

Tidlig opsporing og behandling af børn og unge med tegn på mistrivsel eller funktionel lidelse

**Et modelprojekt på tværsektorielt samarbejde mellem almen
praksis, Pædagogisk og psykologisk Rådgivning (PPR) og
Sundhedsafdelingen i Halsnæs Kommune**

2020



Halsnæs
Kommune

Oplev det rå og autentiske Halsnæs

Indholdsfortegnelse

Abstract	3
Projektets to niveauer, baggrund og videngrundlag	3
Problemformulering - relevans for borgere	4
Formål og mål	5
Succeskriterier til mål 1:	6
Succeskriterier til mål 2.	7
Intervention – projektets leverancer	7
Henvissningsvejen i sin helhed.	7
Målgruppe - PPR og lægerne definerer målgruppen for henvisningen.....	7
Henvissningsteksten	8
Digital henvisningsvej.....	8
Vurderingsteam.....	9
Behandling	9
Metode	10
Projektorganisering	10
Projektperiode – ultimo 2017 til 2020.....	10
Økonomi.....	10
Rekruttering.....	11
Data	11
Spørgeskemaer og interview	11
Resultater	11
En ny henvisningsvej mellem Almen Praksis og PPR.....	11
Brugerinddragelse	13
Organisatorisk	13
Individuel	14
Hovedkonklusion	15
Forankring	15
Perspektivering	15

Abstract

I rapporten beskrives et nyt samarbejde mellem almen praksis og PPR om børn med tegn på mistrivsel. Samarbejdet centrerer om en ny henvisningsvej/procedure mellem parterne, som skal sikre, at børn og unge modtager den rette psykologiske hjælp til tiden.

I perioden august 2018 til december 2019 har PPR modtaget 60 henvisninger fra almen praksis, heraf er 75% relevante i forhold til projektets succeskriterier. Resultaterne indikerer, at der med den nye henvisningsvej opspores børn og unge tidligere, hvilket betyder at børnene modtager en retmæssig behandling og at forværring af symptomerne forebygges.

Almen praksis i Halsnæs kommune har udtrykt tilfredshed med den nye henvisning, da der nu findes et relevant tilbud at henvise målgruppen til. PPR som forebygger forværring og yderligere behandling ser også god mening i tilbuddet. Forældrene til børnene har gennem et spørgeskema udtrykt tillid og tilfredshed med samarbejdet på tværs af sektorer.

Projektet er ikke lykkedes med at inddrage borgere på tværs af sektorer, som det er beskrevet i succeskriterierne, disse erfaringer beskrives også i rapporten.

Projektet fortsætter ind i 2020, hvor det er hensigten at udvide samarbejdet med psykiatrien, afhængigt af det gældende behov.

Projektets to niveauer, baggrund og videngrundlag

Projektet har to niveauer. Dels søger projektet at opspore og behandle børn og unge med tegn på mistrivsel (niveau 1). Dels afprøver projektet et tværsektorielt samarbejde mellem kommune og almen praksis (niveau 2). Niveau 2 omhandler organisering og niveau 1 omhandler effekten for borgerne. Niveau 2 beskrives primært som baggrund og i relation til borgerinddragelse og samarbejdet på tværs, og niveau 1 er projektets egentlige omdrejningspunkt vis a vis resultater.

Projektets niveau 1 – omhandler opsporingen og behandlingen af børn og unge i mistrivsel – et emne af relativt stor bevågenhed pt. Flere og flere undersøgelser peger på, at andelen af børn og unge i mistrivsel er i stigning. Der er flere henvisninger til psykiatrien, flere uforklarlige symptomer (funktionelle lidelser), og der er sideløbende etableret instanser og støtteværktøjer til gavn for de unge, som mistrives, herunder Headspace mv. Allerede for et par år siden, kort tid efter at dette projekt blev beskrevet, udgav Sundhedsstyrelsen tre forløbsprogrammer for børn og unge med psykiske udfordringer - til børn og unge med ADHD, spiseforstyrrelser og angst/depression. Forløbsprogrammerne vidner om de mange udfordringer på området for mental sundhed og lægger op til et bredere samarbejde på tværs (<https://www.sst.dk/da/puljer/afproevning-af-en-fremskudt-regional-funktion-i-boerne--og-ungdomspsykiatrien>).

Projektets niveau 2, er udgangspunktet for projektet. Baggrunden er sundhedsaftale III 2015-2018, hvor den politiske målsætning lød på: "At udvikle og implementere nye organisatoriske modeller for fælles drift, mål og samfinansiering på tværs af kommuner, hospitaler og praksissektoren med borgeren i centrum". Målsætningen er beskrevet i indsats 5; principper

for nye samarbejdsformer og indsats 6, som er fire modelprojekter, som afprøver nye samarbejdsformer.

Indsats 6) 5 Modelprojekter:

- Tidlig opsporing af børn og unge med tegn på mistrivsel (2 projekter i henholdsvis Halsnæs og Frederiksberg Kommuner)
- Fra dobbeltarbejde til enkelthed for patienten (psykiatrien i Region H)
- Tværsektorielt samarbejde om rehabilitering af borgere med apopleksi (fra hospital til kommuner)
- Tværsektoriel Stuegang (NOH og 9 kommuner i Nordklyngen)

Indsats 5) Principper for nye samarbejdsformer blev omsat til at projekterne skulle:

- Skabe værdi for borgere og patienter
- Indeholde borgerinddragelse
- Bygge på integreret opgaveløsning
- Udfordre de eksisterende rammer
- Understøttes af en evalueringsmodel
- Bygge på LEON-princippet

I principperne for nye samarbejdsformer fremgår det, at *borgerinddragelse* skal indgå i projekterne. Borgerinddragelse har de seneste 10 år fået særligt stor opmærksomhed i sundhedsvæsenet. Borgernes inddragelse har en positiv effekt på "helbredelseseffekten", på compliance, og mange andre forhold i individets kontakt med sundhedsvæsenet, og borgerinddragelse er også empowerment. Der er skrevet meget om typer af inddragelse – individuel, organisatorisk, samskabelse - om måder at inddrage på mv. I de seneste år har der været særligt fokus på den *tværsektorielle* patientinddragelse – hvordan patienter/borgere inddrages på tværs af sektorer. Den individuelle, organisatoriske og tværsektorielle brugerinddragelse har således været en del af projektet fra starten.

