

Evaluering

Afprøvning af fremskudt regional funktion i
børne- og ungdomspsykiatrien –
Sundhedsstyrelsen

April 2022

Indholdsfortegnelse

1	Introduktion	1
1.1	Baggrund	1
1.2	Formål	1
1.3	Opsummering af evalueringens hovedfund	2
1.4	Læsevejledning	6
2	Evalueringsdesign	7
2.1	Virkningsevaluering	7
2.2	Dataindsamling og materiale	8
2.3	Analysen af projekter og funktioner	8
3	Henvisninger til børne- og ungdomspsykiatrien	9
3.1	Hvad undersøges?	9
3.2	Udviklingen i henvisninger	10
3.3	Konklusioner	11
4	Forskellige typer af fremskudte funktioner	13
4.1	Identificerede typer af fremskudte funktioner	13
4.2	Fremskudt funktion 1: Faste sparringsmøder om enkeltsager i den enkelte kommune	14
4.3	Fremskudt funktion 2: Styrkede netværksmøder	20
4.4	Fremskudt funktion 3: Standardiserede indsatsforløb	24
4.5	Fremskudt funktion 4: Nyt samarbejde med almen praksis	35
4.6	Fremskudt funktion 5: Børne- og ungdomspsykiatrisk personale i frivillig forening	38
4.7	Fremskudt funktion 6: Tværsektoriel enhed med koordinationsopgave	46
4.8	Fremskudt funktion 7: Kompetenceudvikling målrettet forældre	51
5	Tværgående konklusioner	55
5.1	Resultater af indsatsen	55
5.2	Konkrete indsatser	57
5.3	Kompetencer	58
5.4	Organisering	59
6	Bilag A: Deskriptiv analyse af udviklingen i henvisninger til børne- og ungdomspsykiatrien	62
6.1	Udviklingen i henvisninger i Danmark (2018-2021)	62
6.2	Udviklingen i henvisninger i Region Nordjylland (2018-2021)	65

6.3	Udviklingen i henvisninger i Region Midtjylland (2018-2021).....	76
6.4	Udviklingen i henvisninger i Region Syddanmark (2018-2021).....	88
6.5	Udviklingen i henvisninger i Region Sjælland (2018-2021).....	98
6.6	Udviklingen i henvisninger i Region Hovedstaden (2018-2021).....	106
7	Bilag B: Kort beskrivelse af hvert satspuljeprojekt	119
7.1	Region Nordjylland: Tværfagligt Udgående Team	119
7.2	Region Midtjylland: Fremskudt psykiatri	120
7.3	Region Syddanmark	123
7.4	Region Sjælland: Bakkehuset.....	125
7.5	Region Sjælland: headspace	127
7.6	Region Hovedstaden: STIME – Styrket Tværsektoriel Indsats for Børn og Unges Mentale Sundhed	129
8	Bilag C: Anvendt metode	131
8.1	Datakilder	131
8.2	Metodiske overvejelser om indsamling og undersøgelse af henvisningsdata	133

1 Introduktion

1.1 Baggrund

Flere og flere børn og unge kæmper ifølge Sundhedsstyrelsen med psykisk sårbarhed, mentale sundhedsproblemer og psykiske lidelser. Det er satspuljepartiernes opfattelse, at der er behov for at sætte ind med en tidlig indsats til disse børn og unge med henblik på at kunne udrede og behandle dem på den mindst indgribende måde, tæt på deres nærmiljø og uden for psykiatrien. I satspuljeaftalen på sundhedsområdet for 2018-2021 er der derfor afsat midler til afprøvning af modeller for fremskudt regional psykiatri, som skal styrke den tidlige indsats for børn og unge med mistroivsel eller tegn på en psykisk lidelse såsom lette tilfælde af spiseforstyrrelser, angst, depression og selvskadende adfærd med videre.

Der har været afsat 213,5 mio. kr. til afprøvning af en fremskudt regional funktion i børne- og ungdomspsykiatrien. Puljen kunne søges af regioner, kommuner og/eller frivillige foreninger i samarbejde.

Seks projekter har modtaget midler fra puljen. Disse seks projekter er beskrevet nærmere i bilag til denne evalueringsrapport. Der blev samtidig afsat midler til en evaluering af arbejdet i de seks projekter. Det er denne evaluering, der afrapporteres med denne rapport.

Formålet med evalueringen er ifølge opgavebeskrivelsen: *"... at få viden om erfaringerne med afprøvningen af de fremskudte funktioner, herunder udfordringer og gode løsninger, for eksempel effektive samarbejdsmodeller med videre."*

Projekterne havde opstart i september/oktober 2019 og er løbet frem til udgangen af 2021. Flere projekter er dog blevet forlænget, og dele af andre er efterfølgende blevet permanentgjort. Dataindsamlingen til evalueringen er sket fra oktober 2021, og evalueringen bygger således ikke på data fra den fulde projektperiode. Samtidig er det vigtigt at påpege, at projekterne er gennemført i en periode, hvor Danmark har været ramt af pandemi (COVID-19), der har haft stor indflydelse på både sundhedssektoren i regionerne og børne- og ungeindsatser (børne- og ungeområdet, skoleområdet såvel som socialområdet) i kommunerne. Ligeledes har pandemien i høj grad påvirket udviklingen i henvisninger til børne- og ungdomspsykiatrien, og udviklingen i henvisninger i projektperioden kan således ikke antages at være et "normalbillede". Der tages højde for disse forhold i konklusionerne.

1.2 Formål

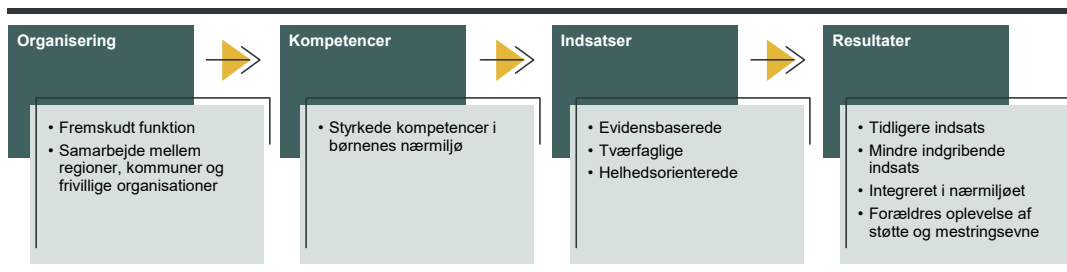
Med udgangspunkt i opgavebeskrivelsen, som gengivet ovenfor, og i dialog med Sundhedsstyrelsen har det været formålet med evalueringen og denne rapport at udarbejde et vidensgrundlag for det fortsatte arbejde med at styrke indsatsen for børn og unge med psykiske vanskeligheder.

Opgaven er operationaliseret i nedenstående konkrete undersøgelsesspørgsmål, der er blevet formuleret i dialog med Sundhedsstyrelsen på baggrund af opgavebeskrivelsen, puljevejledningen og viden fra tidligere evalueringer af tværsektorielle samarbejdsprojekter.

- 1) Kan det sandsynliggøres, at de fremskudte funktioner resulterer i:
 - a) En tidligere indsats?
 - b) En mindre indgribende indsats?
 - c) En indsats, der er integreret i børn og unges hverdagsliv?
 - d) At forældre oplever deres børns vanskeligheder afhjulpnet, og at deres egne kompetencer til at støtte deres børn øges?
- 2) Hvilke konkrete indsatser tilbydes i den fremskudte funktion?
- 3) Hvilke kompetencer udvikles gennem den fremskudte funktion og hvordan?
- 4) Hvilke former for organisering bidrager til udviklingen af kompetencer og indsatser i den fremskudte funktion?

Disse spørgsmål er baseret på en opfattelse af, at de fire elementer (resultater, indsatser, kompetencer og organisering) har en gensidig sammenhæng, hvor udviklingen i ét element påvirker de øvrige. Hypotesen er således, at projekterne ved at organisere sig anderledes (med en fremskudt funktion) kan påvirke kompetencerne i feltet og således bidrage til en styrket indsats, der giver en række positive resultater.

Figur 1: Sammenhængen mellem elementerne i undersøgelsesspørgsmålen



Da formålet med evalueringen samtidig er at uddrage læring om, hvordan der kan indføres fremskudte funktioner i praksis, er der desuden et selvstændigt fokus på implementeringserfaringer.

Endelig skal det understreges, at opgaven ikke har indeholdt undersøgelse af behandlingseffekten af fremskudte funktioner for det enkelte barn eller den enkelte unge. Flere af de undersøgte projekter har selvstændigt indsamlet data, der i nogen grad kan belyse dette, men det har ikke været en del af den samlede evalueringsopgave.

1.3 Opsummering af evalueringens hovedfund

Der har i de seks projekter været afprøvet en lang række forskellige aktiviteter. Når der kigges på tværs af de mange aktiviteter, kan der identificeres syv typer af fremskudt funktion, hvoraf seks opleves at have gode resultater. De seks fremskudte funktioner er:

- Faste sparringsmøder
- Styrkede netværksmøder
- Standardiserede indsatsforløb (herunder lettere manualbaseret behandling)
- Psykiatrien i frivillig forening
- Tværsektoriel enhed
- Kompetenceudvikling målrettet forældre.

Evalueringen giver ikke mulighed for at pege på, hvilke af disse funktioner der har de bedste resultater, da de ikke kan sammenlignes direkte med hinanden. I stedet kan der for hver af funktionerne beskrives erfaringer med organisering, kompetencer, indsats og resultater. Det kan dog fremhæves, at der i særlig grad er omfattende positive erfaringer med faste sparringsmøder og standardiserede indsatsforløb.

Der er endvidere identificeret en syvende fremskudt funktion, som dog ikke vurderes at have positive resultater. Det drejer sig om nyt samarbejde med almen praksis. Der er stor enighed om, at der er behov for et tættere samarbejde med almen praksis, men samtidig at den afprøvede funktion i dette projekt ikke i sig selv har skabt en bedre indsats for børn og unge med psykiske vanskeligheder.

Resultater

Der er ikke i den samlede evaluering defineret et enkelt resultatparameter, som alle afprøvede aktiviteter skal vurderes i forhold til. Der er heller ikke gennemført økonomiske analyser, der giver grundlag for at kunne sammenligne resultaterne med omkostninger, for på den måde at kunne pege på de mest effektive fremskudte funktioner. I stedet hviler vurderingen af de afprøvede funktioners resultater primært på kvalitative data indsamlet gennem interviews med projektmedarbejdere, projektledelse, samarbejdspartnere samt brugere og pårørende.

Den kvalitative resultatvurdering er søgt suppleret med en analyse af objektive data om henvisningspraksis. Her har det været undersøgt, om der kan etableres en mulig sammenhæng mellem projektaktiviteter og udviklingen i antallet af henvisninger til børne- og ungdomspsykiatrien og udviklingen i andelen af henvisninger fra kommuner, der afvises i børne- og ungdomspsykiatrien. Der kan i den gennemførte analyse ikke identificeres systematiske sammenhænge mellem fremskudte funktioner og udviklingen i henvisninger. Dog kan det i Region Nordjylland konstateres, at de kommuner, der har været mest aktive i forhold til de to afprøvede fremskudte funktioner (faste sparringsmøde og styrkede netværksmøder), også er de kommuner, hvor andelen af afviste henvisninger fra kommunerne er faldet mest i projektperioden. Det kan ikke uden yderligere undersøgelser konkluderes, om det netop er de fremskudte funktioner, der har medført denne udvikling.

For seks af de syv afprøvede fremskudte funktioner kan det konstateres, at de alle – dog i varierende grad – giver:

- En tidligere indsats, der opnås særligt ved tre elementer.
 - For det første gennem styrket opsporing, hvor frontlinjepersonale på almenområdet inddrages i kompetenceudvikling. Dette er der arbejdet med i langt de fleste projekter, men i særlig grad i de projekter, hvor der har været fokus på standardiserede indsatsforløb og faste sparringsmøder.
 - For det andet ved at nogle målgrupper tilbydes en indsats, som ikke tidligere har kunnet tilbydes, hvilket særligt gør sig gældende for de standardiserede indsatsforløb og kompetenceudvikling målrettet forældre.
 - For det tredje ved at der hurtigere gives den rette indsats til børn og unge med tegn på psykisk mistrivsel, hvilket særligt opnås gennem de fremskudte funktioner, hvor der er fokus på en helhedsorienteret problemforståelse og drøftelse af støttemuligheder.

- En mindre indgribende indsats, der er integreret i børn og unges hverdagsliv, der oftest er opnået gennem et fokus på en helhedsorienteret drøftelse af støttemulighederne, baseret på tværsektoriel deltagelse i disse. Særligt kan her fremhæves faste sparringsmøder og styrkede netværksmøder.

Og for særligt de standardiserede indsatsforløb, en tværsektoriel enhed og kompetenceudvikling målrettet forældre kan det endvidere konstateres, at forældrene oplever:

- Deres børns vanskeligheder afhjulpet, gennem en målrettet – men på tværs af de konkrete projekter varierende – indsats til det enkelte barn og forældre
- Deres egne kompetencer til at støtte barnet styrket, gennem målrettet støtte til forældrene enten ved specifikke tiltag til forældrene eller ved inddragelse af forældrene i standardiserede indsatsforløb
- De konstaterede positive resultater dækker over et komplekst billede, hvor det på tværs af de afprøvede typer af fremskudt funktion særligt tydeligt fremgår, at:
- De kommunale medarbejdere og medarbejdere i den regionale børne- og ungdomspsykiatri oplever et meget bedre samarbejde. Ifølge de fagprofessionelle selv kan dette bedre samarbejde føre til mere smidigt og hurtigt samarbejde, der hurtigere sikrer den rette indsats.
- Hvor der tilbydes standardiserede programmer og tydelige tovholdere eller kontaktpersoner i indsatsen, opleves dette bredt som en stor kvalitet af både forældre og fagprofessionelle. For det første fordi der er børn, unge og forældre, der tilbydes en støtte, hvor der ellers ikke ville være givet en støtte. For det andet fordi den tydelige kontaktperson letter samarbejdet om den samlede indsats for både professionelle og for forældre.

Indsats

De konkrete borgerrettede indsatslementer, der ligger i de identificerede fremskudte funktioner, dækker over et meget bredt sæt af indsatser.

Overordnet kan disse indsatser kategoriseres som enten:

- A. Nye borgerrettede indsatser, der ikke i forvejen tilbydes bredt i de fleste kommuner og regioner
- B. Indsatser, der sikrer en bedre sammenhæng i de allerede eksisterende borgerrettede indsatser

Til gruppe A kan henregnes:

- De standardiserede indsatsforløb
- Helhedsorienterede fællessektorielle indsatser
- Målrettede forældrekompetenceudviklende tiltag

Til gruppe B kan henregnes:

- Styrkede netværksmøder
- Faste sparringsmøder
- Medarbejdere fra psykiatrien i frivillig forening
- Tværsektoriel enhed med koordinationsopgave
- Samarbejde med almen praksis

Endvidere kan det på tværs af de fremskudte funktioner konstateres, at det opleves meget positivt hos både forældre og fagprofessionelle, når der er tydelighed i, hvor man kan henvendes sig ved behov for lettere behandlende indsatser, og når der er tydelighed i, hvem der tager ansvar for koordinering af den samlede indsats.

Endelig skal det – også på tværs af de fremskudte funktioner – konstateres, at muligheden for at forældre til et barn med psykiske vanskeligheder kan møde medarbejdere fra den regionale psykiatri, inden der udarbejdes en henvisning til psykiatrien, opleves meget positivt. Her er det centralt, at det både opleves som en gevinst for forældre, den regionale psykiatri og for de kommunale medarbejdere.

Kompetencer

På tværs af de identificerede fremskudte funktioner er der identificeret en række centrale pointer om, hvilke kompetencer der opleves som afgørende for en velfungerende fremskudt funktion.

- Tværgående sektorkendskab
- Tværsektoriel tillid
- Specialpsykologer i børne- og ungepsykiatrien som sparrings- og supervisionspartnere og undervisere
- Fokus på øget kendskab til psykopatologiske forhold hos det kommunale frontpersonale

Organisering

I analysen af organiseringen sættes der særligt fokus på den konkrete organisering af samarbejdet mellem sektorerne.

