lægges op til at der inden for hver sundhedsråds område udpeges en kommunal repræsentant og en repræsentant for sygehusene. De kommunale chefer skal samlet set repræsentere alle relevante kommunale områder og sygehusenes repræsentanter skal samlet set dække både somatik og psykiatri. Under chefnetværket nedsættes i hvert sundhedsråds geografi et implementeringsnetværk – fire i alt på tværs af kommuner og sygehuse og med mulighed for at alle kommuner repræsenteres. Chefnetværket kan ad hoc nedsætte arbejdsgrupper, der beskriver og arbejder med de konkrete indsatser i implementeringen.	Strategisk Sundhedsstyre gruppe	Udarbejdes et kommissorium for chefnetværket med beskrivelse af: - Formålet med netværket - deltagere og udpegning - mødehyppighed - mandat og beslutningskompetence - direktørmæssigt ophæng - Nedsættelse af arbejdsgrupper - Sekretariatsbetjening af chefnetværket og af arbejdsgrupper	Kommissoriet for chefnetværket forelægges Strategisk Sundhedsstyregruppe med henblik på godkendelse på deres første møde i 2026 (forventeligt april 2026). Første møde i chefnetværket afholdes snarest herefter.	Afhænger af kommissoriet	At alle dele af aftalen er implementeret prioriteret.
Årlig temadag med fokus på indsatser i samarbejdsaftalen og samarbejdet i de første implementeringsår	Chefnetværket	Årlig temadag for tværsektorielle aktører på børne- og ungeområdet i Syddanmark			

Implementeringsindsatser – hverdagsfundamentet



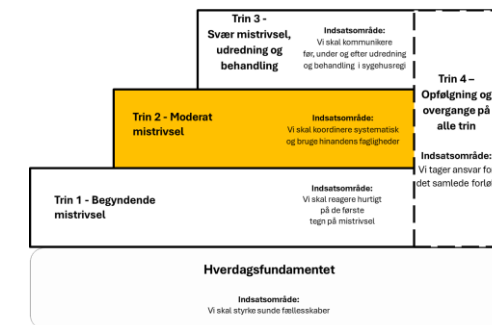
Indsats og kort beskrivelse	Ansvarlige:	Delleverancer:	Tidshorisont og opfølgning:	Aktører:	Slutmål:
Fagpersoner bruger hverdagssprog og ikke patologisk sprog, når der arbejdes med børn og unges udfordringer. Fagpersoner tænker pædagogiske muligheder før psykologiske indsatser. Dette tager udgangspunkt i Trivselskommissionens anbefalinger, men så det ikke devaluerer forældrene.	Chefnetværket	- Kampagner på nettet, som oplysningsmateriale til dagtilbud, skoler og civilsamfundet. - E-læringsmateriale - Tværasektorielt roadshow og undervisningsmøder, som kommer ud til fx personalemøder på skolerne. - Dagtilbuds- og skoleledere samt sundhedsplejersker inviteres med ind i udviklingen af kampagner og oplysningsmateriale mv. og inviteres med til de halvårslige opfølgninger i chefnetværket. - Kommunerne og regionen opfordres til at trivselsbegrebet inkorporeres i alle styringsdokumenter i alle sektorer en gang om året.	Igangsættes primo 2027. Følges op halvårsligt i 2027 og 2028.	Drøftes i chefnetværket, eksempelvis: - Skole og dagtilbud i kommuner, - Sundhedsplejersker - Børne- og Ungdomspsykiatrisk afdeling	At der er informeret bredt ud i hele regionen.
Alle fagpersoner skal kunne vurdere hvornår trivselsproblemer er en normal reaktion på et usundt miljø eller hændelse og skal kunne anviser relevant vejledning.	Chefnetværket	Udvikles i tæt relation til ovenstående indsats, som en del af oplysnings- og undervisningsmøder. Kompetenceudvikling. Se på børn og unges ressourcer.	Igangsættes primo 2027. Følges op halvårsligt i 2027 og 2028.	Drøftes i chefnetværket.	At der er informeret bredt ud til fagpersoner i hele regionen.
Sikre at der tværasektorielt arbejdes med at skabe sunde fællesskaber. Vigtigt at tænke civilsamfundet med i indsatsen.	Chefnetværket	Der afholdes inspirationsmøder på tværs af kommuner og region hvor der sættes fokus på de sunde fællesskabers betydning.	Igangsættes ultimo 2027.	Drøftes i chefnetværket.	At der afholdes årlige inspirationsmøder i 2027, 2028 og 2029.