Der er indgået en samarbejdsaftale med Aalborg Universitet om følgeforskning med fokus på borgerinddragelse på tværs, tværsektoriel ledelse og integreret opgaveløsning. Der mangler viden om samarbejdet mellem flere hierarkiske niveauer, som ikke har én fælles overordnet leder/beslutningstager. Tværsektorielle projekter på sundhedsområdet er særligt udfordret, idet kommuner har forskellige organiseringer og praktiserende læger ikke har en overordnet ledelse ud over organisationen- PLO. Den samlede rapport udkommer i 2020. På nuværende tidspunkt er der udgivet forskellige kortere analyser af modelprojekterne <https://www.regionh.dk/Sundhedsaftale/Fokusomraader-ogprojekter/projekter/Sider/default.aspx>

Problemformulering - relevans for borgere

Hvordan sikres det, at børn og unge med tegn på mistrivsel, begyndende angst, let depression eller funktionel lidelse opspores tidligt og modtager den rette behandling?

De seneste år er der sket en stigning i forekomsten af mistrivsel blandt børn og unge. Ofte henvender forældre sig til egen læge for hjælp. Men som det er nu, kan egen læge ikke henvise til psykolog, når det drejer sig om borgere under 18 år.

Lægen har principielt tre henvisningsmuligheder, når hun/han møder børn i mistrivsel og deres forældre i konsultationen; 1) lægen kan skrive en henvisning til børne- og ungepsykiatrien, men denne kommer retur, når barnet ikke er "sygt" nok. Mistrivsel udløser ikke en psykiatrisk diagnose i første omgang. 2) Lægen kan skrive en underretning til kommunen, men denne aktiverer familieafdelingen, som primært igangsætter familieindsatser efter serviceloven. 3) Lægen kan anbefale forældrene at henvende sig til skolen, som så kan henvise til skolepsykologen og PPR. Den mulighed kan allerede i konsultationen blive fravalgt, da langt fra alle familier ønsker at involvere skolen. Lægen har også mulighed for at tilbyde begrænset samtaleterapi i konsultationen, men i praksis er det ikke optimalt.

Der er børn og unge, som hverken opspores eller modtager behandling, og det kan medføre, at barnet/den unge får det værre og dermed bliver mere behandlingskrævende.

Dette projekt afprøver en løsning, som sikrer en tidlig opsporing af mistrivende børn hos lægen og en retmæssig behandling hos PPR's psykologer. Denne løsning skal skabe læring om samarbejdet på tværs, og samtidigt hjælpe børnene i mistrivsel.