På tværs af de forskellige typer af fremskudt funktion ses en række forskellige måder at organisere samarbejdet på tværs af kommuner og region – og i et enkelt tilfælde mellem region og frivillig forening.

Der ses således både elementer af:

- Flersektorielt samarbejde, hvor hver sektor leverer selvstændige bidrag til en samlet indsats.
- Tværsektorielt samarbejde, hvor samarbejdet handler om etablering af en fælles og helhedsorienteret problemforståelse og eventuelt fælles forståelse af indsatsbehovet i konkrete borgerforløb.
- Fællessektorielt samarbejde, hvor sektorerne arbejder tæt sammen i selve interventionen for barnet, den unge eller familien.
- Parasektorielt samarbejde, hvor der alene leveres en brobyggende og koordinerende indsats af medarbejdere med afsæt i begge sektorer.

Det er således en selvstændig pointe, at en fremskudt funktion kan etableres på meget forskelligt organisatorisk grundlag. Der kan ikke på baggrund af denne evaluering peges på, hvilken type af samarbejde der giver det bedste resultat.

Fokuspunkter i Implementeringen

Sidst kan der også peges på en række erfaringer med implementering af de fremskudte funktioner. De mest centrale erfaringer, som der derfor bør være særlig opmærksomhed på i en eventuel fremtidig etablering af fremskudte funktioner, er som følger:

- Tværsektorielt samarbejde tager uanset form tid at etablere. Det gælder på såvel ledelses- som praksisniveau. Derfor kan resultaterne også være længe undervejs.
- Ligeværdig tværsektoriel udvikling skaber stort ejerskab og stor opbakning til de udviklede indsatser. Det kræver til gengæld tilstrækkelig tid og modigt frisættende lederskab.
- På tværs af de fem regioner er der stor variation i tolkningen af de konkrete lovgivningsmæssige rammer for regulering af samarbejdet mellem kommunale og regionale medarbejdere. Det giver meget forskellige muligheder for etablering af konkret samarbejde.
- I alle regioner efterspørges der på ledelsesniveau stærkere regulering af ansvaret for tværgående samarbejde og for lettere behandling. Det opleves, at de fremskudte funktioner med den nuværende regulering er sårbare, da både region og kommuner kan trække sig fra samarbejdet.

1.4 Læsevejledning

I det følgende afsnit gives først en kort indføring i evalueringsdesignet. Dette gøres for at give et billede af, hvordan evalueringen er blevet gennemført, og dermed baggrund for at forstå de følgende kapitler.

I kapitel 3 præsenteres hovedkonklusioner i forhold til udviklingen i henvisninger til børne- og ungdomspsykiatrien fra 2018 til oktober 2021. Her er der fokus på, i hvilken grad det kan sandsynliggøres, at udviklingen i henvisninger er påvirket af de fremskudte funktioner.

En mere uddybet gennemgang af udviklingen nationalt og i de enkelte regioner kan findes i Bilag A: Deskriptiv analyse af udviklingen i henvisninger til børne- og ungdomspsykiatrien.

Der er i evalueringen valgt at fokusere på forskellige typer af fremskudt funktion fremfor at fokusere på det enkelte gennemførte projekt, da hvert af de gennemførte projekter indeholder en stor variation i tiltag og indsatser. I kapitel 4 præsenteres de forskellige identificerede typer af fremskudt funktion. I første afsnit gives et overblik over de identificerede fremskudte funktioner, hvorefter erfaringerne med hver af de syv identificerede typer præsenteres i hver sit afsnit. Disse afsnit er struktureret efter undersøgelsesspørgsmålenes fire elementer, som præsenteret ovenfor.

I det afsluttende kapitel 5 samles op på tværs af gennemgangen af de identificerede typer af fremskudt funktion, og der gives et samlet svar på de fire undersøgelsesspørgsmål.

Det vil også sige, at de seks projekter ikke præsenteres og gennemgås som selvstændige projekter i teksten. En kortfattet præsentation af hvert af de seks projekter kan findes i Bilag B: Kort beskrivelse af hvert satspuljeprojekt

Endelig kan en præsentation af den anvendte metode findes i Bilag C: Anvendt metode.

2 Evalueringsdesign

De fire undersøgelsesspørgsmål er styrende for designet af evalueringen, og der er valgt et design baseret på virkningsevaluering. I virkningsevalueringen søges det kortlagt, hvilke årsagssammenhænge der kan forklare givne virkninger på baggrund af en indledende hypotese om disse sammenhænge.

2.1 Virkningsevaluering

Gennem en kombination af kvalitative og kvantitative data belyses virkningerne af indsatsen, og de tiltag og vilkår, der leder frem til virkningerne, beskrives. Sammenhængene mellem de forskellige vilkår, tiltag og virkninger søges sandsynliggjort gennem belysningen, uden at der kan udtrages endegyldige konklusioner om entydige årsags-virknings-sammenhænge.

Denne tilgang er valgt af primært to årsager. For det første har den store bredde i de ønskede resultater af projekterne ikke muliggjort en mere stringent resultat- eller effektevaluering. For det andet har ambitionen med evalueringen langt hen ad vejen være beskrivende mere end forklarende på grund af de gennemførte projekters meget store kompleksitet og eksplorative karakter.

I en virkningsevaluering er udgangspunktet teoridrevet, hvor en hypotetisk forestilling om sammenhængen mellem årsag og virkning ekspliciteres i en forandringsteori (teori om, hvad der skaber den ønskede forandring). Denne forandringsteori søges derefter belyst empirisk ved at indsamle og analysere data om de enkelte elementer i forandringsteorien. Gennem det analytiske arbejde søges det således at teste forandringsteorien, i forhold til hvorvidt sammenhængene kan eftervises.

Som udgangspunkt for analysen er der derfor formuleret en forandringsteori (se Figur 1. Sammenhængen mellem elementerne i undersøgelsesspørgsmålene), der baserer sig på:

- Opgavebeskrivelsen fra Sundhedsstyrelsen
- Puljevejledningen
- De seks projektbeskrivelser som formuleret i puljeansøgningerne
- Implementers erfaringer med tværsektorielt samarbejde i det offentlige

Den hypotetiske sammenhæng illustreret i forandringsteorien kan formuleres som, at organisationsformen "fremskudt funktion" giver et sæt specifikke kompetencer i børnenes nærmiljø, der muliggør en indsats, der i højere grad end i dag er evidensbaseret, tværfaglig og helhedsorienteret, som betyder, at de ønskede resultater om en tidligere, mindre indgribende indsats, der er integreret i barnets hverdagsliv, og hvor forældrene oplever sig støttet, kan opnås i højere grad end i dag. Der er et mindsket behov for anvendelse af tvangsindlæggelser.

Der skal indsamles data om hvert af disse elementer for at kunne besvare de fire undersøgelsesspørgsmål.

2.2 Dataindsamling og materiale

Konkret er der for hvert af de seks projekter udarbejdet et evalueringsdesign, der sikrer, at der indsamles data, der belyser alle de ovenfor beskrevne elementer. Grundet den meget store variation mellem projekterne er der kun i meget begrænset omfang indsamlet standardiseret tværgående data. Hovedvægten er lagt på:

- Kvalitative interviews med projektledelse, projektmedarbejdere, professionelle samarbejdspartnere og familier, der har erfaring med kontakt med indsatserne i projekterne ved projektperiodens afslutning (oktober til december 2021)
- Kvantitative data, som projekterne selv har indsamlet i projektperioden (indsendt til evaluator i oktober 2021)
- Centrale dokumenter udarbejdet som led i projekterne og projekternes egne analyser af den fremskudte funktion

Endelig er der indsamlet data for udviklingen i omfang af henvisninger og afviste henvisninger til børne- og ungdomspsykiatrien i Danmark i perioden 2018 til oktober 2021. Dette er både med til at kontekstualisere den fremskudte indsats og give et billede af væsentlige variationer på tværs i Danmark. Desuden skal det undersøges, om der kan ses en sammenhæng mellem de afprøvede fremskudte funktioner og udviklingen i henvisninger.

Den grundlæggende hypotese, der udforskes, er hypotesen om, at hvis de fremskudte funktioner lykkedes med en kvalificering af henvisningerne fra kommunerne til børne- og ungdomspsykiatrien, så bør andelen af afviste henvisninger fra de deltagende kommuner, alt andet lige, falde i projektperioden. Dette kan være en indikation på, at man gennem den fremskudte funktion er lykkedes med at iværksætte en mindre indgribende indsats frem for at henvise til den mere indgribende indsats i børne- og ungdomspsykiatrien.

2.3 Analysen af projekter og funktioner

For at sikre et tværgående fokus, hvor der udrages generel læring på tværs af de gennemførte projekter, gennemføres der en komparativ analyse på baggrund af de indsamlede data. Hvert af de seks projekter indeholder en række forskellige tiltag og indsatser. Nogle elementer ligner hinanden på tværs af flere projekter, hvor andre elementer kun afprøves i et enkelt projekt.

For at identificere de forskellige standardiserbare muligheder, regioner og kommuner har for at tilbyde en fremskudt funktion, sammenlignes tiltag og indsatser i de seks projekter. Således identificeres en række forskellige typer af fremskudt funktion. Hvert projekt kan således indeholde flere forskellige typer af fremskudt funktion. Det er erfaringerne med disse forskellige typer af fremskudt funktion, der præsenteres og forholdes til den generelle forandringsteori.

Vurderingen af i hvilken grad og hvordan de fremskudte funktioner har ført til de ønskede resultater baserer sig således på en tværgående analyse af funktioner snarere end på selvstændige analyser af de enkelte projekter.

3 Henvisninger til børne- og ungdomspsykiatrien

3.1 Hvad undersøges?

Med satspuljeprojektet er der en ambition om en tidligere indsats forankret i børn og unges hverdagsmiljø. Dette ville eventuelt kunne føre til et mindsket behov for indsatser i den regionale børne- og ungdomspsykiatri, samt at de børn med behov for en mere indgribende indsats opspores tidligt og rettidigt. Tanken er, at en tidlig kommunal indsats i nogle tilfælde bidrager til, at vanskelighederne ikke vokser sig så store, at der er behov for meget højt specialiseret støtte. Et mindsket behov for en specialiseret psykiatrisk behandling ville kunne ses som et mindsket antal henvisninger til børne- og ungdomspsykiatrien.

En sådan udvikling ville samtidig betyde, at indsatsen for børn og unge med psykiske vanskeligheder, alt andet lige, ville være mindre indgribende, som ligeledes er en af de eksplicite ambitioner med de gennemførte projekter.

Samtidig vil en styrket opsporing af børn og unge med behov for en mere specialiseret støtte i kommunalt regi betyde, at der vil være flere relevante henvisninger til børne- og ungdomspsykiatrien på et lavere alderstrin. Det vil sige, at børn og unge med behov for mere specialiseret hjælp får den tidligere.

Der har også i de gennemførte projekter været en ambition om at få ”bedre” henvisninger til børne- og ungdomspsykiatrien. Dette vil i praksis sige en udvikling, hvor der er færre henvisninger, der bliver afvist, fordi de beskrevne problemstillinger ikke er relevante for den regionale børne- og ungdomspsykiatri, fordi problemstillingerne ikke er beskrevet tilstrækkeligt, eller fordi der ikke i tilstrækkelig grad er afprøvet andre tiltag inden henvisning.

For at undersøge om – og i hvilken grad – det kan påvises, at de fremskudte funktioner påvirker tilgangen til børne- og ungdomspsykiatrien, er der indhentet data om henvisninger til børne- og ungdomspsykiatrien i hele landet. Der er indhentet data fra 2018 (året før projekterne iværksattes) og til oktober 2021. Med udgangspunkt i dette data undersøges det, hvordan antallet af henvisninger af børn og unge bosat i projektkommuner har udviklet sig i projektperioden sammenlignet med udviklingen i øvrige kommuner. Da det ikke kan antages, at der har været et ensartet aktivitetsniveau i alle projektkommuner (særligt ikke i de regioner, hvor alle kommuner har deltaget), er der lavet sammenligning både med de kommuner, der formelt er en del af projekterne, og sammenligning med de kommuner, der har haft mest projektaktivitet.

Jævnfør ambitionen om flere relevante henvisninger undersøges det, om andelen af afviste henvisninger af børn og unge bosat i projektkommuner er faldet i projektperioden sammenlignet med andelen i øvrige kommuner.

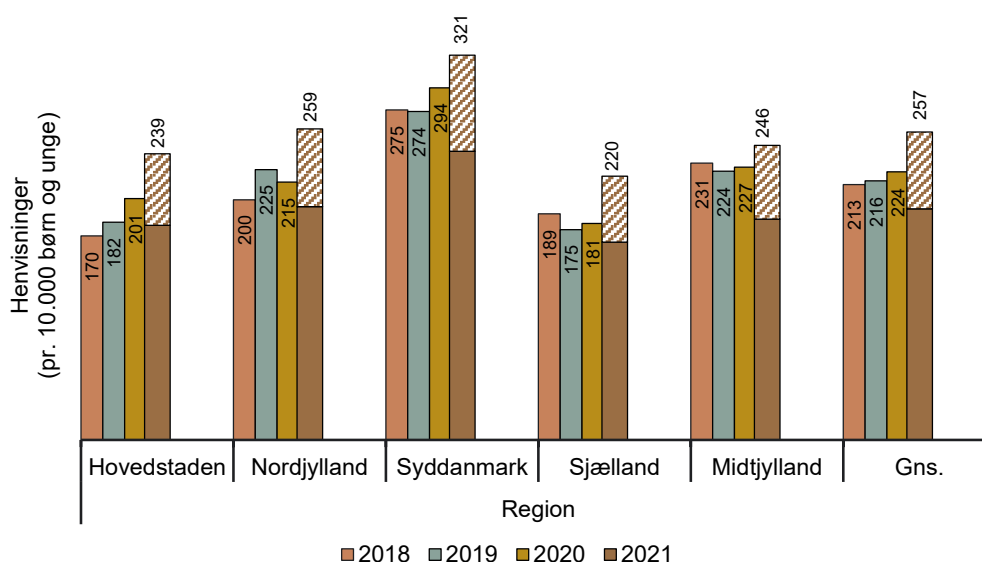
For at lede efter sammenhænge, der hvor der er størst sandsynlighed for at finde disse, fokuseres der særligt på henvisninger fra kommuner og på andelen af afviste henvisninger fra kommunerne. På baggrund af erfaringerne fra de gennemførte projekter kan det ikke forventes, at henvisninger fra praktiserende læger er påvirket af projekterne.

3.2 Udviklingen i henvisninger

Samlet set kan det konkluderes, at antallet af henvisninger til børne- og ungdomspsykiatrien i Danmark har været stigende fra 2018 til 2021. Denne tendens ses for alle regioner, men med store variationer i udvikling hen over de fire år.

I figuren nedenfor er udviklingen illustreret set i forhold til antal henvisninger per 10.000 børn og unge i hver region for at tage højde for forskellen i befolkningsstørrelse. I 2021 er der kun indsamlet data for årets første ni måneder. Der er derfor tilføjet en fremskrivning øverst på søjlen for 2021 for at give et bedre sammenligningsgrundlag til de tidligere år.