Implementeringsindsatser – trin 1



Indsats og beskrivelse	Ansvarlige:	Delleverancer:	Tidshorisont og opfølgning:	Aktører:	Slutmål:
Rettidige og systematiske arbejdsgange i kommunerne ved de første tegn på begyndende mistrivsel hos barnet den unge. Indsatsen skal sikre rettidig hjælp til børn og unge i begyndende mistrivsel, og undgå forværring af barnets/den unges tegn på mistrivsel.	Den enkelte kommune	Arbejdsgangsbeskrivelser i hver kommune	Implementeret senest ved udgangen af 2027	- Forældre - Almen praksis - Fagpersonale i kommunerne	Alle syddanske kommuner har beskrevet en systematisk arbejdsgang.
Promovering af indgange til hjælp, støtte og fællesskaber i kommunerne.	Den enkelte kommune	Den enkelte kommune har metodefrihed i indsatsen. Eksisterende indgange skal synliggøres til alle forældre, fagpersoner og almenpraktiserende læger i alle kommuner, der møder børn i begyndende mistrivsel. Følgende indgange skal synliggøres: - En indgang til kommunen, hvis man har brug for hjælp, for børn og unge under 18 år og deres forældre - Åben anonym rådgivning i myndighed - Åben anonym rådgivning i PPR - Let tilgængelig tilbud i kommunerne	Implementeret senest ved udgangen af 2027. Indsatsen evalueres i chefnetværket.	Kommunerne	Der er større kendskab til indgange til hjælp, støtte og fællesskaber i kommunerne.
Direkte elektronisk korrespondance mellem henholdsvis egen læge, sygehus og kommunen ved begyndende eller lettere udfordringer eller mistrivsel. Indsatsen sikrer én tydelig hovedindgang for skriftlig kommunikation til kommunerne fra almen praksis og sygehuset på børne- og ungeområdet. Der skal indhentes inspiration fra Fredericia Kommune. Der skal være frihedsgrader til hvordan den enkelte kommune organiserer sig internt ift. indsatsen.	Det tværsektorielle chefnetværk	Beskrivelse af indsatsen med hvilke dele af indsatsen der er fælles kerneelementer og hvilke dele der er op til den enkelte kommune.	Implementeret senest ved udgangen af 2027. Løbende opfølgning undervejs.	- Almen praksis 22 syddanske kommuner - De fire akutsygehuse i Region Syddanmark	Alle syddanske kommuner har inden udgangen af 2027 etableret en direkte elektroniske korrespondancemulighed
Udvikling af fælles tværsektoriel hjemmeside: hvor der er informationsmateriale målrettet familier og barnet eller den unge, som giver konkrete råd til børn/ den unge og forældre. Eksisterende informationsmateriale skal også indtænkes, fx mindhelper.dk. Hjemmesiden skal hedde: sundhedforbørn.dk	Det tværsektorielle chefnetværk	Beskrivelse af hvad der skal være på en fælles tværsektoriel hjemmeside, teknisk opsætning og vedligehold af hjemmeside. Stillingtagen til finansieringen, udvikling og vedligehold.	Implementeret senest ved udgangen af 2028	- Almen praksis 22 syddanske kommuner - De fire akutsygehuse i Region Syddanmark	Hjemmeside er etableret og anvendes