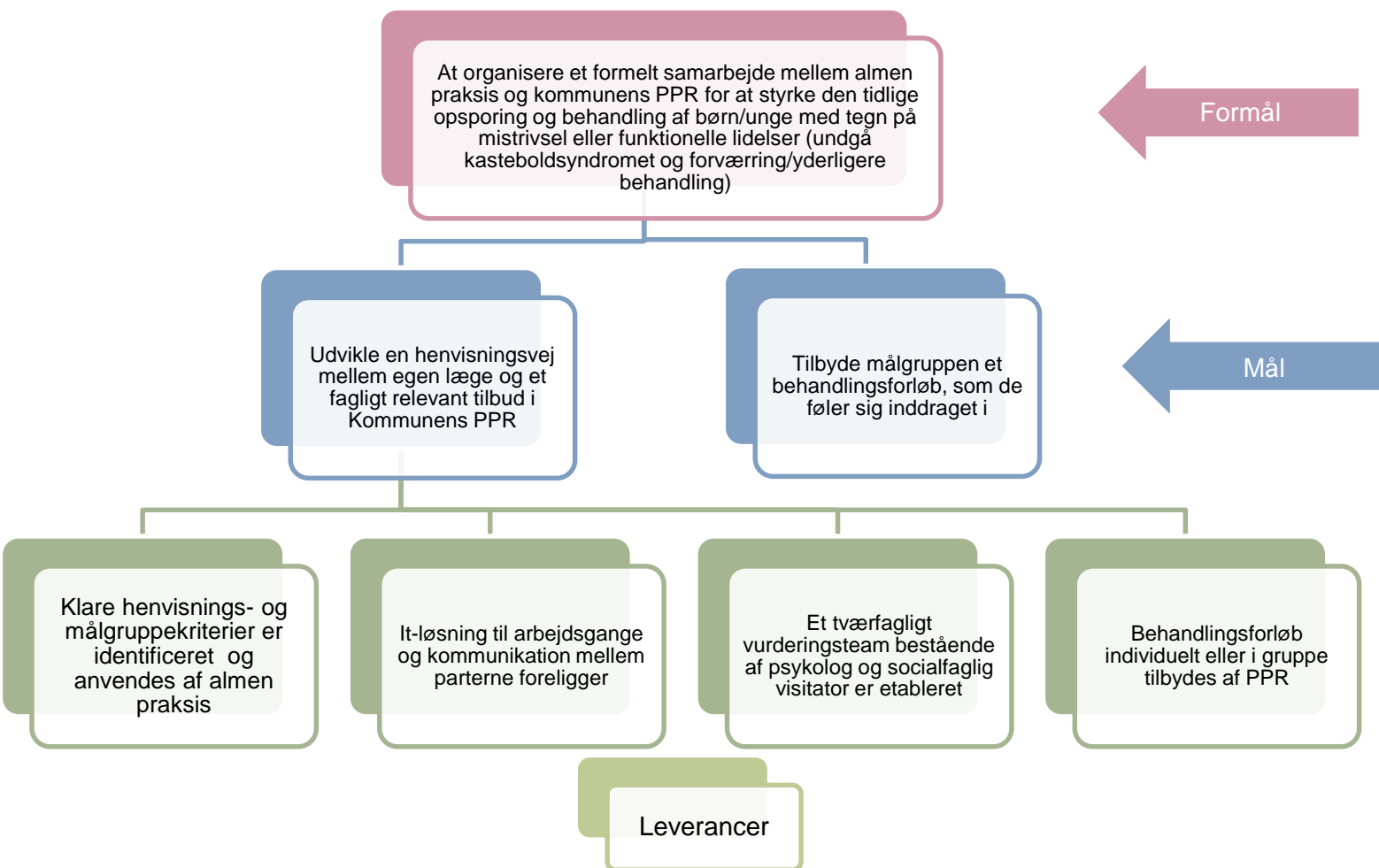
Formål og mål

Formålet med modelprojektet er at **formalisere** samarbejdet mellem almen praksis og kommunen med henblik på at styrke den tidlige opsporing og indsats for børn/unge med tegn på mistrivsel eller funktionelle lidelse gennem tidlig, tværfaglig vurdering og behandling.

Et formaliseret samarbejde skal hjælpe gruppen børn og unge, som har en tilbøjelighed til at falde mellem to stole i systemet. Det formaliserede arbejde skal sikre en tidlig indsats gennem direkte henvisning fra almen praksis til PPR. Dermed tages der hånd om en gruppe, som ellers ikke har et klart tilhørsforhold i relation til støtte og behandling. Samtidigt forebygges det, at børn og unges vanskeligheder vokser sig større og mere indsatskrævende.

Det nye samarbejde består i en ny henvisningsprocedure, som skal sikre, at børn og unge modtager den rette hjælp til rette tid, uden at blive ofre for kasteboldsyndromet.

Målhierarki



Som målhierarkiet viser, er der ét overordnet formål – at formalisere samarbejdet. To konkrete mål (at oprette en henvisningsvej og at inddrage brugerne) samt fire leverancer.

Succeskriterier til mål 1: Overordnet set er projektet en succes, når samarbejdet mellem egen læge og PPR fungerer, og når børn og unge i mistrivsel opspores og behandles rettidigt. Succeskriterier:

- 1) At lægerne henviser børn/unge inden for målgruppen direkte til PPR (sendes som korrespondance over sundhedsdatanettet (frem for fx mail eller kommunehenvisning))
- 2) At henvisningerne kun i begrænset omfang er underretninger og BUC- sager (BUC= Børn- og Ungepsykiatrisk Center) eller på anden måde uden for målgruppen (max 40 %)
- 3) At henvisningerne indeholder den information, som PPR efterspørger, for at vurdere barnet (80%)
- 4) At PPR sender retursvar til egen læge indenfor 14 dage. Indeholder enten accept af henvisningen eller begrundelse for afslag på henvisning og dermed råd om eventuel anden handling/underretning (90%)

- 5) At PPR sender en epikrise til lægen efter endt behandling (95%).

Succeskriterier til mål 2. Inddragelsen gælder såvel organisatorisk som individuelt.

Succeskriterier til organisatorisk inddragelse

- 1) Før august 2018. Gennemførelse af to interviews med børn eller forældre om hensigten med henvisningsvejen og forløbet hos PPR. Barn/forældres input anvendes til at kvalificere henvisningsprocessen og inddragelsen, som visuelt vises frem på et flowchart under interviewet.
- 2) Januar 2019. Der gennemføres to interviews med forældre om den nu igangsatte henvisningsvej og de giver input til kvalificering af mindre spørgeskema til måling af individuel tilfredshed med forløbet.

Succeskriterier til individuel inddragelse:

- 1) Lægen anvender konsultationsprocessens 9 F'er (efterleves i 80 % af konsultationerne)
- 2) PPR/Psykologen inddrager borger ved at give et skriftligt overblik over fremdrift, status og opgaver/aftaler efter hver samtale i forløbet (90%). Ved gruppeforløb følges den vejledning som gælder for disse forløb.
- 3) PPR/Psykolog informerer pårørende om forløbet/udviklingen med bestemte og aftalte intervaller (90 % af tilfældene). Aftales individuelt ved opstart af forløb.
- 4) 90% af borgerne er tilfredse med det forløb de har været igennem (spørgeskema). Efter forløbet tilsendes barn og forældre et spørgeskema. Anvendes til måling af deres tilfredshed med forløbet (ikke behandlingen).

Intervention – projektets leverancer

Henvisningsvejen i sin helhed.

Lægen henviser til PPR. PPR modtager henvisningen, vurderer barnet og sender en korrespondance tilbage til egen læge. I denne står beskrevet hvilken behandling barnet modtager af PPR. Hvis PPR afviser henvisningen, suppleres den af en begrundelse, som lægen kan videreformidle eller handle på. Efter endt behandling sendes egen læge en epikrise, som kort opsummerer forløbet.

Målgruppe - PPR og lægerne definerer målgruppen for henvisningen

Målgruppen i projektet er børn og unge der mistrives grundet begyndende angst/depression, funktionel lidelse, skoleværing, påfaldende mange besøg hos lægen, og symptomer som formodes afhjulpet med terapi.

Lægerne brugte et par måneder på at observere hvilke og hvor mange børn de mødte, som kunne have gavn af en henvisning til PPR, eller som omvendt ikke passer ind i hverken familieafdelingen eller børn- og ungepsykiatrien.

PPR på deres side var opmærksomme på, at "mistrivsel" som begreb primært blev relateret til psykisk sygdom og ikke fx skilsmisse. Der findes flere former for mistrivsel.