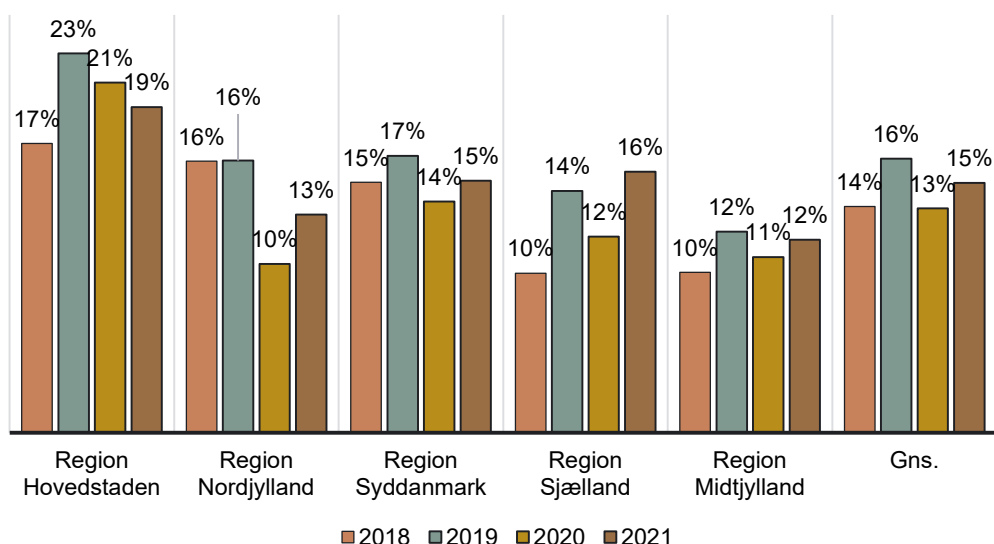
Figur 2: Udvikling i antal henvisninger fordelt på regioner



Note: Da vi kun har data til og med september måned i 2021, har vi estimeret det totale antal henvisninger i 2021 ved at gange antallet af henvisninger fra januar til september med (12/9) for bedre at kunne sammenligne niveauet i 2021 med de øvrige år. Det lyse område i søjlen for 2021 markerer de fremskrevne værdier. Sammenlignet med tidligere år, så er der en tendens til, at der kommer et relativt højere antal henvisninger i de sidste tre måneder af året end i de første ni. Fremskrivningen kan derfor betragtes som relativt konservativ.

Andelen af henvisninger, som bliver afvist, ligger for alle regionerne på gennemsnitligt 30% i perioden og er faldet en smule gennem perioden i alle regionerne undtagen Region Syddanmark, hvor der ses en lille stigning i andelen af henvisninger, som bliver afvist.

Ses der specifikt på andelen af henvisninger fra kommunen, som bliver afvist, fremgår det, at der her er stor variation på tværs af de fem regioner. Samtidig ses det, at der fra 2018 til 2021 er en mindre stigning eller stagnation for Region Hovedstaden, Region Midtjylland og Region Syddanmark, mens der for Region Sjælland er tale om en markant stigning. I Region Nordjylland ses der som den eneste region et fald i andelen af afviste henvisninger.

Figur 3: Andelen af henvisninger fra kommunen, som bliver afvis

Når udviklingen i henvisninger sammenholdes med kommunernes aktivitetsniveau, kan der zoomes ind på udviklingen i netop de kommuner, hvor der er størst sandsynlighed for en synlig påvirkning af udviklingen i henvisninger.

I Region Nordjylland ses det, at faldet i andelen af afviste henvisninger fra kommunerne netop er størst i de kommuner, der har haft den største grad af projektaktivitet. Dette kan indikere, at der kan være en sammenhæng mellem aktiviteterne indført med projektet og en udvikling i retning af "bedre" henvisninger. Resultatet skal dog tolkes med forbehold, da der også i Region Nordjylland har været en praksis, hvor sager, der har været drøftet i de tværsektorielle fora, ikke afvises i psykiatrien.

Der kan ikke på baggrund af det tilgængelige data ses en systematisk forskel i udviklingen i henvisninger i projektkommuner kontra øvrige kommuner i de øvrige regioner. Ligeledes kan der ikke identificeres en systematisk forskel i udviklingen mellem kommuner med højt projektaktivitetsniveau sammenlignet med kommuner med lavt projektaktivitetsniveau i de øvrige regioner.

3.3 Konklusioner

Fra baselineåret 2018 og til indsamling af data i oktober 2021 har der selvfølgelig været en lang række andre faktorer end de fremskudte faktorer, der har påvirket udviklingen i henvisninger til børne- og ungdomspsykiatrien i Danmark. Herunder skal nogle af de vigtigste øvrige faktorer nævnes:

- Udvikling i forekomsten af psykiske vanskeligheder i befolkningen
- COVID-19
- Evt. ændret visitationspraksis i den regionale børne- og ungdomspsykiatri

Disse faktorerers påvirkning er ikke undersøgt som led i evalueringen, og der er således ikke taget højde for disse i analysen.

Samtidig kan projektaktiviteterne i de seks projekter forventes at påvirke udviklingen i henvisninger på flere måder, og således påvirke udviklingen i henvisninger i flere retninger. Således kan projekterne også have påvirket udviklingen i henvisninger (ud over de ovenfor i afsnit 3.1 beskrevne formodede direkte påvirkninger) ved nedenstående forhold.

- Øget opmærksomhed på opsporing blandt frontpersonale (både som følge af projektet og andre som følge af anden udvikling). Særligt dette punkt er væsentligt, da det kan pege i retning af, at flere børn og unge henvises til børne- og ungdomspsykiatrien, da der identificeres flere børn og unge med behov for dette.
- Aftaler om lettere adgang efter tværsektorielle drøftelser af konkrete sager. Som led i nogle af de gennemførte projekter om fremskudt funktion er der indgået aftaler om, at henvisninger fra kommuner til børne- og ungdomspsykiatrien vurderes mere positivt, hvis de har været drøftet i formelle tværsektorielle fora, inden henvisningen er udarbejdet. Også dette kan pege i retning af flere henvisninger.

Der er således en række ikke kvantificerede forhold, der kan påvirke udviklingen i henvisninger, og derfor skal den fundne udvikling tolkes med stor forsigtighed. Det kan således ikke konkluderes, om der er sammenhæng mellem indførelse af fremskudt funktion og udviklingen i henvisninger. Det kan dog på baggrund af det tilgængelige data konkluderes, at de afprøvede fremskudte funktioner ikke i sig selv har påvirket udviklingen i en så høj grad, at dette kan ses i antallet af henvisninger og andelen af afviste henvisninger.

Undtagelsen er udviklingen i Region Nordjylland, hvor der ses det største fald i andelen af afviste henvisninger til børne- og ungdomspsykiatrien i netop de kommuner der (i forhold til indbyggertallet) har anvendt tværsektorielle sparringsfora og netværksmøder mest. Dette kan indikere, at de fremskudte funktioner i Region Nordjylland har en mulig positiv påvirkning på henvisningerne til børne- og ungdomspsykiatrien.

4 Forskellige typer af fremskudte funktioner

4.1 Identificerede typer af fremskudte funktioner

På tværs af de seks projekter er der identificeret en række forskellige typer af fremskudte funktioner, der er afprøvet i forbindelse med de enkelte projekter.

Der er i alt identificeret syv typer af fremskudte funktioner, hvoraf enkelte udelukkende bliver afprøvet i et enkelt projekt, mens andre går på tværs af flere projekter.

Nedenfor vises et overblik over, i hvilke regioner de forskellige typer af fremskudte funktioner er afprøvet. Erfaringerne med de forskellige typer af fremskudte funktioner præsenteres i det følgende.

		REGION					
		Hovedstaden	Sjælland	Sjælland	Syddanmark	Midtjylland	Nordjylland
		STIME	Bakkehuset	Head-space	Afprøvning af fremskudt funktion	Fremskudt psykiatri	TUT
FREMSKUDT	Funktion 1	Faste sparringsmøder			✗	✗	✗
	Funktion 2	Styrkede netværksmøder			✗		✗
	Funktion 3	Standardiserede indsatsforløb	✗			✗	
	Funktion 4	Henvielse fra almen praksis			(✗)	✗	(✗)
	Funktion 5	Psykiatrien i frivillig forening			✗		
	Funktion 6	Tværasektoriel enhed		✗			
	Funktion 7	Kompetenceudvikling målrettet forældre	✗			✗	

På tværs af næsten alle projekterne har der været fokus på generel opkvalificering af kommunalt personale, og der peges entydigt på, at dette er gode initiativer, der er med til at sikre en bedre gensidig forståelse af vilkårene og opgaverne i de to sektorer uden behov for en anden organisering. Der indgår ligeledes et element af kompetenceudvikling i flere af de fremskudte funktioner – dette vil blive præsenteret i gennemgangen af de enkelte funktioner.

I afsnittene nedenfor præsenteres således erfaringerne med hver af de syv forskellige typer af fremskudt funktion. Der er meget stor variation i, hvor omfattende erfaringer der er med de forskellige typer af fremskudt funktion, hvorfor de enkelte afsnit er af meget varierende omfang.

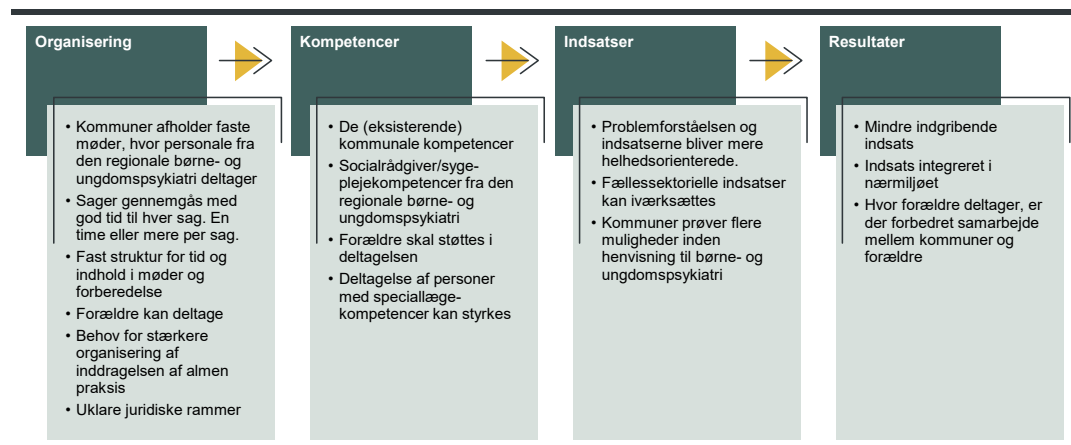
I hvert afsnit beskrives den specifikke type af fremskudt funktions resultater, indsats, kompetencer og organisering. I afsnittene om resultater gennemgås de fire ønskede resultater og der suppleres med yderligere resultater i det omfang disse vurderes generelt relevante. Ligeledes fremhæves vigtige erfaringer med implementering af den pågældende type af fremskudt funktion.

4.2 Fremskudt funktion 1: Faste sparringsmøder om enkeltsager i den enkelte kommune

Der arbejdes med fremskudt funktion som faste tværsektorielle sparringsmøder om enkeltsager i kommunerne i Region Nordjylland, Region Midtjylland og Region Syddanmark. Denne type af fremskudt funktion er der således meget bred erfaring med, og konklusionerne hviler dermed på et solidt grundlag.

Opsummerende er der gode erfaringer med en fremskudt funktion, der indeholder elementerne i nedenstående figur, hvor også de største udfordringer er nævnt.

Figur 4: Faste sparringsmøder opsummeret



4.2.1 Resultater

En tidligere indsats

En fælles vurdering på tværs af afprøvningen af sparringsmøder om enkeltsager er, at møderne i høj grad fører til en tidligere indsats. I sager, hvor indsatsen varetages i kommunen, er det oplevelsen, at man hurtigere får en afklaring på, hvad der vil være den rette indsats i forhold til at afhjælpe konkrete udfordringer med mistrivsel i de sager, der drøftes på sparringsmøderne. Det er samtidig de professionelle deltagere på sparringsmødernes vurdering, at mange af sagerne kunne have udviklet sig til at være mere behandlingskrævende, hvis der ikke havde været en tværsektoriel drøftelse om indsatsen for barnet eller den unge.

I de sager, hvor det vurderes, at der er behov for behandling i psykiatrien, er vurderingen ligeledes, at sparringsmøderne har en positiv effekt. Det er oplevelsen på tværs, at sparringsmøderne er med til at kvalificere og højne kvaliteten af henvisningerne, når dette er aktuelt, hvorfor det også betyder, at færre henvisninger afvises.

Dog skal det også fremhæves, at de faste sparringsmøder ikke i sig selv fører til tidligere opsporing. Dette betyder, at den tidligere indsats snarere er en tidligere relevant indsats, end en tidligere indsats i sig selv.

En mindre indgribende indsats

En mindre indgribende indsats antages – på tværs af alle typer af fremskudt funktion – at kunne opnås ved forebyggelse af behov for henvisning til børne- og ungdomspsykiatrien, for de børn og unge, hvor dette er muligt. Behovet for henvisning kan i nogle tilfælde forebygges ved at sætte tidligt ind med lettere behandling, støtte og vejledning.

I alle tre projekter er det vurderingen, at man for mange børn og unges vedkommende vil opleve en mindre indgribende indsats, fordi man igennem det tværsektorielle samarbejde kvalificerer vurderingen af barnets udfordringer og behov, hvilket giver bedre mulighed for at tilrettelægge en målrettet, men mindre indgribende indsats udenfor psykiatrien.

En kommunal medarbejder tilknyttet projektet i Region Midtjylland fortæller, at netop muligheden for sparring fra den regionale psykiatri, betyder, at man i den kommunale indsats har turde prøve flere muligheder af, inden man har henvist til børne- og ungdomspsykiatrien: *"Hele den struktur, der har været i samarbejdet, har været medvirkende til, at det har været meget nemmere, vi har været meget mere trygge i at kunne håndtere sværere cases med psykiatrien i ryggen"*.

Samtidig er det vurderingen, at det ikke nødvendigvis vil føre til færre henvisninger, fordi der både vil blive tilbudt kommunale alternativer til unge, der tidligere ville være blevet henvist til behandling, samtidig med at der vil blive opdaget flere med behov for behandling på et tidligere tidspunkt, som ikke tidligere ville være blevet henvist.

En indsats, der er integreret i børn og unges hverdagsliv

Det fremgår tydeligt af de gennemførte interviews, at den helhedsorienterede tilgang og en bredere involvering af flere aktører er med til at sikre en større grad af integration igennem et blik for, hvordan man kan støtte op om barnet/den unge i hverdagsmiljøet.

At forældre oplever deres børns vanskeligheder afhjulpet, og at deres egne kompetencer til at støtte deres børn øges

I Region Syddanmark er forældrene inviteret med til de tværsektorielle sparringsmøder om enkeltsager. Her fremhæves det, at et væsentligt element i forhold til at lykkes med at afdække, hvad der vil være den rigtige vej at gå i forhold til et barn eller ungt menneskes mistrivsel, er, at forældrene er involveret og oplever gennemsigtighed, i forhold til med hvilket sigte en given indsats sættes i gang.

De forældre, der er interviewet i forbindelse med evalueringen, sætter på den ene side pris på at sidde med ved bordet, samtidig med at flere italesætter, at det kan være en ganske overvældende oplevelse, hvorfor det er vigtigt, at man som forældre er forberedt på indhold og formål samt har talt mødet igennem inden med en fagprofessionel, man kender og er tryk ved.

Fle forældre peger samtidig på forskellige forhold, der har haft betydning for, hvordan deres børn er blevet hjulpet, hvoraf et vigtigt parameter er oplevelsen af at blive lyttet til som en vigtig og vidende aktør i barnets liv. Dette understøttes også af de fagprofessionelle i kommunerne, der fortæller, at de fra tilbagemeldinger fra forældrene

kan se, at de har følt, at de er blevet lyttet til, og det har været rart at kunne byde ind. Netop dette perspektiv fremhæves som vigtigt, for at undgå at man som fagperson kommer til at låse sig fast på én bestemt vinkel på barnet eller den unges sag.

Bedre tværsektorielt samarbejde

Der er på tværs alle tre projekter og både kommunale og regionale repræsentanter enighed om, at en væsentlig effekt af sparringsmøderne på enkeltsagsniveau er et generelt bedre tværsektorielt samarbejde – og en større tværsektoriel forståelse. Når parterne mødes om sager, hvor det ikke på forhånd er givet, hvad udfaldet vil være, og indgangen til drøftelsen er at sikre en tidligere og mere helhedsorienteret indsats til den enkelte, er det oplevelsen, at samarbejdet bliver mere ligeværdigt, ligesom der bliver gået mere åbent og nysgerrigt til drøftelserne, end når samarbejdet primært har været skriftlig i form af blandt andet henvisninger.