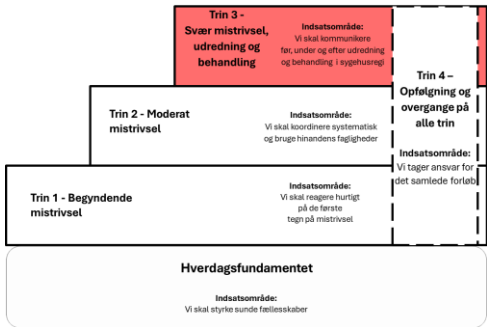
Implementeringsindsatser – trin 2



Indsats og kort beskrivelse	Ansvarlige:	Delleverancer:	Tidshorisont og opfølgning:	Aktører:	Slutmål:
Fortsat opmærksomhed på at bruge den skærpede underretningspligt ved bekymring og mistanke om mistrivsel. Myndighedsafdelingen er lovgivningsmæssigt forpligtet til at give dels en kvittering, men også en tilbagemelding til underretter. For at sikre at der gives en tilbagemelding om at der er iværksat en indsats eller sagen er lukket undersøges om dette sker.	Chefnetværket	Chefnetværket beder hver enkelt kommune om at undersøge tilbagemeldingen til underretter (her læge og sygehus) og opsamler erfaringer.	Igangsættes primo 2027 og foretages en gang om året.	Alle kommuner.	At der er en oplevelse af at der generelt gives tilbagemelding til underretter fra praksis og sygehus.
Vedvarende fokus på at alle aktører på trin 2, har kendskab til og anvender, Fremskudt funktion og De Lettilgængelige tilbud, på tværs af sektorer, når det er relevant.	Børne- og Ungdomspsykiatrisk afdeling og Kommunerne	Chefnetværket beder om at årlig status på kendskabet til og anvendelsen af Fremskudt funktion og De lettilgængelige Tilbud.	Ultimo 2027 og en gang årligt.	Børne- og Ungdomspsykiatrisk afdeling og alle kommuner.	At der er de relevante tilbud til børn og unge i mistrivsel i kommunerne og Regionen.