Inkluderede	Ekskluderede
<ul style="list-style-type: none">• Børn og unge fra 6-17 år, som (med eller uden forældre) henvender sig til egen læge• Symptomer på mistrivsel i form af hovedpine, mavepine og søvnbesvær (funktionelle lidelser)• Tegn på lettere angst eller depression• At lægen efter undersøgelse ikke finder tegn på somatisk sygdom• Påfaldende mange besøg	<ul style="list-style-type: none">• Underretning til familieafdelingen er påkrævet• En åben sag i familieafdelingen• Behov for medicinsk behandling• Symptomer af sådan en karakter, at de skal henvises til pædiatriske eller psykiatriske speciallæger (BUC)• Har en psykiatrisk diagnose og/eller er i et specialtilbud

Henvisningsteksten

Parterne skulle blive enige om, hvilke oplysninger PPR skulle have om barnet, for at kunne vurdere og behandle barnet. På den ene side skulle PPR have tilstrækkelige oplysninger, på den anden side, skulle lægen have nok tid til at finde og beskrive oplysningerne. Der blev på den baggrund udviklet et henvisningsskema. Skemaet kunne dog ikke uden videre sættes ind i den digitale løsning, som projektet arbejder i, så det forblev en huskeliste til lægerne

Oplysninger til PPR

- Patientens kontaktoplysninger, bl.a. telefonnummer i henvisningsteksten
- Familieforhold (fx fælles forældremyndighed?)
- Skolenavn og sted og om skolen har været involveret
- Henvisningsårsag (indsæt eventuelt en kopi af journalnotatet)
- Sygdomshistorik relevant for henvisningen samt evt. medicinsk behandling
- Samtykke
- Behov for tolk eller andre praktiske foranstaltninger

Digital henvisningsvej

Etablering af en sikker henvisningsvej fra egen læge til PPR. Almen praksis arbejder på sundhedsdatanettet, ligeså gør sundhedsplejen i kommunen via Novax. Almen praksis og sundhedsplejen kommunikerer således allerede sikkert om børn og unge via journalsystemer og korrespondancemeddelelser (MedCom – standarder regulerer kommunikation og samarbejde).

Egen læge kan i projektet skrive en henvisning til PPR gennem sundhedsplejen. PPR og sundhedsplejen er i samme forvaltning og må derfor gerne kommunikere om børnene uden samtykke. Udfordringer ses ved at sundhedsplejen agerer "posthus" for læge og PPR. Dels

tager det tid fra sundhedsplejen, dels skal henvisninger fra lægen slettes efter de er videresendt til PPR. Henvisningerne må ikke være tilgængelige for "menige" sundhedsplejere. Det kræver omhyggelighed, at kommunikere frem og tilbage gennem et system (Novax), som ikke må "lagre/registrere" den viden, der sendes frem og tilbage. Henvisningerne fra egen læge er markeret med "PPR", så de ikke forveksles med andre korrespondancer.

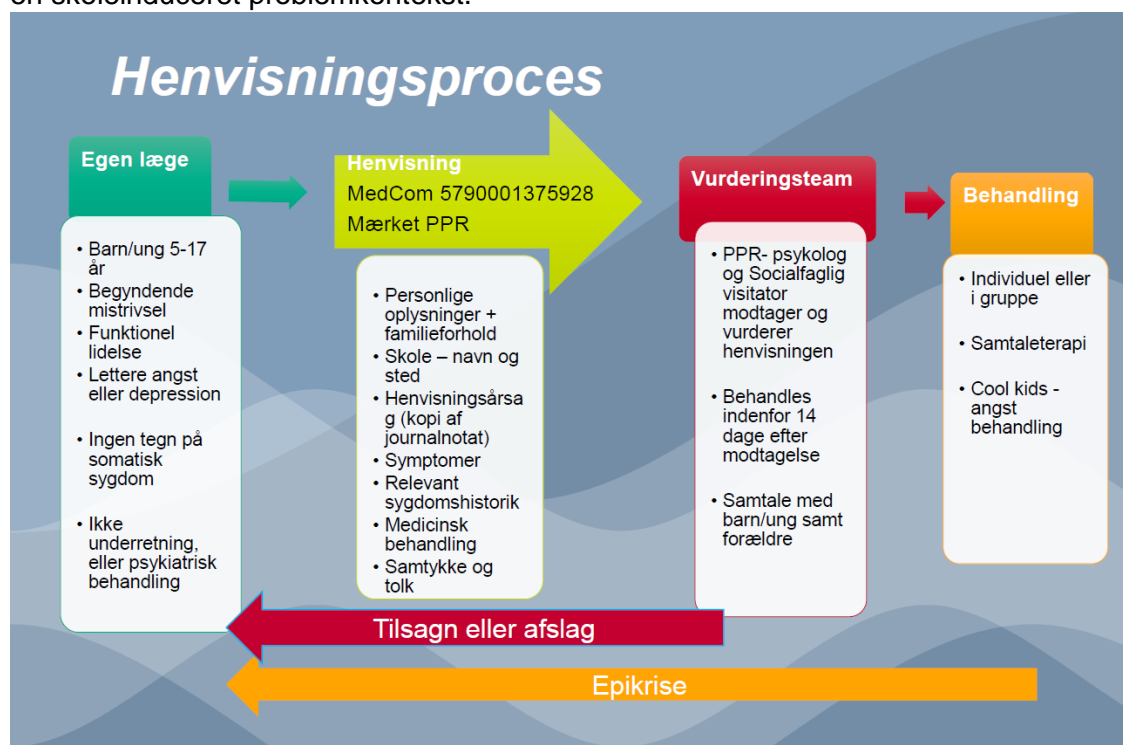
I projektets andet år blev lederen af PPR oprettet i Novax. Derfor kan PPR nu selv hente henvisninger fra almen praksis i Novax. Denne ændring og andre tilpasninger i forhold til denne del af henvisningen er foretaget i projektperioden. Fordelen ved sidste ændring er, at PPR har adgang til oplysninger om barnets forældre samt telefonnumre. Før måtte lederen af PPR google og krak'e borgerne, for at finde deres telefonnumre, fordi hun ikke selv havde adgang. Lægerne kunne glemme at indsætte oplysningerne manuelt, da systemet normalt automatisk indsætter person/kontaktoplysninger.