Det tværsektorielle samarbejde i sparringsmøderne har samtidig både styrket de regionale medarbejders forståelse for vilkårene for arbejdet i kommunerne, ligesom det har givet de kommunale medarbejdere en større forståelse for målgruppen for behandling i psykiatrien. Flere fremhæver i forlængelse af dette, at sparringsformen har været med til at eliminere nogle af de forskelle mellem kommuner og regioner, der tidligere har fyldt i samarbejdet. En af deltagerne fra Region Nordjylland italesætter forskellen på det nuværende og det tidligere samarbejde som følger: "Det er blevet mindre envejskommunikation, hvor psykiatrien har dagsordenen og uddeler opgaver. Der er nu mere reflekterende samtale om, hvordan vi kan hjælpe hinanden videre. Nu opbygges der gensidig forståelse og tillid."

De faste møder har samtidig flere steder åbnet op for, at kommunerne også løbende, ved mere akut behov for sparring, kontakter de regionale medarbejdere og får sparring over telefon.

4.2.2 Indsats og kompetencer

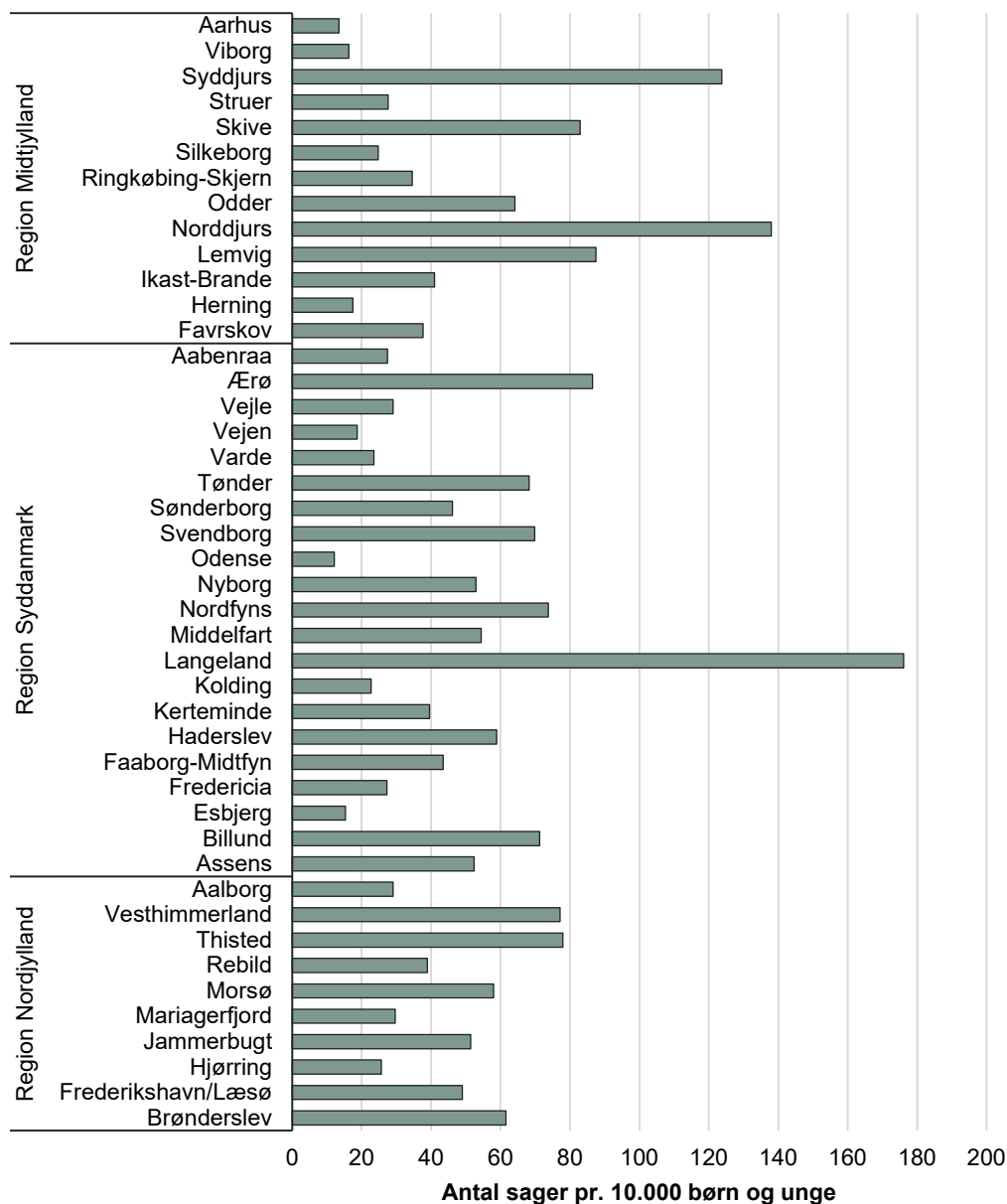
Sparringsmødernes formål og form

Det overordnede mål med de tværsektorielle sparringsmøder på enkeltsager er at bringe psykiatri og kommune tættere sammen i drøftelsen af sager om mistriksel, hvor der er usikkerhed i forhold til såvel bekymringsniveau som rette indsats.

Sparringsmøderne fungerer som udgangspunkt som et gensidigt mødeforum, hvor kommunen kan bringe sager med, som de har udfordringer med, og psykiatrien kan bringe sager ind, som vurderes ikke at høre til i psykiatrien. Møderne holdes i kommunen for at være tæt på barnet og familiens nærmiljø. Formålet med sparringsmøderne er i kraft af den tværsektorielle deltagelse helt overordnet at få identificeret og handlet på barnet eller den unges udfordringer og psykiske mistriksel, inden disse udvikler sig til en mere indgribende problematik. Målet er samtidig at sikre en bedre koordinering på tværs, herunder at understøtte sammenhængende forløb og bedre overgange mellem indsatser, når der iværksættes støtte. I flere kommuner arbejdes der således også med opfølgning på igangværende sager på sparringsmøderne.

Der er i projektperioden frem til oktober 2021 blevet drøftet ca. 2000 sager på de faste sparringsmøder. Aktiviteten har været meget varierende på tværs af de deltagende kommuner. Herunder viser figuren hvor mange sager, der er blevet drøftet i hver kommune set i forhold til hvor mange børn og unge, der er i kommunen. Den relativt store variation kan blandt andet forklares med, at ikke alle skoledistrikter/områder har deltaget i projektet i alle kommuner.

Figur 5: Antal sager drøftet på sparringsmøder relativt til antallet af børn og unge



Målgruppen er som udgangspunkt bred i forhold til alle typer af psykisk mistrivsel på tværs af regioner og kommuner. Dog har man valgt i Region Midtjylland at skærpe målgruppen, og sparringsmøderne er således forbeholdt sager, hvor der er en problematik relateret til henholdsvis depression, angst eller skolevægring.

På tværs af projekter kommer sager til dagsordenen i overvejende grad fra kommunerne og i mindre grad fra psykiatrien. I Region Nordjylland og Region Syddanmark kan sagerne også komme fra almen praksis, men gør det i meget begrænset omfang.

Det er oplevelsen fra flere af de regionale medarbejdere, at der er forskel på sparringsbehovet kommunerne imellem, alt efter den enkelte kommunes organisering og størrelse, samt hvor tæt man i forvejen arbejder sammen på tværs af områder i kommunen. Således opleves der et større antal sager samt tidsforbrug på drøftelse af sager i de kommuner, hvor man i mindre grad arbejder tværfagligt sammen i forvejen.

På tværs af kommunerne er der afsat mellem 45 minutter og halvanden time per sag, og det er oplevelsen i de kommuner, hvor der er afsat mindst tid, at det er vanskeligt at nå hele vejen rundt i de mere komplekse sager.

Fælles på tværs af alle tre projekter fremhæves det, at mødernes succes afhænger af, at der er en fast ramme og struktur for møderne, herunder dagsorden og mødeledelse, at der er udarbejdet en struktureret præsentation af sagen til deltagernes forberedelse, samt at der er en fast ramme for aftaler og opfølgning på baggrund af mødet.

Sparringsmøderne skaber helhedsorientering

Det er erfaringen på tværs af projekter, at de tværfaglige drøftelser i praksis kan medføre, at man igennem den helhedsorienterede og tværsektorielle drøftelse får øje på relevante indsats, der ikke nødvendigvis ville være sat i gang uden den gensidige sparring. Herunder også løsninger, der falder udenfor det indsatskatalog, som den enkelte kommune normalt trækker på.

Den indsats, der igangsættes på baggrund af møderne, er således ikke i sig selv nødvendigvis mere tværfaglig eller helhedsorienteret, men vil hvile på en problemforståelse og en drøftelse af mulige indsats, der er både tværfaglig og tværsektoriel, og dermed helhedsorienteret.

I Region Syddanmark har man samtidig indarbejdet en mulighed for, at de regionale medarbejdere, som følger af de aftaler, der træffes på sparringsmøderne, kan tilbyde kortere samtaleforløb i sagen, indtil videre forløb og indsats er afklaret. Dette opleves meningsfuldt og værdiskabende både for kommunerne, men i høj grad også for de familier, der er interviewet.

Endelig arbejder man i Region Syddanmark også med, at der kan iværksættes egentlig fællessektoriel støtte og vejledning på baggrund af de tværsektorielle sparringsmøder. Her kan kommunale medarbejdere og regionale medarbejdere for eksempel sammen tilbyde vejledning til konkrete lærerteam på en given skole i forhold til indsatsen for et konkret barn. Denne mulighed har også været ønsket i de to øvrige regioner, men man har ikke her fundet det juridisk muligt at gennemføre en sådan indsats.

Deltagelse og kompetencer

Der er på tværs variation i kommunerne, i forhold til hvordan sparringsmøderne bemandes, samt hvorvidt der er beslutningskompetence med til mødet. I nogle kommuner arbejdes der med en fast smal bemanning med PPR og en familierådgiver, i andre kommuner inviteres der bredere ind i forhold til aktive eller potentielt relevante aktører i sagen. Udgangspunktet – og fælles for alle sparringsmøderne – er, at medarbejdere ansat i den regionale børne- og ungdomspsykiatri inddrages i sparring om problemforståelsen, hvilket, ifølge de kommunale medarbejdere, er med til i høj grad at kvalificere indsatsen til det enkelte barn eller unge menneske. Flere af de regionale medarbejdere peger dog på, at effekten af møderne er størst, hvis der som minimum deltager PPR-psykologer og myndighedsrådgivere i møderne.

Der er samtidig tværkommunale forskelle i, hvor meget beslutningskompetence der sidder med ved bordet, hvilket der opleves både fordele og ulemper ved. Således fremhæves det, at med beslutningskompetence ved bordet er der kortere vej fra drøftelse til indsats, imens andre fremhæver, at det giver mere plads til fordybelse i sagen, når fokus ikke med det samme peger i retning af en afgørelse.

Deltagerne fra den regionale psykiatri kan ikke tage konkret stilling til en henvisning til børne- og ungdomspsykiatrien i forbindelse med sparringsmøderne. En henvisning skal således stadig indgives til den centrale visitation i psykiatrien.

Generelt er det tilbagemeldingen, at det vigtigste i forhold til kompetencesammensætning i sparringsmøderne er, at deltagerne tilsammen repræsenterer en bred viden og erfaring i forhold til muligheder og rammer indenfor de forskellige sektorer. Dette understreges med erfaringer for, at hvis sparringsmøderne bemandes med mindre erfarne medarbejdere eller medarbejdere med en smal specialisering fra såvel kommune som psykiatri, så kan det kræve en del sparring og supervision af disse medarbejdere ved siden af møderne i egen sektor for at klæde dem på til rollen. Flere af de fagprofessionelle deltagere i sparringsmøderne har peget på, at det kunne styrke effekten af sparringsmøderne yderligere, hvis det var muligt at involvere relevante speciallægekompetencer i møderne.

I Region Syddanmark deltager forældrene også i sparringsmøderne, hvilket opleves meningsfuldt for såvel forældre som professionelle i forhold til at sikre gennemsigtighed, helhedsorientering og involvering af forældrenes perspektiv i sagen. Der er sket en gradvis udvikling i forældredeltagelse igennem forløbet, således at der ved projektets afslutning er tale om forældredeltagelse ved alle møder. Også dette var ønsket i andre projekter, men blev ikke fundet muligt inden for de juridiske rammer.

4.2.3 Organisering

Klare roller og fast struktur for samarbejdet

Der er i alle projekter en tydelig rollefordeling, hvor det er kommunernes ansvar at forberede og afholde møderne, og den regionale børne- og ungdomspsykiatris opgave at være til stede med så vidt muligt fast tilknyttet personale.

I nogle kommuner kan almen praksis bringe sager ind til sparringsmøderne og deltage i møderne – og de steder, hvor man er lykkedes med at involvere almenpraksis i sparringsmøderne, opleves det som meningsfuldt. Der er dog meget stor variation i hvordan dette er grebet an, og det kan generelt konkluderes, at der bør være en stærkere organisering af inddragelsen af almen praksis.

Det er i projekterne oplevelsen, at man, modsat tidligere forsøg på at gennemføre struktureret sparring mellem kommuner og regional psykiatri, er lykkedes med sparringsmøderne, fordi de faste sparringsmøder er skemalagte og tilbagevendende på månedsbasis. Samtidig er det vurderingen, at den udgående funktion, hvor psykiatrien kommer til kommunen – og ikke omvendt, har haft en gavnlig effekt i forhold til at muligheden for sparring anvendes.

4.2.4 Implementering

Som det vigtigste punkt i forhold til implementering står de juridiske rammer for indsatsen, som tolkes meget forskelligt på tværs af de tre regioner, der har arbejdet med faste sparringsmøder. De forskellige juridiske vurderinger af helt ens forhold tyder på et behov for, at reglerne på disse punkter tydeliggøres. Det handler specifikt om regler for forældres deltagelse i tværsektorielle drøftelser og om reglerne for integreret tværsektoriel indsats (fællessektoriel indsats).

I implementeringen af de faste sparringsmøder fremhæves det, at det kræver en intern kommunikationsindsats i den enkelte kommune at gøre opmærksom på muligheden for tværsektoriel sparring. Muligheden bør udredes til alle relevante parter i kommunen såsom PPR, Børne- og Familieafsnittet, sundhedsplejen, skole og dagtilbud.

Det er således også erfaringen både blandt de regionale og de kommunale medarbejdere, at det er afgørende, at der i kommunen er en tydelig og aktiv tovholder, der tager ansvar for de tværgående sparringsmøder, samt at man bliver klædt på til rollen som mødeleder.

I projekterne fremhæves det fælles ejerskab til projektet, hvilket opleves at have haft stor betydning for samarbejdet og engagementet i forhold til at lykkes. I forlængelse af dette udtrykkes der også bekymring for balancen i samarbejdet, når projektperioden ophører. Her vil det være regionerne, der sidder med omkostningerne til at sikre den regionale deltagelse i sparringsmøderne. Bekymringen går på, om regionen kan opretholde finansieringen, når der samtidig er pres på både behandlingskapacitet og personaleressourcer.

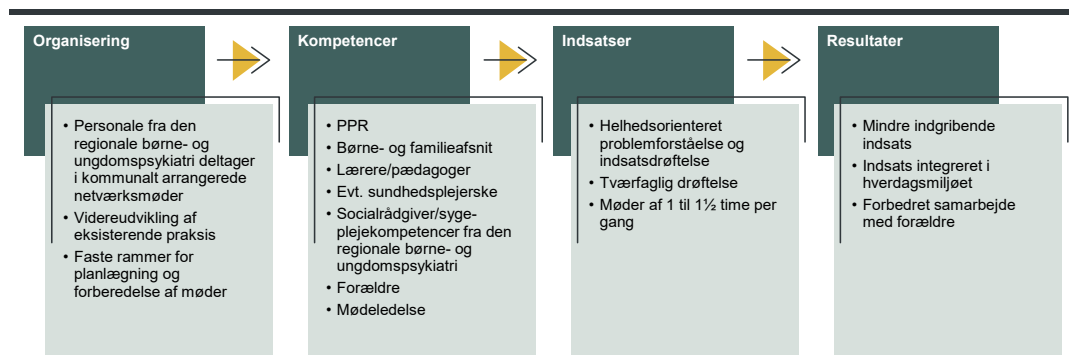
En generel betragtning på tværs af flere af projekterne er, at der ikke har været nok fokus på, hvordan de kompetencer, der opnås i forhold til det mere helhedsorienterede perspektiv igennem samarbejdet med kommunerne, kan udrulles yderligere i regionerne, efter projektperiodens ophør.