Implementeringsindsatser

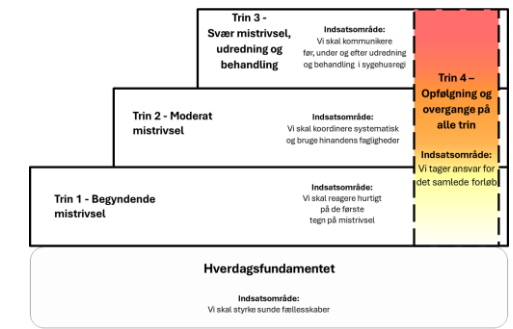
– trin 3



Indsats og kort beskrivelse	Ansvarlige:	Delleverancer:	Tidshorisont og opfølgning:	Aktører:	Slutmål:
Undersøge om der er behov for at styrke samarbejdet i særligt komplekse forløb Komplekse forløb: misbrug, somatiske og psykiatriske komplekse problemstillinger	Chefnetværket	Undersøgelse af behov for styrket samarbejde og om der kan findes inspiration i allerede eksisterende samarbejdsmodeller Afprøvning af samarbejdsmodel	Undersøgelsen som er første trin gennemføres i 2027. Herefter besluttet om der skal iværksættes yderligere i chefnetværket	Kommuner, primært myndighed, misbrugsområdet og botilbud Egen læge Politi Kriminalforsorgen Børne- og Ungdomspsykiatrisk afdeling Børne- og ungeafdelingerne	At børn, unge og deres familier oplever en mere koordineret indsats
Afdække hvordan tværsektorielle netværksmøder før, under og efter behandlingen kan foregå , herunder hvordan der sikres at relevante fagpersoner med beslutningskompetence deltager.	Chefnetværket	Udarbejdning af retningslinjer for netværksmøde med fokus på hvornår, om hvad og hvem der skal deltage.	Nye retningslinjer udarbejdes af en nedsat arbejdsgruppe med frist medio 2027	Børne- og Ungdomspsykiatrisk afdeling Børne- og ungeafdelingerne Kommunerne Egen læge	Chefnetværket godkender nye tværsektorielle retningslinjer for brugen af netværksmøder på trin 3
Sikre henvisninger til Børne- og Ungdomspsykiatrisk afdeling med kort relevant information inklusive fagpersoners vurderinger af allerede afprøvede indsatser.	Børne- og Ungdomspsykiatrisk afdeling	Der nedsættes en tværsektoriel arbejdsgruppe, der skal være med til at sikre at Børne- og Ungdomspsykiatrisk afdelings krav til henvisninger udbredes på en måde, der giver tydelighed om forventninger for samarbejdspartner. Dette gøres blandt anden igennem: - E-læring om den gode henvisning - Tips på hjemmesiden sammen med skemaet - Eksempler på den gode henvisning		Børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling Kommuner Egen læge Andre sygehus afdelinger	At færre børn og unge tilbagehenvises
Etablere faste og aftalte procedurer for kommunikation og overlevering , hvor der tidligt i forløbet aftales, hvem der har ansvaret for opfølgning og hvordan der kommunikeres efter afsluttet forløb i Børne- og Ungdomspsykiatrisk afdeling eller børne- og ungeafdelingerne på sygehuse	Børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling Børne- og ungeafdelingerne Kommunerne Egen læge	Nedsættelse af arbejdsgruppe, der udarbejder et forslag til procedure.	Ultimo 2027	Børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling Børne- og ungeafdelingerne på sygehuse Kommunerne Egen læge	Chefnetværket godkender ny tværsektoriel procedure for overgangen fra udredning og behandling på et sygehus til egen læge eller kommunen

Implementeringsindsatser

– trin 4



Kort beskrivelse	Ansvarlige:	Delleverancer:	Tidshorisont og opfølgning:	Aktører:	Slutmål:
Hver kommune sikrer at der er en gennemgående koordinerende funktion i kommunen, som i kommunen tager initiativ til den tværsektorielle eller tværfaglige koordinering, så det ikke er familien der skal give viden videre mellem fagpersoner. Den enkelte kommune beslutter selv, hvordan funktionen skal tilrettelægges, herunder hvilke faggrupper og kommunale enheder der kan varetage funktionen. Den enkelte kommune sikrer, at der kommunikeres tydeligt til forældre og de øvrige faglige aktører om den koordinerende funktion.	Chefnetværket	Chefnetværket fastlægger principper for den koordinerende funktion med respekt for at den enkelte kommune selv beslutter hvordan funktionen skal tilrettelægges. Erfaringer om etableringer af funktionen, deles i chefnetværket mhp videndeling og inspiration. Der kan med fordel skeles til børne- og ungeaftalen fra 2019, hvor udpegning af tovholder blev aftalt som en faglig forpligtelse og til samarbejdsaftalen på det børne- og ungdomspsykiatriske område fra 2010 hvor kommunal kontaktperson blev aftalt.	Igangsættes i 2026 og statusopfølgning ultimo 2026	Kommunens involverede forvaltningsområder, almen praksis, regionens sygehuse	Børn og unge på trin 2 og 3 har en gennemgående kontaktperson, der er kendt for familien og samarbejdsparter.
Den gode overgang fra Børne- og Ungdomspsykiatrisk afdeling til kommune eller hjem: - Afsluttende netværksmøder ved afslutning fra Børne- og Ungdomspsykiatrisk afdeling. (Konceptet for netværksmøder udvikles under trin 3.) Den koordinerende funktion involveres i god tid i planlægningen af mødatedoen, så det sikres, at de rette kommunale fagpersoner kan deltage på netværksmødet. Børne- og Ungdomspsykiatrisk afdeling er ansvarlig for dagsorden, referat og mødeledelse. - Afsøgning af muligheden for ”boostermøder”/opfølgningsmøder. Ved behov kan der på netværksmødet aftales, at der holdes et fælles ”boostermøde” hvor spørgsmål opstået efter udskrivelsen kan afklares	Børne- og Ungdomspsykiatrisk afdeling er ansvarlig for dagsorden, referat og mødeledelse ifm netværksmøderne. Børne- og Ungdomspsykiatrisk afdeling er ansvarlig.	Udarbejdelse af arbejdsgangsbeskrivelse for den gode overgang fra Børne- og Ungdomspsykiatrisk afdeling til kommune, almen praksis eller hjem. Undersøge hvad der er muligt inden for lovgivningen ift. afholdelse af booster-møder. På de afsluttende netværksmøder kan der i fællesskab udarbejdes en ”proaktivplan” der er inspireret af kriseplanerne fra psykiatrien, dvs. planer der hjælper barnet eller den unge i svære situationer	Igangsættes i 2026 og statusopfølgning ultimo 2026	Psykiatrien, kommunen, familien evt. somatikken	At der gennemføres langt flere netværksmøder med kommunal deltagelse end det er tilfældet i dag (kan vi sætte måltal på – kan vi trække data for det?)
Sømløs overgang fra barn til voksen, der sikrer at den gode udvikling også sikres i det tværsektorielle samarbejde for den voksne unge.	Chefnetværket	- Overleveringsmøde med en kommunikationspakke om barnet eller den unge, hvor der er fokus på forventningsafstemning af muligheder for det videre forløb og kontaktpersoner i voksenregi. - Fælles sprog om den unges ressourcer		Sygehusene, kommunen, familien, evt. mentorer eller lignende.	