Vurderingsteam – bestående af psykolog og socialfaglig visitator

Etableringen af dette "team" har været en mindre indsats i projektet. Størstedelen af henvisningerne kan PPR selv vurdere, og de mindre indlysende sager har været sendt forbi en socialfaglig visitator. Endvidere har visitatoren undersøgt, om der var en aktiv sag på barnet i kommunen i forvejen, hvilket ekskluderer barnet fra målgruppen. Etikken i relation til teamets funktion har været diskuteret – primært i forhold til samtykke og underretninger. Eftersom at lægen modtager en begrundelse for afvisningen af en henvisning, fx underretning, er det lægens ansvar at underrette. Endvidere er det vigtigt for borgerne at blive informeret om, at en behandling også kan inkludere skolepsykologen, og derfor skal barn og forældre samtykke til denne behandling, som går videre til skolen.

Behandling

Behandlingstilbuddene i PPR udgøres af individuelle samtaler og gruppeterapi, fx angsttilbuddet Cool-kids. Endvidere kan PPR kontakte skolepsykologen, hvis der er tale om en skoleinduceret problemkontekst.



Metode

Projektet har udviklet sig undervejs, som det var meningen fra begyndelsen. På det overordnede plan har metoden eller fremgangsmåden således været præget af prøve-fejle tilgangen, hvor nødvendige justeringer blev foretaget løbende.

Projektorganisering

I forhold til projektets organisatoriske niveau -2, er der for at understøtte de fem modelprojekter blev der etableret en koordinationsgruppe (understøttet af administrationen i Region H), som gennem møder sørgede for videndeling og opsamling af erfaringer på tværs af modelprojekterne (7 projektledere) – bl.a. sparring om organisatorisk brugerinddragelse og tværsektoriel ledelse. Hertil kommer forskergruppen (3-5 personer) fra Aalborg Universitet og en repræsentant fra regionens patientinddragelsesudvalg (PIU). Aalborg Universitet har udført følgeforskning på projekterne og repræsentanten fra patientinddragelsesudvalget har gennemført interviews med alle projektlederne. Resultaterne foreligger i 2020.

Projektorganiseringen lokalt, på niveau 1, har været som følger:

Styregruppen, består af den kommunale lokale styregruppe for Sundhedsaftale III – dvs. kommunens Direktør for Sundhed, områdecheferne for Sundhed og Ældre, Børn, Unge og Læring samt Social Service og Familier. Hertil kommer sundhedsaftalekoordinatoren og sekretæren, som også er projektets leder. Repræsentanter fra almen praksis er inviteret med, men har ikke deltaget.

Projektgruppen - Består af tre ledelsesrepræsentanter fra henholdsvis PPR, Familieafdelingen og Sundhedsafdelingen, projektleder, to alment praktiserende læger, samt en socialfaglig visitator.

Projektleder - Projektledelsen er delt i to. Louise Simone Hansen, Sundhedskonsulent står for den primære projektledelse. Leder af PPR Linda Holck Kraul varetager den psykologfaglige del i projektledelsen.

Langt hen ad vejen er kommunikationen om hvordan og hvorledes foregået på løbende møder. Og lægernes oplevelse af henvisningsprocessen og tilbuddet følges der op på løbende og minimum 4 gange årligt til KLU-møder.

Projektperiode – ultimo 2017 til 2020

Idefase og konsolideringsfase fandt sted ultimo 2017 og primo 2018. Samarbejdsmodellen udvikles og lægerne orienteres og undervises i den nye henvisningsprocedure.

August 2018 - projektets gennemførelsesfase påbegyndes.

Evaluering ultimo 2019

Projektet fortsætter i drift foreløbigt i 2020

Økonomi

Projektet er finansieret af Halsnæs Kommunes sundhedsaftalemidler:

½ psykologstilling i PPR pr. år (psykologsamtaler) i halvandet år 2018/2019.

1 projektleder/arbejder – 1½ time ugentligt (alt projektrelateret)

Lægehonorar – (mødedeltagelse)

Egenfinansiering: Styregruppemøder med ledere og chefer. Udgifter til børn og unges deltagelse på cool-kids og Lær At Tackle angst og depression.

Rekruttering

Den primære rekruttering foregår gennem lægerne selv. Derfor blev der udarbejdet skriftligt materiale til online download samt udleveret laminerede ark til hver læge, som beskriver henvisningsprocessen, målgruppen, henvisningskriterier og lokationsnummer. I et spørgeskema til forældrene, er der spurgt om, hvem der fortalte dem om henvisningen/tilbuddet, netop for at vide om denne rekruttering var tilstrækkelig eller om andre deltog i rekrutteringen, fx skolen.

Tilbuddet blev lagt på Sundhed.dk i maj 2020, hvilket kan afstedkomme flere henvisninger, idet almen praksis bruger portalen i deres daglige arbejde.

Data

Oprindeligt var det hensigten at trække forskellige data om henvisningerne direkte i sundhedstjenestens program Novax. Men da disse data ikke må lagres, er alle registreringer foretaget i et excelark efterfølgende. Beskrivelsen af processen med at sende frem og tilbage gennem Novax udelades her, men der er bl.a. registreret; antal henvisninger, antal lægehuset der har henvist, retursvar indenfor 14 dage, alder, køn, relevans/om henvisningerne er inden for målgruppen, om lægerne modtager en epikrise, om målgruppekriterierne overholdes og ikke er underretninger, om henvisningen indeholder den information, som PPR har brug for osv. (se eventuelt succeskriterier samt resultater)

Spørgeskemaer og interview

Der er udviklet to spørgeskemaer i Survey Xact til henholdsvis børn og forældre. Kun det målrettede forældre er blevet brugt, da processen med at indhente mailadresser med videre har været for vanskeligt i et excelark. Se bilag 1

Der er også foretaget et personligt interview, udarbejdet interviewguide samt flowchart til visuel forklaring af henvisningsvejen.