4.3 Fremskudt funktion 2: Styrkede netværksmøder

Der arbejdes med styrkede netværksmøder som en del af projektet om fremskudt funktion i Region Nordjylland. Konklusionerne om denne type af fremskudt funktion hviler således kun på erfaringer fra projektet i Region Nordjylland. Det skal dog samtidig fremhæves, at alle kommuner i Region Nordjylland – i varierende omfang, som det fremgår nedenfor – har benyttet sig af muligheden for inddragelse af regionale fremskudte medarbejdere i netværksmøder.

Opsummerende er der gode erfaringer med en fremskudt funktion, der indeholder elementerne i nedenstående figur, hvor også de største udfordringer er nævnt.

Figur 6: Styrkede netværksmøder opsummeret



4.3.1 Resultater

En tidligere indsats

Det er den overordnede oplevelse i Region Nordjylland, at de styrkede netværksmøder bidrager til en tidligere indsats i sager, hvor der allerede er en bekymring. Således bidrager den tværfaglige og helhedsorienterede drøftelse på netværksmødet til en hurtigere afklaring af, hvad der er det rette niveau og form for indsats i en given sag.

Det er ligeledes oplevelsen, at drøftelsen af sager på de styrkede netværksmøder giver en hurtigere adgang til tilbud i psykiatrien, når dette vurderes relevant, da henvisninger, der har været behandlet af TUT, ikke afvises.

De styrkede netværksmøder fører ikke i sig selv til en tidligere opsporing.

En mindre indgribende indsats

Det er vurderingen blandt de interviewede, at den tværfaglige og helhedsorienterede drøftelse på netværksmøderne kan føre til en mindre indgribende indsats, fordi den rette indsats iværksættes uden for psykiatrien på et tidligere tidspunkt. Det er dog forventningen blandt repræsentanterne for den regionale psykiatri i projektet, at man vil se en neutral effekt på antallet af henvisninger overordnet. Dette begrundes med en styrket opmærksomhed på børn og unge med psykiske vanskeligheder på baggrund af projektet. En del af de børn og unge, der opspores, vil få tilbudt alternative indsatser blandt andet gennem drøftelser på netværksmøder. Det vurderes også af projektmedarbejderne og samarbejdspartnere i kommunerne, at der vil være færre afvisninger af henvisningerne til psykiatrien, da disse er kvalificeret gennem den tidlige inddragelse af psykiatrien i drøftelserne af problemstillinger og mulige løsninger.

En indsats, der er integreret i børn og unges hverdagsliv

Netværksmøderne understøtter generelt en helhedsorientering og bred inddragelse af flere aktører. Dette kan være med til at sikre en større grad af integration i hverdagslivet.

At forældre oplever deres børns vanskeligheder afhjulpes, og at deres egne kompetencer til at støtte deres børn øges

Forældrene deltager som udgangspunkt til netværksmøderne, og det er vurderingen fra TUT-medarbejderne, at det har stor betydning for forældrene og for de kommunale deltagere, at psykiatrien deltager. Her kan psykiatrien præsentere deres perspektiv på, hvorfor barn eller ung for eksempel ikke vurderes at være i målgruppen for psykiatrien, samtidig med at de kan spille aktivt ind i drøftelsen af, hvad der i stedet er behov for. Tidligere har kommunale medarbejdere oplevet, at det kan skabe konflikt i relationen til forældrene, hvis de kommunale medarbejdere ikke oplever det relevant at henvise til psykiatrien.

Her understreges det, at psykiatriens deltagelse i netværksmøderne er meget positiv for relationen mellem kommunale medarbejdere og forældre og kan være med til at sikre et godt og konstruktivt samarbejde.

Bedre tværsektorielt samarbejde

Alle parter i indsatsen peger på, at også netværksmøderne er med til at skabe generelt bedre samarbejde mellem den kommunale indsats og den børne- og ungdomspsykiatriske indsats med større gensidig forståelse og tillid.

4.3.2 Indsats og kompetencer

Form og indhold på netværksmøderne

Formålet med de styrkede netværksmøder er at give en psykiatrifaglig og sektorspecifik sparring i enkeltsager, hvor kommune (eller almen praksis) oplever at have brug for sparring i forhold til børn, hvor der er – eller er mistanke om – psykiske vanskeligheder.

Tilgangen med styrkede netværksmøder bygger på en stepped care-model, hvor inddragelse af et højere specialiseringsniveau kræver, at der er afprøvet tiltag på et lavere specialiseringsniveau først. Dette understøttes af aftalen om, at henvisninger i sager, der har været drøftet i TUT, ikke afvises i psykiatrien efterfølgende.

Ved netværksmøder deltager ansatte i TUT i netværksmøder om indsatsen for enkelte børn og familier. Møderne er arrangeret af og forankret i de enkelte kommuner, hvor alle de for sagen relevante aktører deltager. Det er oftest repræsentanter for PPR, Børnefamilieafsnittet, skole eller dagtilbud, der deltager. Som udgangspunkt deltager barn og forældre også i mødet.

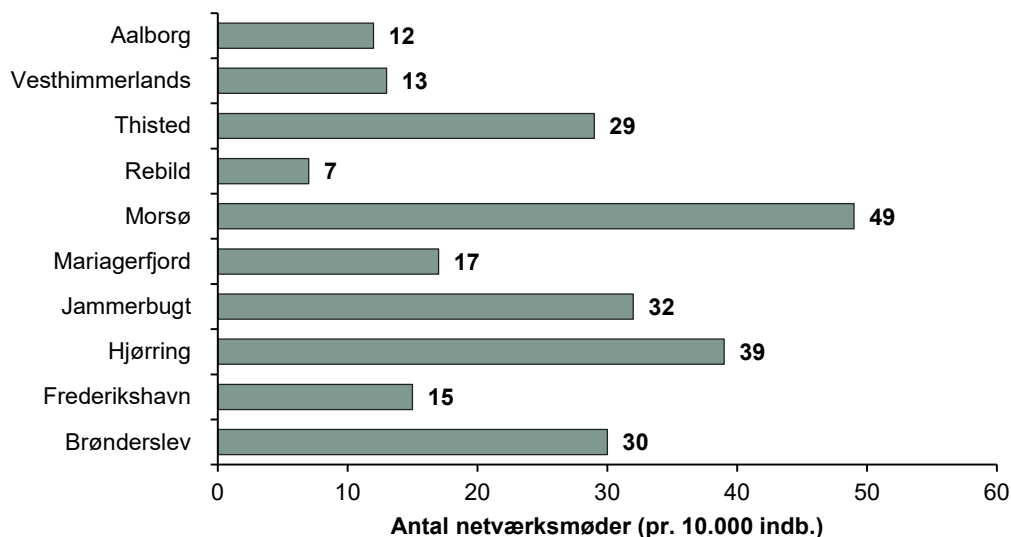
Mange kommuner arbejder i forvejen med netværksmøder, men igennem den fremskudte funktion tilbydes et specialiseret psykiatrifagligt blik på den enkelte sag.

Møderne varer mellem en time og halvanden. Der vedlægges en standardbeskrivelse af sagen til dagsordenen for mødet, der sendes ud til deltagerne inden mødet. Netværksmøderne kan gennemføres inden for 14 dage fra indkaldelsen.

Der er i Region Nordjylland afholdt 256 netværksmøder i perioden september 2019 til september 2021, hvoraf 37% er afholdt i 2020. Der er afholdt flest netværksmøder per 10.000 børn og unge i Morsø og Hjørring Kommuner. I nedenstående figur er antallet af gennemførte netværksmøder med deltagelse af TUT-ansatte opgjort for alle kommuner i projektet i Region Nordjylland. Antallet af netværksmøder er opgjort per 10.000 børn og

unge i kommunen for at gøre omfanget af netværksmøder sammenligneligt på tværs af kommuner.

Figur 7:
Antal gennemførte netværksmøder med deltagelse af TUT-ansatte i Region Nordjylland per 10.000 børn og unge i kommunen



Note: Antallet af børn og unge i kommunerne er opgjort som et gennemsnit af befolkningstallet i 4. kvartal perioden 2019-2021. Der er afholdt tre netværksmøder i perioden, hvor kommunen ikke er angivet. Disse indgår ikke i figuren.

4.3.3 Organisering

Ligeværdigt samarbejde

Det fremhæves i projektet, at det har haft afgørende betydning for resultaterne af den fremskudte funktion, at funktionen har været organiseret som et ligeværdigt samarbejde. Tidligere har oplevelsen fra kommunernes side været, at der har været en kultur, hvor psykiatrien har oplevet sig som "hævet over" kommunerne, men der er igennem samarbejdet i den fremskudte funktion opbygget en gensidig forståelse og tillid, der er fordrende for det gode samarbejde.

Det har samtidig haft en betydning i forhold til balancen i samarbejdet mellem region og kommune, at psykiatrien er kommet til kommunen og har deltaget i kommunens netværksmøder – og ikke omvendt.

4.3.4 Implementering

Det har lettet implementeringen, at kommunerne i regionen i forvejen har arbejdet med netværksmøder. Samtidig peges der på, at det har været positivt, at TUT-medarbejderne har holdt oplæg for socialforvaltningerne i alle regionens kommuner om mulighederne for deltagelse i netværksmøder.

Der peges endvidere på, at det er væsentligt for indsatsen, at der ikke er for lang ventetid til afholdelse af netværksmøder, når der konstateres et behov for dette. For at sikre af fristen på 14 dage fra indkaldelse kan overholdes, er det væsentligt, at der er tilstrækkelige driftsressourcer i børne- og ungdomspsykiatrien til at kunne prioritere dette.

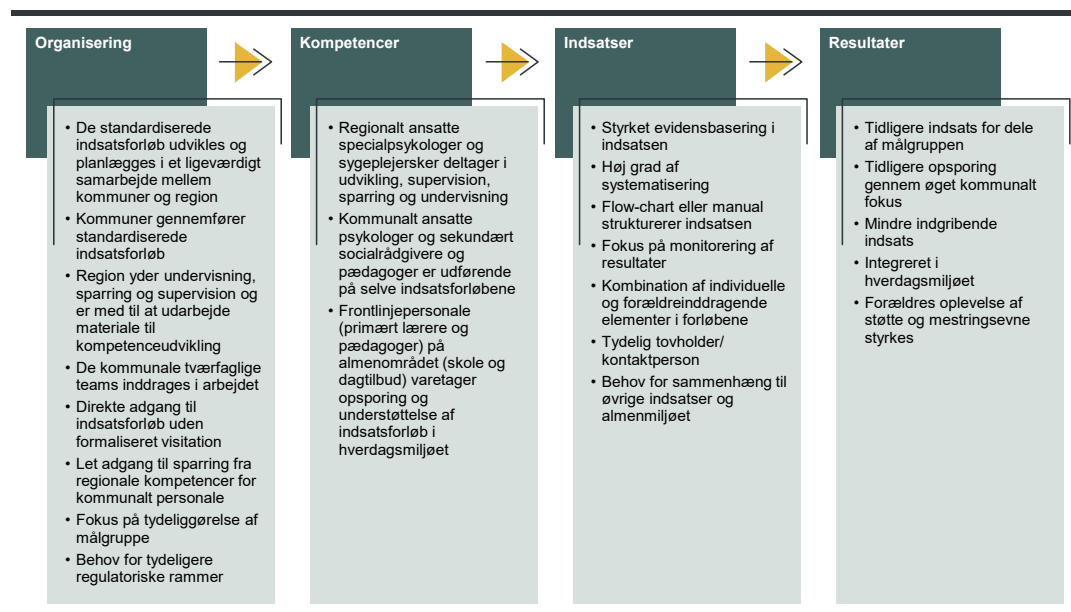
4.4 Fremskudt funktion 3: Standardiserede indsatsforløb

I to af de undersøgte projekter – projektet i Region Hovedstaden og i Region Midtjylland – har man arbejdet med at kunne tilbyde lettere behandling i de enkelte kommuner til en række specifikke målgrupper. Der er tale om indsatser på trin to i terminologien fra forløbsprogrammerne. Tidligere evalueringer har peget på, at netop indsatser på dette trin kan være vanskelige at placere ansvaret for, og at der kan være mangelfuld adgang til disse. Netop derfor vurderes denne tilgang til en fremskudt indsats at være særlig interessant. Ligeledes er der i Region Midtjylland arbejdet med standardiserede indsatsforløb, der ikke kan karakteriseres som lettere behandling, men som på en række øvrige parametre deler en række af de samme karakteristika. Det er således erfaringen, at det i mindst lige så høj grad er den systematiserede tilgang og den lettere adgang til igangsættelse af indsats, der er afgørende, som det er selve det behandlingsmæssige indhold. Det skal dog i denne sammenhæng bemærkes, at der i evalueringen ikke har været fokus på selve behandlingseffekten af de iværksatte indsatsforløb.

Denne type af fremskudt funktion er der i de to projekter omfattende erfaring med, og konklusionerne hviler dermed på et solidt grundlag.

Opsummerende er der gode erfaringer med en fremskudt funktion, der indeholder elementerne i nedenstående figur, hvor også de største udfordringer er nævnt.

Figur 8: Standardiserede indsatsforløb opsummeret



Neden for fremlægges de konklusioner, der kan drages, når der kigges på tværs af de konkrete erfaringer i projekterne.

4.4.1 Resultater

Generelt peges der i interviewene relativt entydigt på positive resultater af indsatsen. Når dette kombineres med projekternes egne opgørelser af de behandlingsmæssige resultater af den lettere behandling, underbygges dette indtryk yderligere.

En tidligere indsats

Der er blandt alle de interviewede enighed om, at det øgede fokus på opsporing i skolerne har betydet, at flere børn modtager en indsats tidligere i problemudviklingen, end de ellers ville have gjort. For nogle børn er det en indsats, hvor der ellers ikke ville have været en indsats, og for andre er det en mere systematisk og hurtigere iværksat indsats, hvor der i højere grad end tidligere er fokus på at opbygge et netværk omkring barnet eller den unge, der kan støtte efter behandlingsforløbets ophør.

I denne forbindelse peges der også på vigtigheden af et smidigt system, hvor der kan henvises direkte uden lange visitationsprocedurer. Dette gør sig gældende, både når det er de professionelle, der oplever en bekymring, og når det er forældre, der henvender sig til skolerne eller PPR for hjælp.

Særligt peges der på, at børn med udfordringer i forhold til kost opdages tidligere end ellers. Dette bakkes op af såvel udsagn fra skoleansatte, kommunale behandlere og fra ansatte i den regionale behandlingspsykiatri.

Flere af de interviewede peger samtidig på, at vi endnu ikke ved, hvad der sker for de børn og familier, der har modtaget den nye indsats, på længere sigt. Her bliver det afgørende, om det også på længere sigt betyder, at børn og familie kan undgå behov for kontakt med det børne- og ungdomspsykiatriske system.

Der er således enighed blandt de interviewede om, at der formodentlig er en økonomisk gevinst, hvis en tidlig indsats kan betyde et mindsket behov for en mere specialiseret indsats i psykiatrien. Der er i Region Hovedstaden gennemført en omkostningsvurdering af arbejdet med nogle af de gennemførte lettere behandlingsforløb. Her tages der dog ikke højde for eventuelle langsigtede økonomiske gevinster, og vurderingen kan derfor ikke bidrage med yderligere viden i forhold til dette.

For de børn og familier, der fortsat skal henvises til børne- og ungdomspsykiatrien, peger repræsentanter for psykiatrien på, at henvisningerne er blevet bedre. Dette understøtter også, at der kan sættes hurtigere ind med rette behandling.