Arbejdsgruppen bag udarbejdelse af samarbejdsaftalen:

- **Tina Lykke Schmidt** – Chefsygeplejerske, børn og unge, Esbjerg Sygehus (regional medformand for arbejdsgruppen)
- **Rasmus Balder Holmgaard Larsen** – Chef Unge, Uddannelse & Borgerservice, Fredericia Kommune (kommunal medformand for arbejdsgruppen)
- **Per Schmidt Hansen** – Børne- og Familiechef, Aabenraa Kommune
- **Charlotte Jensen** – Social- og Familiechef, Nyborg Kommune
- **Marianne Petersen** – Chef for Familie, Handicap og Socialpsykiatri, Vejle Kommune
- **Kamilla Rost** – Praksiskonsulent, Sygehus Lillebælt og praktiserende læge
- **Louise Jürgensen** – Cheflæge, Sygehus Sønderjylland
- **Marianne Toft Madsen** – Chefsygeplejerske, børne- og ungeafdelingen, Sygehus Lillebælt
- **Rikke Rævsgård Hansen** – Oversygeplejerske, Børne- og ungdomspsykiatri Syddanmark
- **Trine Zier Bro** – Chefsygeplejerske, Børne- og ungdomspsykiatri Syddanmark
- **Camilla Christensen** – Tværfaglig leder af PPR & Videnscenter, Esbjerg Kommune
- **Helle Brade Kreipke** – Chefkonsulent, Politik & Strategi Tønder Kommune (sekretariat)
- **Pernille Hegård Pedersen** – Konsulent, Tværsektorielt Samarbejde, Region Syddanmark (sekretariat)
- **Alice Lund Riis-Høegh** – Specialkonsulent, Økonomi og Planlægning, Psykiatrien (sekretariat)
- **Bjarke Jørgensen** – Konsulent, Tværsektorielt Samarbejde, Region Syddanmark (sekretariat)
- **Jette Dalsgaard Andersen** – Specialkonsulent, Tværsektorielt Samarbejde, Region Syddanmark (sekretariat)