Rent projektmetodisk er fremgangsmåden pragmatisk, der er gjort observationer, skrevet lidt dagbog, læst dokumentarisk osv. Alt i alt kunne det være bedre både i forhold til dataregistreringen, og formidlingen/kommunikationen til samtlige interessenter. Men der er også andre hensyn, som den daglige drift i sundhedsafdelingen, hos lægen og i PPR. Det har konsekvenser for projektindsatsen, resultaterne, og samarbejdet på både niveau 1 og 2.

Resultater

Overordnet er projektet en succes, 1) når der er etableret en ny henvisningsvej, som bliver anvendt og anerkendt og 2) når brugerne føler sig inddraget og har indflydelse på tilbuddet de deltager i. Mål 1 er langt hen ad vejen nået. Der er dog flere udfordringer når mål 2, borgerinddragelse (på tværs af sektorer) tages med i betragtningen, det gælder såvel metoderne til opnå den viden og selve resultatet – inddragelsen.

En ny henvisningsvej mellem Almen Praksis og PPR

Projektniveau 1: Med den nye henvisningsvej opspores børn og unge i mistrivsel tidligere.

PPR har modtaget 60 henvisninger fra almen praksis i perioden august 2018 til december 2019. Rekrutteringen af børn har primært været på foranledning af lægerne, det vil sige, at der ikke på anden vis er "reklameret" for en ny og hurtig henvisningsvej (se også bilag 1 spm. 1).

5 ud af 7 lægehuse har benyttet henvisningen, og en henvisning er modtaget fra en læge i Hillerød, hvor forælderen havde hørt om tilbuddet på anden vis.

Ud af de 60 henvisninger, er 57 kommet gennem systemet på korrekt vis, og tre er kommet af forkerte veje – det vil sige, som mail til PPR, henvisning til visitationen eller som kommunehenvisning. Dermed er første succeskriterie opfyldt, nemlig at lægerne anvender henvisningsvejen og sender korrespondancemeddelelsen til Sundhedsplejen.

Succeskriterie to går på målgruppen - at lægerne henviser børn/unge inden for den definerede målgruppe og at kun 40% er underretninger eller henvisninger til psykiatrien. Det fremgår af resultaterne nedenfor, at 75% er inden for målgruppen og 25% er udenfor målgruppen og derfor er afvist af forskellige grunde.

Accepteret	44	Afvist	15
Psykologsamtaler	29	Underretning	3
Skolepsykolog (tests og mobning/klasseproblematik)	8	Aktuel sag i familieafdelingen/familieindsats	3
Cool-kids gruppeforløb	6	Psykiatrisk problematik	2
Lær at Tackle angst og depression for unge (gruppeforløb)	1	Underfor målgruppen (fx skilsmisse eller specialskole)	4
		Henvisningsfejl	3

Mangler: 1

Opdelingen i disse kategorier er løbende udviklet og der er afvigelser. Eksempelvis blev der i starten modtaget en henvisning i visitationen, samtidigt med at barnet havde en psykiatrisk problematik og barnet tilhører derfor to kategorier. Som det fremgår er der 60 henvisninger, men 59 håndteringer, en henvisning er blank i arket.

Succeskriterie tre, går på om PPR modtager den information, som de har behov for, for at kunne behandle barnet/den unge. Målet var 80%, hvilket ikke blev nået i projektets første del, men i anden del. Således manglede der i starten ofte kontaktoplysninger på forældre og barn, men ikke andre oplysninger i henvisningsteksten. Dette skyldes primært systemet og arbejdsgangen hos lægerne - en korrespondancemeddelelse sendes på borgeren, og derfor behøves oplysningerne ikke beskrives i teksten. I den tid hvor lederen af sundhedsplejen håndterede henvisningerne, var det således en problematik, at der manglede kontaktoplysninger. Da lederen af PPR selv blev oprettet i systemet, var det ikke længere et problem.

Succeskriterie fire, at PPR skal sende et retursvar til lægerne indenfor 14 dage er opnået (90%). Her er deltagelsen af den socialfaglige visitator mere tydelig, idet denne kan undersøge, om et barn/ung allerede har en indsats i familieafdelingen. Den socialfaglige visitator kvalificerer også beslutningen om, hvorvidt der bør underrettes om barnet fremfor at tilbyde det terapi.

Succeskriterie fem går på, at PPR skal sende en epikrise til lægen efter endt behandling (95%). Det er tilsyneladende et urealistisk mål. Blot seks epikriser er registreret i excelarket. Men det kan have mange forklaringer, dels er det kun 29 børn, som modtager psykologsamtaler, som skal efterfølges af en epikrise. Det gælder for 6 af dem. Nogle forløb er endnu ikke slut, og kan ikke sendes endnu, nogle er ikke registreret osv. Når barnet viderehenvises til skolepsykolog foregår kommunikationen via denne, og der sendes ikke epikrise til egen læge. "Behandlingen" varetages da af skolepsykologen, som ikke sender

information tilbage til PPR efter endt forløb. Gruppeforløbene evalueres efter en anden opskrift, fx cool-kids evalueringer. Så lægerne modtager besked om, hvilken behandling barnet er tildelt, men ikke hvordan behandlingen er forløbet /resultatet. Spørgsmålet er om der skal arbejdes med formen på epikrisen, såfremt den ønskes af almen praksis.

Alt i alt er denne del af projektet en succes. De kvalitative data – drøftelser til møder, samt uformelt – viser, at parterne er enige om, at henvisningen og samarbejdet på tværs er en succes. Eftersom kommunen kan undersøge om børnene allerede er i systemet (i familieafdelingen eller skolen), er det også muligt at sandsynliggøre, at børnene er blevet opsporet tidligere end vanligt. Børnene findes ganske enkelt ikke i systemet i forvejen, omvendt er det også tolkningen, at disse børn og unge ville dukke frem på tidspunkt under alle omstændigheder. Den tidligere opsporing og behandling er en realitet.