En mindre indgribende indsats

De kommunale ledelsesrepræsentanter peger på, at kommunerne med de lettere behandlingsprogrammer har fået en mere nuanceret tilbudsvifte. Dette betyder videre, at kommunerne har bedre mulighed for at sætte målrettet ind med en mindre indgribende indsats.

I børne- og ungdomspsykiatrien i Region Hovedstaden har man også den oplevelse, at der er børn og familier, der deltager i lettere behandlingsforløb, mens de venter på at få et behandlingstilbud i psykiatrien. Dette betyder, at situationen ikke forværres i ventetiden, hvilket igen betyder mindre indgribende behandling, end der ellers ville have været behov for.

En indsats, der er integreret i børn og unges hverdagsliv

Der er bred enighed om, at det er lykkedes at give en indsats, der er integreret i børn og unges hverdagsliv.

De kommunale repræsentanter i interviews giver også udtryk for, at det har meget stor værdi at kunne hjælpe børn og unge i deres nærmiljø. Der arbejdes i projekterne også med at få det lærende miljø omkring barnet (lærere og pædagoger) til at kunne støtte barnet både før, under og efter standardiserede forløb. Dette er særligt tydeligt, hvor indsatsen kombineres med styrkede netværksmøder (jf. beskrivelsen i afsnit 4.3).

At forældre oplever deres børns vanskeligheder afhjulpnet, og at deres egne kompetencer til at støtte deres børn øges

De interviewede medarbejdere oplever, at der er meget stor tilfredshed blandt forældrene med indsatserne. Forældre giver udtryk for at have fået relevant vejledning og nye værktøjer til at støtte deres børn med.

Det er projektmedarbejdernes oplevelse, at forældre oplever at blive inddraget og anerkendt mere end i andre typer af forløb og støtte. Dette understøttes også af de interviews, der er gennemført med forældre.

For medarbejdere ansat på skoler, har der været en oplevelse af at kunne tilbyde forældrene noget mere end tidligere. På den måde har oplevelsen været, at man som frontlinjemedarbejder har kunnet sende forældrene videre på en god måde.

Særligt fremhæves dette de steder, hvor indsatsen har været organiseret på en måde, hvor medarbejdere har kunnet udlevere et telefonnummer til forældrene, hvor de selv har kunnet tage kontakt til behandlere i behandlingsforløbene. Dette sættes i forhold til tidligere oplevelser, hvor det har været oplevet som vanskeligt at komme i kontakt med PPR, og hvor det har været en langsommelig proces.

Det fremhæves, at der bredt på tværs af de forskellige behandlingsforløb, har været et stort fokus på, hvad forældrene selv kan gøre for at støtte barnet. Dette er også blevet oplevet som værende med til at styrke relationen til forældrene. Den relation, som behandlerne i forløbene – det for det meste er PPR-ansatte – har opbygget i de standardiserede forløb, har flere også kunnet tage med sig i den efterfølgende eller sideløbende kontakt med forældrene om andre PPR-tiltag. Dette har styrket muligheden for at støtte forældrene.

En forælder peger dog også på, at man som forældre kan være usikker ved et standardiseret forløbs ophør. Forælderen har oplevet klar bedring hos barnet, men oplever også, at barnet stadig er mindre robust end tidligere. Der kan således være usikkerhed hos forældrene om, hvorvidt barnet er igennem vanskelighederne og om hvad der ligger bag de opståede vanskeligheder.

I projektet i Region Hovedstaden er forældrene blevet spurgt om deres tilfredshed med indsatsen. Frem til oktober 2021 har 488 forældre besvaret disse spørgsmål. 90% af forældrene har svaret, at de enten er tilfredse eller meget tilfredse med den hjælp, de har fået. Knap to ud af tre forældre svarer, at forløbet, de har deltaget i, i høj grad eller i meget høj grad har opfyldt deres behov som forældre. Ligeledes svarer to ud af tre forældre, at de har fået ny viden, og at forløbet har hjulpet dem som forældre i at håndtere deres børns vanskeligheder på en mere hensigtsmæssig måde.

Bedre tværsektorielt samarbejde – mere tværsektoriel tillid

Selvom forbedret tværsektorielt samarbejde ikke i sig selv er defineret som et resultatmål for projekterne, så er det et meget tydeligt yderligere resultat af indsatsen, at både de regionale medarbejdere og de kommunale medarbejdere i både PPR og på skolerne oplever, at samarbejdet er blevet væsentligt forbedret. Det beskrives, at der er blevet opbygget tværsektoriel tillid.

Oplevelsen er på tværs af de interviewede, at der opbygget en forståelse af, at der er nogle udfordringer, som de to sektorer har brug for hinanden til at løse. Der peges særligt på, at de faste strukturer for kommunikationen mellem region og kommune har betydet mere og bedre dialog på tværs.

Alle parter oplever, at det er nemmere at tage kontakt tværsektorielt og få sparring på konkrete udfordringer.

4.4.2 Indsats og kompetencer

Indsatsen handler om at tilbyde standardiserede indsatsforløb til specifikke målgrupper af børn og unge med psykiske vanskeligheder. Disse afprøvede indsatsforløb kan alle opfattes som lettere behandling, dog undtaget forløbet om skolefravær, hvor der ikke nødvendigvis er fokus på en behandlende indsats. I projekterne er der således erfaringer med:

- Børn, der har angstsymptomer
- Børn med depressionssymptomer
- Børn med bekymrende skolefravær
- Børn med erfaring med selvskade
- Børn med erfaring med spiseforstyrrelser
- Børn, der har udfordringer med opmærksomhed eller impulsivitet

Der har i forhold til ovenfor nævnte målgrupper både været arbejdet med eksisterende evidensbaserede behandlingsprogrammer såsom Cool Kids, Chilled, Lær at tackle angsten, New Forest Parenting Programme – og med programmer, der blev udviklet op til eller i forbindelse med projektet. Her har været udviklet, afprøvet og tilpasset programmer til børn og familier med erfaringer med selvskade, børn, som har problemer med at kontrollere kost og spisning, og børn med tristhed og depressive symptomer. Endelig er der udviklet et program målrettet forældre til børn, der har vanskeligt ved opmærksomhed eller impulsivitet. Erfaringerne med dette behandles dog selvstændigt i afsnit 4.7.1.

De programmer, der er arbejdet med, er hovedsageligt baseret på en kognitiv adfærdsterapeutisk tilgang. I et regionalt perspektiv fremhæves det, at programmerne giver en rød tråd i indsatsen, fordi børn og familier i programmerne møder den tænkning, som de også mødes med i børne- og ungdomspsykiatrien. Således kan indsatsen også være med til at skabe en bedre overgang til eventuel behandling i den regionale behandlingspsykiatri.

Øget systematik og fokus på resultater i indsatsen

Det fremhæves af alle interviewede, at det er et gennemgående – og i langt de fleste kommuner – nyt element, at indsatsen har været mere systematisk end eksisterende tilbud. De fleste indsatser har været manualbaserede, og alle indsatser har bygget på tydelige procesbeskrivelser. Mange projektmedarbejdere og samarbejdspartnere har peget

på de udviklede flow charts som krumtapper i indsatsen. Dette fremhæves bredt af alle projektmedarbejdere og -behandlere som et meget positivt element. Det fremhæves dog samtidig af behandlerne, der har arbejdet med programmerne på både selvskade og spiseforstyrrelsesområdet, at det har været vanskeligt at arbejde manualbaseret, og at der har været behov for at tilpasse indsatsen til de borgere, de mødte.

Systematikken understøttes i flere af de tilbudte behandlingsprogrammer af, at borgernes oplevelse og udbytte af indsatsen monitoreres fast gennem brug af standardiserede måleredskaber. Der anvendes blandt andet redskaberne Feedback Informed Treatment (FIT), Spence Children's Anxiety Scale (SCAS), Children's Anxiety Life Interference Scale (CALIS), Experience of Service Questionnaire (ESQ), Mood and Feelings Questionnaire (MFQ), Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ), Attention Deficit/Hyperactive Disorder-Rating Scale (ADHD-RS), Revised Child Anxiety and Depression Scale (RCADS), Eating Attitude Test (EAT-26) og Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS-16).

Generelt peges der fra de kommunale repræsentanters side på, at systematikken i programmerne har været positiv for både familierne og for PPR-området. På PPR-området har det i flere kommuner betydet, at arbejdet blev mere fælles på tværs af medarbejdere i PPR, hvor arbejdet ellers kan være meget individuelt baseret.

I et regionalt perspektiv fremhæves det, at det ikke blot er nye behandlingsindsatser, der tilbydes. Det er også mere generelt en ny måde at arbejde på. Den høje grad af systematik, ensartethed på tværs af kommuner og monitorering betyder også bedre mulighed for løbende at følge op og tilpasse indsatsen både i det enkelte forløb og generelt. Således giver den nye måde at arbejde på også bedre muligheder for at arbejde systematisk med kvalitetssikring og -udvikling.

Indsatsen målrettes specifikke målgrupper

Et element, der fremhæves bredt blandt de interviewede, er, at den systematiske tilgang også har betydet et stort fokus på, hvad der tilbydes til hvem. I det manualbaserede arbejde er der ofte tydelig beskrivelse af, hvem der skal tilbydes indsatsen, og hvem der ikke skal. Dette opleves både som en styrke og som en udfordring og er blevet grebet forskelligt an i de forskellige kommuner og de forskellige programmer.

For eksempel har man i København – i arbejdet med at introducere en manualbaseret metode til borgere med spiseforstyrrelse og borgere med erfaring med selvskade – ikke arbejdet med standardiserede cut off-points, hvor scoren på en specifik spørgeskemabaseret skala er afgørende for, om en borger skal tilbydes indsatsen eller ej. Her baserer vurderingen af, om indsatsen skal tilbydes eller ej, sig på en individuel samtale.

Målgruppen for nogle af programmerne er blevet fundet meget smal af de fagprofessionelle i og udenfor programmerne. I praksis har det i mange tilfælde således været oplevet frustrerende ikke at kunne tilbyde indsatsen, fordi en borger faldt uden for formelle inklusionskrav, når den fagprofessionelle vurderede, at indsatsen ville være effektiv for den enkelte. I flere af kommunerne og programmerne har man derfor i praksis medtaget borgere i standardiserede indsats, selvom de lå uden for målgruppen ved de indledende målinger og samtaler.

Forståelsen for målgruppeafgrænsningerne blandt fagprofessionelle på almenområdet er dog blevet styrket gennem oplæg og undervisning i og om indsatserne.

De specifikke indsatser målrettet specifikke målgrupper (der står i modsætning til den dominerende tradition i den kommunale undervisnings- og socialsektor, hvor alle bør have et tilbud, og det er tilbuddet der skal tilpasse sig borgeren og ikke omvendt) betyder, at det bliver meget afgørende at have en velfungerende opsporing/rekruttering af "de rette" borgere. De fleste programmer baserer sig på, at familie og børn i høj grad selv henvender sig for at få støtte. I forhold til denne udfordring har det haft stor betydning, at specialiseret personale – både fra kommunernes PPR og den regionale børne- og ungdomspsykiatri har haft fokus på at kunne bidrage til udviklingen af kompetencer blandt frontlinjemedarbejderne på almenområdet til at identificere tegn på mistrivsel blandt børn og unge.

Her pointerer flere af de interviewede projektmedarbejdere og projektledelser, at det stadig er vanskeligt at opspore unge med selvskade og med spiseforstyrrelser, da dette ikke nødvendigvis kommer til direkte udtryk i skolen.

Mange af de interviewede fagprofessionelle udtrykker også bekymring i forhold til de målgrupper, der ikke falder inden for inklusionskriterierne for at kunne tilbydes en lettere behandlende indsats. Særligt peger flere på, at programmerne ikke retter sig mod børn og familier i de mest udsatte positioner. I en konkret kommune er der således erfaringer med, at forældre fra skoler i mindre velstillede områder ikke henvender sig for at få støtte, selvom de professionelle vurderer, at der er behov for støtte. Samtidig ses det i samme kommune, at forældre fra skoler i de mere velstillede områder henvender sig af sig selv. Flere peger på, at der bør være en særlig opmærksomhed på forældre fra mindre ressourcestærke familier, og at der her kan være behov for direkte henvendelse om muligheden for deltagelse i de lettere behandlingsprogrammer. Dette understøttes endvidere af, at flere peger på, at der for eksempel ikke er mange deltagere på programmerne med anden etnisk baggrund end dansk.

I hvilken grad er de standardiserede indsatsforløb helhedsorienterede?

Mange af de interviewede i projektledelserne og blandt projektmedarbejdere og behandlere peger på, at de standardiserede individuelle indsatsforløb giver mulighed for at tilbyde en reelt helhedsorienteret indsats, hvor der både er fokus på læringsmiljø, individuel behandling og forældre støtte.

I alle projekterne og i forhold til alle de forskellige programmer, der er arbejdet med, har der således også været en ambition om at skabe mulighed for opbakning til indsatsen i barnets/den unges læringsmiljø. Dette er dog i mange kommuner blevet oplevet som en stor udfordring, som uddybes nærmere nedenfor i afsnit om kompetencer og implementering.

Det er generelt erfaringen, at der bør være såvel familieinddragelse som individuelle samtaler som led i den lettere behandling. I de programmer, hvor der ikke har været fokus på individuelle samtaler, har dette været savnet.

I det standardiserede forløb om skolevægring fremhæves særligt den standardiserede anvendelse af hjemmebesøg som særligt positivt. Det fremhæves af de kommunale tovholdere og samarbejdspartnere på skolerne, at hjemmebesøgene giver bedre samarbejde med forældrene og en mere helhedsorienteret forståelse af barnet og familiens udfordringer.

En række af de interviewede peger på, at der kan være en risiko for, at arbejdet med de lettere behandlingsprogrammer kan komme til at stå alene og blive afkoblet fra andre indsats. Der peges således på, at der bør være fokus på at skabe sammenhæng mellem de lettere behandlingsprogrammer og den øvrige drift i kommunen. Én PPR-ansat behandler peger således på, at de udviklede manualer burde anvendes af alle PPR-psykologer og integreres i den daglige drift i stedet for at være et særligt program. Der er her i nogen grad tale om et dilemma i indsatsen. I vurderingen af den standardiserede indsats fremhæves den systematiske og standardiserede tilgang. En systematisering og standardisering adskiller netop denne type indsats fra andre indsats i kommunen. Således vil en tilpasning af de standardiserede forløb til de øvrige eksisterende indsats formentlig betyde, at indsatsen bliver mindre systematisk.

Tovholder eller tydelig kontaktperson

Særligt de interviewede forældre fremhæver det positive ved, at der til indsatsen er en tydelig tovholder eller en tydelig indgang til kontakt om indsatsen til barnet/familien. Mange forældre fortæller, at de før tilbuddet om standardiseret indsatsforløb har oplevet at føle sig tabt i systemet og overladt til sig selv. Også flere samarbejdspartnere fremhæver det positive i at have en tydelig indgang eller kontaktperson til indsatsen for de relevante børn og deres forældre.

Kompetencebehov

Der er i projekterne gode erfaringer med at arbejde systematisk med kompetenceudvikling i forhold til forskellige målgrupper. Der kan således peges på, at der er positive erfaringer med at arbejde med tre specialiseringsniveauer:

- En gruppe medarbejdere med højt specialiseringsbehov, der skal kunne varetage behandlingen i de lettere behandlingsprogrammer og varetage undervisning og rådgivning af mindre specialiserede kollegaer. Dette har typisk været psykologer ansat i PPR-regi.
- En større gruppe medarbejdere ansat i almenmiljøet med let specialiserede opgaver, for eksempel AKT-lærere, inklusionspædagoger med mere. Disse har skullet varetage lettere rådgivning i forhold til opsporing og understøttelse af enkelte børn i hverdagsmiljøet.
- En stor gruppe medarbejdere ansat som frontlinjemedarbejdere i børnenes og de unges hverdagsliv (almenmiljøet), typisk lærere og pædagoger. Disse har skullet styrkes særligt i forhold til håndtering af tidlig bekymring og opsporing af børn og unge med behov for en lettere behandlingsindsats. Ligeledes har der været behov for, at denne gruppe af medarbejdere kan bakke op om den igangværende behandlingsindsats i hverdagen og kan have fokus på det gode forældresamarbejde.

For at kunne arbejde på denne måde, fremhæves det, at der er behov for et ligeværdigt samarbejde mellem kommuner og regioner. Dette uddybes nedenfor under afsnittene om organisering og implementering.

Der har været udviklet understøttende materiale til alle tre niveauer. Materialet er særligt i projektet i Region Hovedstaden blevet fremhævet af både samarbejdspartnere blandt frontlinjemedarbejderne og behandlere som virkelig godt og brugbart både i behandlingen og i almenmiljøet.

Gruppen af kommunale medarbejdere med højt specialiseringsbehov er blevet undervist i at varetage den lettere behandling af psykologer ansat i den regionale børne- og ungdomspsykiatri. Ligeledes har denne gruppe skullet varetage opgaven med at sikre yderligere spredning af viden og kompetencer i almenmiljøet. Her er undervisningen blevet fulgt op af adgang til løbende sparring og supervision, der også blev varetaget af personale ansat i den regionale børne- og ungdomspsykiatri.

Flere af de interviewede kommunalt ansatte psykologer peger på, at de føler sig godt klædt på til at vejlede øvrigt frontpersonale i opsporing og tidlig indsats gennem deres uddannelse som behandlere hos børne- og ungdomspsykiatrien. Ligeledes peger flere af samarbejdspartnerne fra skolerne på, at de tilknyttede PPR-psykologer har fået styrket deres kompetencer.

Projektledelserne oplever at få meget positive tilbagemeldinger på muligheden for sparring og supervision for de kommunale medarbejdere hos de regionalt ansatte psykologer. Det fremhæves fra projektet i Region Hovedstaden, at det er særligt værdifuldt for de områder, som er nyere at arbejde med for kommunerne – særligt spiseforstyrrelser og selvskade. Her gør muligheden for højt specialiseret sparring, at kommunerne oplever selv at have mulighed for at bygge noget op på området.

Kompetencer er blevet spredt til almenmiljøet gennem undervisning og vejledning, der har haft fokus på opsporing, håndtering af tidlig bekymring og behandlingsunderstøttende indsatser i nærmiljøet og på det gode forældresamarbejde. Udbredelsen af kendskabet til muligheden for lettere behandling har også understøttet muligheden for at skabe sammenhæng i indsatsen på tværs af forskellige tiltag og aktører.

Bredt set opleves det, at der, hvor der har været oplæg og undervisning for fagpersoner på skoler, fører det til flere henvendelser om børn med et eventuelt behov for et lettere behandlingsforløb.

Det er meget forskelligt, hvordan kompetenceudviklingen er grebet an på de enkelte skoler i kommunerne. Generelt er der positive tilbagemeldinger på kompetenceudviklingstiltagene til almenmiljøet, der dog også er afhængigt af, hvor den enkelte skole er i forvejen. Endelig påpeges det, at det har været mindre velfungerende, når kompetenceudviklingen på skolerne har været afholdt virtuelt (grundet COVID-19).

4.4.3 Organisering

Tydelig opgavefordeling mellem kommune og region

Det fremhæves bredt, at det har været en styrke, at der har været en tydelig ansvars- og opgavefordeling i indsatserne. Kommunerne har stået for at gennemføre behandling og kompetenceudvikling på skolerne, og regionerne har haft ansvar for uddannelse, sparring og supervision.

Dette har været tydeligt i projektperioden. Mange af de interviewede udtrykker dog usikkerhed om, hvordan netop den tværsektorielle del af organisering skal forankres efter projektperioden. Her peges der på, at der mangler en tydelig formaliseret model for det fortsatte tværsektorielle samarbejde.

Den kommunale organisering af indsatsen

I projekterne har kommunerne tilbudt en lettere behandling, som de i mange tilfælde ikke tidligere har tilbudt. Behandlingen har næsten entydigt været organisatorisk forankret i den kommunale PPR.

I mange kommuner har behandling tidligere ligget i børne- og familieafsnittet. Derfor er det nyt i mange kommuner, at psykologisk behandling er forankret i PPR. Det opfattes dog af de interviewede som positivt, at det er forankret i PPR, da der er en bekymring for, at målgruppen vil komme "bagerst i køen" i familieafsnittene, da familieafsnittene som hovedregel har børn og unge med mere omfattende støttebehov.

Omvendt peges der også blandt de interviewede på, at særligt de individuelle behandlingsforløb måske kunne forankres bedre i familieafsnittene efter projektperiodens udløb.

En række samarbejdspartnere på skolerne peger på, at samarbejdet internt i kommunen mellem PPR og skolerne er forbedret gennem arbejdet med de standardiserede forløb.

Det er her vigtigt at påpege, at der har været meget stor variation, i forhold til hvordan indsatsen har været organiseret på tværs af både skoler og kommuner. Særligt har organiseringen af den lokale indsats i læringsmiljøet på den enkelte skole været grebet meget forskelligt an. Her fremhæves tværfagligt sammensatte teams på den enkelte skole, hvor forældre og lærere kan få sparring på konkrete problemstillinger som positivt.

Ligeværdigt samarbejde

Særligt i projektet i Region Hovedstaden lægges der meget stor vægt på, at samarbejdet mellem kommuner og region har været organiseret som et ligeværdigt samarbejde, hvor det ikke var den ene eller den anden part, der havde projektejerskabet. Det opleves blandt projektledelse, styregruppe og i de nedsatte arbejdsgrupper, at dette har været afgørende for projektets succes.

Det opleves også som at have været en svær og tidskrævende proces, som særligt i begyndelsen var frustrerende at være en del af. Der var behov for meget dialog for at finde fælles forståelse. Men netop denne organisatoriske konstruktion har betydet, at der skulle være enighed om alle beslutninger, og at der derfor var stor opbakning til de beslutninger, der blev taget.

Det har således også været i samarbejde mellem regionen og kommunerne, at det er blevet udvalgt, hvilke indsatser der skal tilbydes, og også i dette samarbejde, at der blev udviklet nye behandlingsmanualer og understøttende materiale. Også materialet rettet til det kommunale frontpersonale har regionen været med til at udvikle, hvilket vil sige, at der har været fælles linje også helt ud på de enkelte skoler.

Let adgang til behandling og sparring

Mange, særligt af de kommunalt ansatte, oplever, at det har været afgørende, at der er let adgang til behandlingsprogrammerne. I forhold til de fleste programmer har man ikke skullet igennem den sædvanlige indstillings- og visitationsprocedure. Det har været med til, at man har kunnet give en hurtig indsats.

På tværs af de deltagende kommuner og de forskellige programmer har der været forskellige måder at få adgang til de enkelte programmer, på. For flere af programmerne

har det været oplevet som enklere at kunne tilbyde et barn/en ung og familie støtte. En interviewet medarbejder på en skole oplever det sådan, at behandlingsprogrammer "ligger et sted mellem AKT og PPR", hvilket vil sige, at opfattes som en mere specialiseret indsats end AKT-indsatsen, men en mindre formaliseret indsats end PPR-indsatsen. Det opleves også ofte som mindre skræmmende for forældrene, at det ikke er en PPR-sag, men snarere et tilbud til forældre og barn om at kunne deltage i et kursus.

Det fremhæves også, at det er vigtigt med let adgang til sparring, både fra frontpersonale til behandlere i kommunen og fra skole og behandlere til børne- og ungdomspsykiatrien. Det har for eksempel været oplevet som en stor støtte, at kommunalt ansatte havde telefonnummeret til den visiterende overlæge i børne- og ungdomspsykiatrien, så der kunne gives sparring i forhold til for eksempel en eventuel optagelse på behandlingsforløb.

4.4.4 Implementering

Ejerskab skabes gennem fælles udvikling

Som beskrevet ovenfor har det været oplevet som afgørende, at der har været et fælles og ligeværdigt samarbejde om udvikling af flere af de tilbudte standardiserede indsatsforløb.

Det opleves ikke blandt de interviewede ledere i region og kommune, at der i dag "er noget, der tvinger os til at gøre det sammen". Det kan i forlængelse af dette overvejes, hvordan et ligeværdigt samarbejde om indsatsen skal understøttes fremadrettet. Her kan det overvejes, om der er behov for tydeligere regulering af ansvaret for lettere behandling (trin to-indsatser i forløbsprogrammerne). Samtidig peger de interviewede her på, at det er vigtigt, at selve indsatsen ligger hos kommunen for at skabe tæthed til børn og unges hverdagsliv.

Der peges også – i både Region Hovedstaden og Region Midtjylland – på, at der kan opstå vanskeligheder, når de udviklede programmer skal udbredes til flere kommuner. Hvordan sikres ejerskabet her, når der ikke har været samarbejde om udvikling og afprøvning? Der peges blandt andet i denne forbindelse på, at det vil være vigtigt, at de kommuner, der allerede tilbyder de standardiserede forløb, fungerer som ambassadører overfor de resterende kommuner.

I projektperioden er der udviklet et forum for konkret arbejdende samarbejde mellem kommuner og region. De interviewede ledere i begge sektorer oplever ikke, at der eksisterer et lignende forum, hvor denne opgave vil kunne forankres fremadrettet. Der eksisterer et formelt samordningsforum mellem kommuner og børne- og ungdomspsykiatri, men det opleves, at dette snarere er et koordineringsforum end et samarbejdsforum.

Behov for lokal tilpasning

Det har i implementeringen på tværs af forskellige kommuner været vigtigt, at der var mulighed for en høj grad af fleksibilitet i måden, tiltagene implementeredes på. Der skal således laves en afvejning mellem en højere grad af ensartet indsats på den ene side og muligheden for at realisere dette i den varierende kommunale virkelighed på den anden.

Fokuspunkter i opsporing og rekruttering

Erfaringen er, at der har været forskel på, hvor let det har været at opspore målgrupperne til de forskellige standardiserede forløb. Særligt opleves det at have været vanskeligt i forhold til børn og unge med problemer med kost og vægt, og det har været oplevet som vanskeligt i forhold til afgrænsningen af børn med bekymrende skolefravær.

Flere kommuner peger på, at det har været effektivt at informere direkte til alle forældre og elever særligt i forhold til de forløb, der har handlet om angst- og depressionssymptomer. Dette er for eksempel blevet gjort gennem Aula. Det har i denne sammenhæng været en bekymring, om der kom for mange henvendelser om behov for indsatsforløb. Dette har dog generelt ikke været tilfældet. Ligeledes har det særligt i forhold til forløb om selvskadende adfærd været en bekymring, at information om selvskadende adfærd kan være med til at udbrede forekomsten af selvskadende adfærd.

Ligeledes peger flere på, at oplæg ved de kommunale behandlere og eventuelt repræsentanter for den regionale børne- og ungdomspsykiatri for personale på de enkelte skoler har en god effekt i forhold til at skabe opmærksomhed hos lærerne på børn med psykiske vanskeligheder. Herunder børn med selvskadende adfærd og børn med udfordringer i forhold til spising og vægt, som ellers opleves som vanskelige at opspore.

Endelig peges der på, at ung-til-ung har været en vigtig kilde til rekruttering til de standardiserede forløb.

Der skal være sammenhæng med øvrige indsatser

Som ovenfor beskrevet, bør de standardiserede programmer tænkes ind i en sammenhæng med de øvrige former for støtte, som kan gives målgruppen og tilgrænsende målgrupper. Særligt bliver der peget på, at de standardiserede programmer virker bedst, hvis der også gives opbyggende støtte i barnets hverdagsmiljø. Flere samarbejdspartnere i skolerne giver således udtryk for, at det ville styrke indsatsen, hvis der var mere fokus på tilbagemeldinger fra forløbene til de almindelige klasseteams.

Dette peger nogle kommuner på kan være vanskeligt at få til at fungere, da dette også er ressourcekrævende.

Hvis de standardiserede programmer er forankret i PPR, kan det endvidere være en udfordring at skabe sammenhæng mellem den lettere behandling og de øvrige PPR-opgaver. Særligt kan der være udfordringer i forhold til prioriteringen mellem forskellige opgaver og målgrupper.

Samtidig peges der bredt på, at det er vigtigt med information til alle om de nye muligheder, hvor ikke alle skoler har oplevet at være klædt ordentligt på i forhold til at kunne skabe sammenhæng og gode tilbud til børn og forældre.

Behov for tydeligere regulering

For langt de fleste er det usikkert, hvordan de standardiserede programmer er reguleret af lov, politik og vejledning. I praksis har det da også været tolket forskelligt i forskellige kommuner. Nogle har tolket indsatsen som en specialpædagogisk støtte, jf. folkeskoleloven, hvor andre har opfattet forløbene som § 11 stk. 3-forløb, jf. serviceloven. Flere peger på, at opgaven ikke med den nuværende lovgivning kan forankres i PPR, da der ikke her er baggrund for at tilbyde egentlig individuel behandling.

Flere peger endvidere på, at PPR ikke kan løfte opgaven uden ekstra ressourcetilførsel, og at der bør være lov eller anden national regulering og vejledning, der understøtter dette.

Tidskrævende at udvikle og implementere helt ny praksis

Som i mange andre tværsektorielle og tværorganisatoriske udviklings- og afprøvningsprojekter peges der entydigt på, at projektperioden er for kort tid til at skabe noget nyt og implementere dette i praksis.

Ledelsesmæssig prioritering

Ligeledes peges der, som i en lang række andre projekter, på vigtigheden af ledelse i forhold til implementering af indsatsen i hverdagen. Særligt peges der på, at indsatsen er afhængig af, at mange parter omkring det enkelte barn, der modtager en indsats, kan mødes til løbende opfølgingsmøder. Dette kan være meget vanskeligt, hvis det ikke prioriteres ledelsesmæssigt, for medarbejderne at skabe rum for at deltage i disse opfølgingsmøder.

En prioritering af at indføre eller arbejde videre med at tilbyde standardiserede forløb i kommunerne kræver også, at der er tydelighed om omkostninger og gevinster ved indsatsen. Der er i Region Hovedstaden udarbejdet omkostningsvurdering for tre af de udarbejdede standardiserede indsatsforløb, hvilket giver et bedre vidensgrundlag for beslutning om eventuel fortsættelse/indførelse af indsatserne i kommunerne. Beregningerne hviler dog alene på omkostninger og tager ikke højde for eventuelle gevinster ved eventuelt færre henvisninger til psykiatrisk behandling, færre afviste henvisninger eller mindsket behov for andre typer af indsatser. Ligeledes forekommer vurderingens antagelse om 1-årig drift at være uholdbar, ligesom antagelsen om 15 årlige forløb er usikker. Disse forhold betyder, at omkostningsvurderingens resultat formodentlig estimerer en relativt høj enhedsomkostning.

Behov for fortsat rolle til regionen

I både Region Midtjylland og Region Hovedstaden er der fokus på, hvordan regionen fastholdes i samarbejdet efter projektperioden. Her gives der udtryk for et klart ønske om, at samarbejdet kan fastholdes gennem fortsat mulighed for let adgang til sparring og supervision for de kommunale behandlere og for en fortsat rolle for regionen i at uddanne (og certificere) de kommunalt ansatte behandlere.

Ud over behovet for faglig supervision peges der også på vigtigheden af, at den personlige relation mellem kommunalt ansatte PPR-psykologer (og øvrige behandlere) og ansatte i børne- og ungdomspsykiatrien fastholdes.

Det foreslås endvidere, at personale ansat i børne- og ungdomspsykiatrien med jævne mellemrum deltager i de lokale opkvalificeringsworkshops for frontpersonale sammen med de kommunalt ansatte behandlere, for også at styrke relationen mellem frontlinjepersonale og børne- og ungdomspsykiatrien.