Brugerinddragelse

Projekt mål 2/niveau 2: Som beskrevet i de seks principper for nye samarbejdsformer, skal projekterne indeholde brugerinddragelse – individuel og organisatorisk. For at sikre denne del af projektet og kvalificere henvisningsvejen, er brugerinddragelsen skrevet ind i målhierarkiet, som et delmål. Det har dog vist sig vanskeligt at inddrage de pårørende organisatorisk og den individuelle inddragelse er meget vanskelig at måle. Metode og resultat:

Organisatorisk

Der blev gennemført et interview med en forældre inden projektstart (succeskriterie 1). Umiddelbart var det vanskeligt for forældren at gennemskue det kommunale system fx forskellen på PPR, som afdeling i Social Service og Familier og skolepsykologen. Hertil kommer overgangen til almen praksis, som borgeren ikke, som sådan, ville have kontaktet i første omgang. Forældrereren var også meget tilfreds med det forløb hun og hendes barn allerede havde været igennem med skolepsykologen, som havde ageret tovholder i hele forløbet. Endvidere berattede personen, at et besøg hos lægen ofte også havde lange udsigter – altså at ventetiden ikke bliver afkortet, når man går den vej. Derudover var forældrereren meget positivt stemt over for projektet, fordi børnenes mistrivsel opleves som åbenbar. Borgeren fandt projektet meget relevant, men havde lidt svært ved at sætte sig ind i hele processen.

Det blev forsøgt at rekruttere yderligere informanter både før henvisningen blev søsat, og efter, men ingen havde lyst til at deltage.

Cirka halvvejs i projektet var der overvejelser om, at starte en form for børneråd i Halsnæs. Det kunne være relevant for indeværende projekt, et andet projekt i kommunen, men også som respons på de mange underretninger og anbringelser i Halsnæs. På trods af møder lokalt og sparing med VIBIS, blev det dog ikke til noget.

Det var den organisatoriske inddragelse specifikt for dette projekt. Derudover har der i regi af sundhedsaftalen og de fem modelprojekter været tilknyttet en patientrepræsentant til koordinationsgruppen. Denne repræsentant har fungeret som sparingspartner og har ligeledes skrevet en rapport om brugerinddragelsen, som kan læses på Region H's hjemmeside.

Individuel

Der er udviklet to spørgeskemaer, et til unge over 15 og et til forældre, med henblik på at måle, om de har følt sig inddraget. De overordnede tre temaer i skemaerne er overgangen fra egen læge til PPR (hvem fortæller om tilbuddet og er der tillid til samarbejdet), inddragelse af pårørende/børn og tilfredshed med forløbet.

Det er dog kun forældrene, som har fået tilsendt et skema. En udfordring har været at indsamle forældre og børns mailadresser og skrive dem ind i excel arket. Endvidere har der ikke været anvendt nok ressourcer på, at inddrage børn og unges oplevelser og stemmer. Den manuelle indhentning af mailadresser er måske for gammeldags og der burde måske være udviklet et slags skema til understøttelse af inddragelsesprocessen.

Spørgeskemaet er sendt ud to gange til 18 personer. Seks personer har besvaret skemaet (se bilag 1). Undersøgelsen er ikke repræsentativt på nogen måde, men kan bruges som en indikator og de åbne spørgsmål er valide.

Vedrørende succeskriterie et for den individuelle inddragelse, er det ikke muligt at måle om lægerne anvender de ni F'er i 80% af samtalerne. Det er dog et krav i deres konsultation og svarene fra spørgeskemaet, indikerer at forældrene har oplevet sig inddraget.

Succeskriterie to er ikke opfyldt – børn/unge har ikke modtaget skriftlige overblik efter hver samtale. Det tyder ikke på at denne praksis kan honoreres tidsmæssigt.

Succeskriterie tre, at de pårørende informeres om forløbet løbende/individuel, er heller ikke opfyldt. Det fremgår af spørgeskemaet at det netop, trods en høj score er på dette punkt, at forældrene gerne ville have haft mere information. Skriftligt citat fra det åbne spørgsmål i spørgeskemaet: *"Forløbet begyndte med en lang god snak - men jeg manglede en snak om mit barn og vores situation undervejs."*

Dette spørgsmål har en høj score på 8,5 hvor 10 er bedst og 0 er dårligst, men den laveste score i hele skemaet. En anden siger:

"Ville være dejligt at få en briefing på om samtalerne gik godt, altså om PPR synes alt er som det skal være, eller vi som forældre kunne forbedre noget hjemme så resultatet måske blev endnu bedre :)"

Succeskriterie fire, at der er tilfredshed med forløbet, må siges at være opfyldt i 90% af tilfældene (dem der har besvaret). En score på 9,3 med 10 som det højeste.

Generelt er tilfredsheden høj hos dem der har deltaget, men det fremgår af de åbne svar, som ikke er med i bilag 1, at man kan arbejde med nogle af processerne, især spørgsmålet om snitfladen mellem PPR og familieafdelingen (tavshedspligt og underretninger). Skriftligt citat fra det åbne spørgsmål i spørgeskemaet: *"Barnet bør informeres om muligheden for, at psykologen bryder sin tavshedspligt i forbindelse med indgivelse af indberetning til kommunen, og forælderen dermed bliver informeret om, hvad barnet har sagt under, hvad det troede var fortrolige forhold."* PPR informerer om børnenes rettigheder og psykologens pligt, men måske skal den information være endnu tydeligere.

I lyset af overstående, kunne det overvejes at udarbejde en pjeces til børn/unge, som beskriver tilbuddet. Suppleres den mundtlige information med den, kan eventuelle misforståelser om samarbejdet mellem afdelinger internt i kommunen, måske undgås.

I forhold til ovenstående interne problematik og projektets formål – er der derimod stor tryghed/tillid til samarbejdet mellem lægen og kommunen (tværsektorielt). Der scores 9,7 ud 10.

Hovedkonklusion

Projektet er en succes. Lægerne der anvender tilbuddet udtrykker tilfredshed ved muligheden for, endelig, at kunne henvise mistrivende børn til et relevant tilbud i kommunen. PPR opsporer og behandler børn og unge med tegn på mistrivsel og forebygger dermed den forværring, som også "rammer" kommunen selv. Forældrene (og formentligt børn/unge) sætter pris på samarbejdet og tilbuddet. Dog er der potentiale for bedre borgerinddragelse, både organisatorisk og individuelt.

Forankring

Projektet sluttede formelt januar 2019, som et projekt under sundhedsaftalen. Projektet er blevet fremlagt på en konference i oktober 2019, koordinationsgruppen er nedlagt, og de andre projekter er også gennemført eller videreført. I projektets lokale styregruppe er der dog enighed om, at fortsætte projektet et år ad gangen. Dels er lægerne meget tilfredse med at kunne henvise børn og unge til passende behandling, dels er kommunen stadig interesseret i at opspore og behandle de børn og unge som mistrives. Samtidigt med at projektet kører endnu et år, samles der yderligere erfaringer med målgruppen, men der udvikles også på projektet. Endvidere bør det forsøges at kommunikere tilbuddet bredere ud, så flere børn og unge kan få gavn af det.

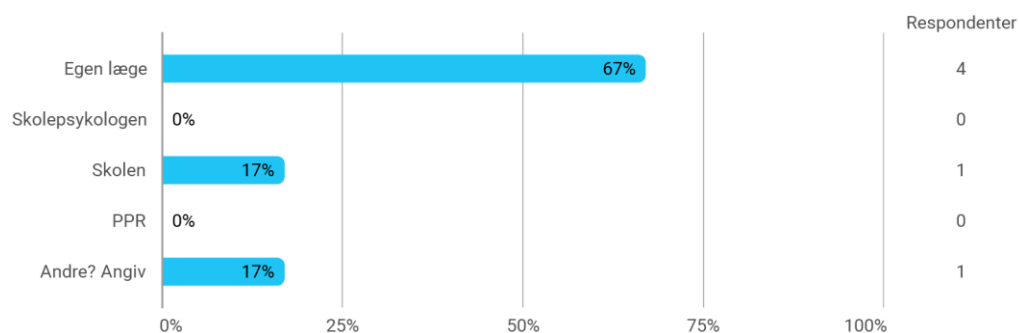
Perspektivering

Målgruppen kan udvides til børn med psykiatiske diagnoser - og samarbejdet med en tredje sektor – børn- og ungespsykiatrien - forbedres/udvikles. Dette er to sider af samme sag. Flere henvisninger til børn- og ungespsykiatrien fra praktiserende læge sendes retur til lægen. Grunden er, at PPR eller skolepsykologen skal inddrages mhp. at kvalificere og supplere med information om barnets hverdag/kontekst. Endvidere sendes der allerede nu forskellige informationer frem og tilbage mellem de tre parter og hvorfor ikke systematisere/formalisere denne kommunikation også? Set i det perspektiv, taler projektet direkte ind i "det nære sundhedsvæsen" samt de udfordringer, som synes stadig mere udbredte i børn og unges mentale helbred.

Bilag 1 – spørgeskema med svarfordelinger – eksklusiv svar på de åbne spørgsmål.

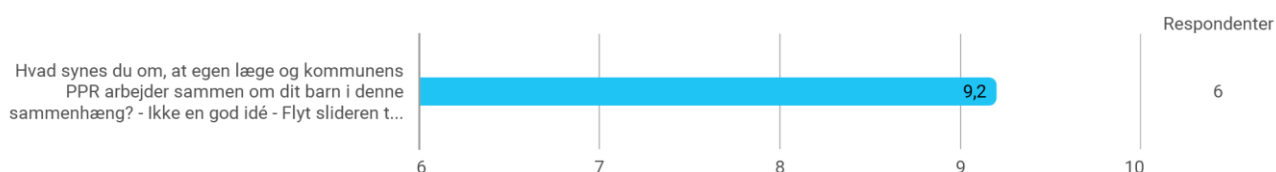
6 ud af 18 respondenter har svaret.

1. Hvem informerede dig om, at egen læge kan henvise børn og unge direkte til kommunens psykologer i PPR?



- Andre? Angiv

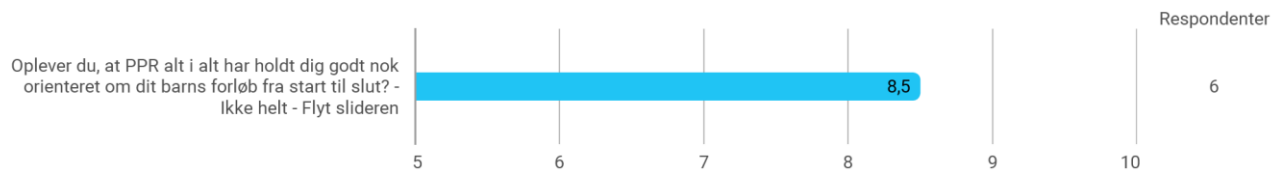
2. Hvad synes du om, at egen læge og kommunens PPR arbejder sammen om dit barn i denne sammenhæng? Flyt slideren til et sted mellem 0 og 10.
Uddyb gerne dine svar:



3. Er du tryk ved dette samarbejde?



4. Oplever du, at PPR alt i alt har holdt dig godt nok orienteret om dit barns forløb fra start til slut?



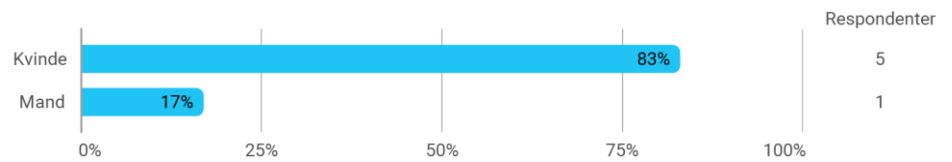
5. Hvor tilfreds er du alt i alt med dit barns forløb fra første besøg hos lægen til sidste kontakt med PPR?



Uddyb gerne dit svar:

6. Har du forslag til forbedringer? (alle respondenter har givet forslag).

Køn





PART OF
GREATER
CoPENHAGEN