4.5 Fremskudt funktion 4: Nyt samarbejde med almen praksis

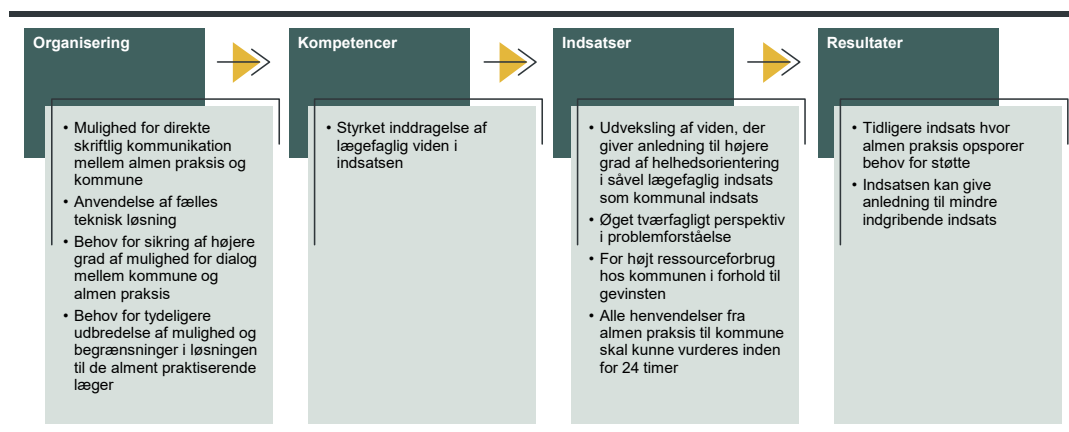
Delprojekt 3 i Region Midtjylland har entydigt handlet om at styrke samarbejdet mellem kommune og almen praksis i forhold til indsatsen for børn og unge med psykiske vanskeligheder. Endvidere er der også erfaringer med styrket samarbejde med almen

praksis i projekterne Region Syddanmark og Region Nordjylland, hvor almen praksis har kunnet indstille til og deltage på de faste sparringsmøder mellem region og kommune.

Denne type af fremskudt funktion er den type, der er indhentet færrest erfaringer med, da kun to kommuner indgik i delprojekt 3 i Region Midtjylland, og der samtidig kun har været begrænset deltagelse af almen praksis i de faste sparringsmøder.

Opsummerende er der generelt ikke gode erfaringer med den afprøvede løsning. Den ønskede sammenhæng og udfordringerne i denne er opsummeret i figuren herunder.

Figur 9: Samarbejde med almen praksis opsummeret



4.5.1 Resultater

Ifølge de interviewede fagpersoner, der har anvendt det i Region Midtjylland afprøvede kommunikationssystem, er resultatet primært, at der er påbegyndt en dialog mellem almen praksis og den kommunale indsats, som ikke var der tidligere.

Kommunikationen har langt hen ad vejen været envejskommunikation. Det understreges af alle parter, at der ønskes mere dialog og udveksling af oplysninger.

En tidligere indsats

Henvendelse fra praktiserende læge til kommunerne kan give anledning til, at kommunerne bliver opmærksomme på børn, unge eller familier med behov for støtte, som de ikke havde kendskab til i forvejen. Her kan der gives en tidligere indsats gennem henvendelsen fra lægen. Det er dog erfaringen i begge de deltagende kommuner, at dette kun er sket i et meget begrænset antal tilfælde.

En mindre indgribende indsats

I det omfang henvendelsen til kommune fra almen praksis kan give anledning til en alternativ indsats fremfor en henvisning til børne- og ungdomspsykiatrien, kan det siges, at denne fremskudte funktion kan give anledning til en mindre indgribende indsats. Ligeledes vil en henvisning fra almen praksis til kommunal indsats, når dette er et alternativ til ikke at tilbyde familien en indsats, i nogle tilfælde kunne forebygge, at barnet eller den unge senere får behov for mere omfattende indsats.

4.5.2 Indsats og kompetencer

Ambitionen i projekterne har været at styrke dialogen mellem almen praksis og den kommunale indsats. Dette kan forstås som et forsøg på at styrke muligheden for en mere helhedsorienteret problemforståelse og for at tilbyde et lægefagligt perspektiv i en tidlig indsats. Samtidig er det også en ambition om, at almen praksis kan medtænke eller henvise til de kommunale støttemuligheder i den samlede indsats for barnet eller den unge.

Et styrket samarbejde med almen praksis vil således give mulighed for, at der sikres et lægefagligt perspektiv på en problemstilling, uden at der skal henvises til børne- og ungdomspsykiatrien.

Selve indsatsen – eller den nye praksis – i Region Midtjylland er langt hen ad vejen primært en ny måde at muliggøre kommunikation mellem almen praksis og kommune. Skriftlig kommunikation direkte mellem almen praksis og kommunen bliver i projektet understøttet af et korrespondancemodul, der kan anvendes i de praktiserende lægers fagsystem. Her kan den praktiserende læge rette henvendelse til kommunen, når almen praksis oplever familier, hvor der er børn med psykiske vanskeligheder, der eventuelt kan have behov for kommunal støtte. Ligeledes kan kommunen informere om iværksatte tiltag for de givne familier.

For at sikre kommunikationen afsættes der i kommunerne ressourcer til at overvåge henvendelser via korrespondancemodulet. I en kommune har der været arbejdet med et fast ugentligt visitationsmøde, hvor alle henvendelser er blevet håndteret. I en anden kommune har der været en løbende stillingtagen til henvendelserne.

I både Region Nordjylland og i Region Syddanmark, hvor der har været afholdt faste sparringsmøder, har almen praksis principielt også kunnet deltage på sparringsmøderne og kunnet forelægge konkrete sager på disse møder. Dette er dog kun gjort i meget begrænset omfang. I nogle få kommuner har praksiskonsulenten fungeret som bindeled mellem kommune og almen praksis. Det er dog her uklart, i hvilken grad praksiskonsulenten i praksis har fungeret som repræsentant for de øvrige praktiserende læger for borgere i kommunen. Der er bred enighed om, at deltagelsen i sparringsmøderne ikke har betydet en systematisk og ensartet inddragelse af almen praksis.

I Region Nordjylland er der eksempler på, at der er indgået mere formelle og skriftliggjorte aftaler mellem enkeltkommuner (Hjørring og Thisted Kommune) og almen praksis om samarbejdet i forbindelse med forebyggende indsats og med henvisninger til børne- og ungdomspsykiatrien. Dette opleves velfungerende.

4.5.3 Organisering

Organiseringen af det styrkede samarbejde beror alene på udvikling og implementering af en teknisk løsning, som både kommune og almen praksis skal være enige om at anvende.

Organiseringen af kommunikationen mellem almen praksis og kommunen kan hovedsageligt betragtes som flersektoriel, da kommunikationen primært er envejskommunikation. Det vil sige, at den styrkede kommunikation kan føre til, at tiltag i den ene sektor kan tilrettelægges med viden om parallelle tiltag (eller fravær af tiltag) i den anden sektor.

I det omfang kommunikationen kunne udvides, ville samarbejdet kunne få en mere tværsektoriel karakter, hvor der på tværs af sektorer kan sparreres om støttebehov og indsatsmuligheder. Der er dog meget begrænsede eksempler på dette.

4.5.4 Implementering

Det er oplevelsen fra projektet i Region Midtjylland, at det har været vanskeligt at sikre, at det indførte kommunikationssystem blev anvendt til netop kommunikation om børn og unge med psykisk lidelse og deres familier. Snarere har oplevelsen været, at kommunikationsvejen er blevet opfattet som en generel mulighed for dialog mellem almen praksis og kommunen, hvilket har betydet, at en lang række henvendelser er blevet betragtet som irrelevante i et projektperspektiv. Samtidig bliver der af både almen praksis og kommunale medarbejdere peget på, at der netop mangler en mere generel åben visitationspostkasse fra almen praksis til kommune.

Konkret har det udviklede korrespondancemodul været anvendt forskelligt i de to kommuner, hvor det har været afprøvet. Der peges blandt andet på, at udskiftning på ledelsesniveau har haft stor indflydelse på implementeringen af, hvordan systemet anvendes.

Der peges også på, at systemet set fra kommunernes synspunkt opfattes som et ufleksibelt system, som er besværligt at bruge. Omvendt påpeger almen praksis, at systemet giver en mulighed for kommunikation, der for dem er let at anvende, og som ikke var der tidligere. Det foreslås således i denne sammenhæng af en kommunalt ansat fagperson, at et andet system – for eksempel øget anvendelse af telefonsamtaler mellem almen praksis og kommune – ville kunne sikre samme effekt hurtigere og nemmere. Det understreges af de interviewede, at telefoniske henvendelser mellem almen praksis og kommune ikke anvendes i den eksisterende praksis.

De interviewede kommunale medarbejdere peger på et vigtigt opmærksomhedspunkt i implementeringen af standardiseret kommunikation mellem almen praksis og kommunerne. Ved henvendelse fra almen praksis om en bekymring for et barn eller en ung skal kommunen vurdere, om der er tale om risiko for overgreb inden for 24 timer fra modtagelsen af bekymringen. Derfor skal implementeringen af arbejdsgange omkring det standardiserede kommunikationssystem tage højde for dette.

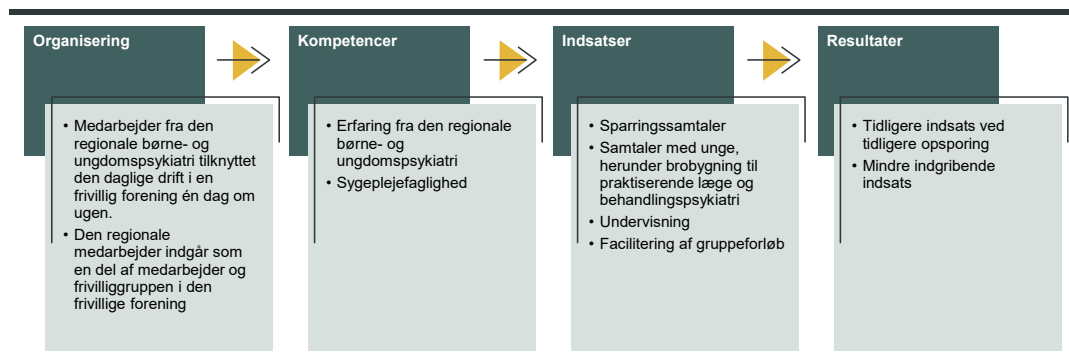
4.6 Fremskudt funktion 5: Børne- og ungdomspsykiatrisk personale i frivillig forening

Et enkelt af de undersøgte projekter har afprøvet en model med udstationering af en medarbejder i en frivillig forening. Region Sjælland har således som den eneste region afprøvet virkningen af at have en psykiatrisk sygeplejerske udstationeret i det frivillige tilbud headspace i Roskilde, der er målrettet unge mellem 12 og 25 år og tilbyder alle inden for aldersgruppen "nogen at tale med", når livet, tankerne og hverdagen opleves udfordrende.¹

¹ I projektforløbet er der søgt om og fået godkendelse til at anvende uforbrugte midler til også at ansætte fremskudte regionale psykiatrimedarbejdere i headspace Kalundborg, Slagelse, Lolland og Guldborgsund. Disse indgår ikke i evalueringen.

Opsummerende er der gode erfaringer med en fremskudt funktion, der indeholder elementerne i nedenstående figur.

Figur 10: Psykiatrisk personale i frivillig forening opsummeret



4.6.1 Resultater

En tidligere og mindre indgribende indsats

Baseret på interviews med frivillige, ansatte, projektledelse og den fremskudte regionale medarbejder er det vurderingen, at man er lykkedes med at opspore unge på et tidligere tidspunkt i en problemudvikling. Der er også i den frivillige forening opnået et skærpet blik for, hvad der skal reageres på – og hvordan. I praksis betyder dette, at flere unge har modtaget såvel en tidligere som en mindre indgribende indsats, end de ellers ville have fået.

Det er vurderingen, at et af de helt afgørende resultater af forsøget med en fremskudt medarbejder fra psykiatrien er, at de frivillige har fået mere viden om psykiatri – hvornår der er tale om helt almindelige ungdomsproblemer, og hvornår skal der noget andet og mere til. Det er samtidig oplevelsen, at adgangen til psykiatrien, når relevant, er lettet igennem den fremskudte medarbejders forankring i en ungdomspsykiatrisk enhed i regionen.

Erfaringerne opleves så positive, at projektet i projektperioden blev udvidet, så der er udstationeret medarbejdere fra psykiatrien i andre headspace-afdelinger end den, der har været med fra projektstart.

En indsats, der er integreret i børn og unges hverdagsliv

I kraft af, at det er vurderingen, at man er lykkedes med at afhjælpe flere unges udfordringer på et tidligere tidspunkt end ellers, er det samtidig vurderingen, at flere af de unge, der henvender sig i headspace, lykkes med at få den nødvendige støtte på et tidspunkt, hvor vanskelighederne ikke afstedkommer et behov for indlæggelse. Dermed undgås brud i deres hverdagsliv.

At forældre oplever deres børns vanskeligheder afhjulpet, og at deres egne kompetencer til at støtte deres børn øges

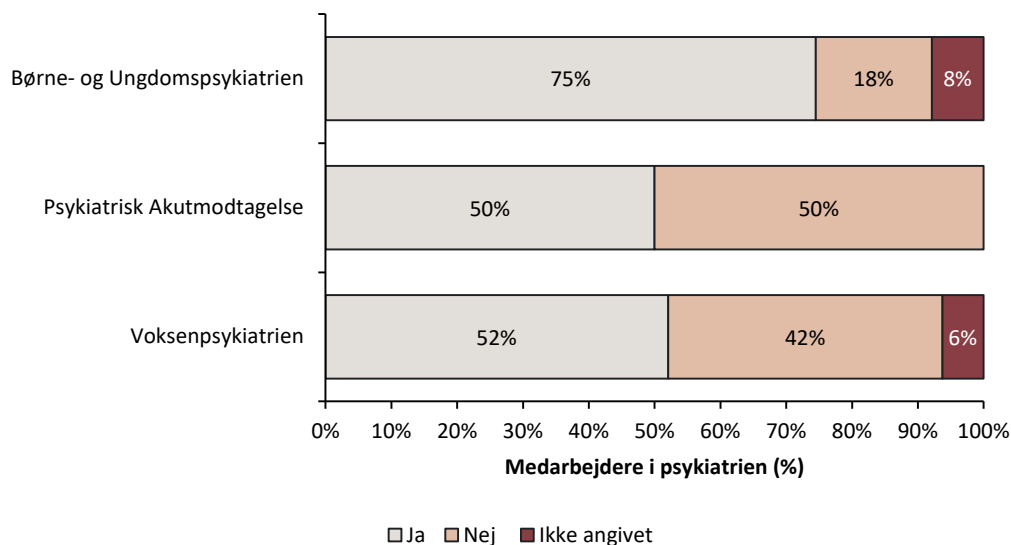
Dette har ikke været et særskilt fokus i data for headspace, der som udgangspunkt sigter på at støtte de unge selv.

Kendskab på tværs

Et supplerende resultat, der bliver fremhævet på tværs af interviews, er det øgede kendskab til psykiatrien i headspace, herunder en viden om, hvad psykiatrien indeholder. Det er vurderingen, at den tætte sparring samt den fælles undervisning om psykiatrien har medført en "afdramatisering" af, hvad psykiatrien er – og en større åbenhed blandt de frivillige, i forhold til at nogle unge også vil have brug for den hjælp, som psykiatrien kan tilbyde. I et interview bliver det tydeliggjort som følger: "Der har måske været en antipsykiatriholdning, der har bygget på afskrækkelse – og manglende viden. Men det handler jo ikke kun om medicin og om at spænde folk fast." Det har således i praksis gjort en forskel med den tætte kobling og det direkte samarbejde. headspace er igennem samarbejdet blevet et sted, hvor der er udbredt viden om tidlige tegn på psykose med mere og fungerer således i højere grad som en samarbejdspartner for psykiatrien. Det er samtidig oplevelsen, at afstanden er blevet mindre, og at headspace hurtigt kan kontakte den enhed i psykiatrien, hvor den fremskudte medarbejder er forankret, hvis der er en ung, der vurderes at have behov for yderligere støtte. Børne- og ungdomspsykiatrien har også kunnet henvise den anden vej for unge, der ikke har behov for at være i psykiatrien. Dette har i praksis været tæt sammenkoblet med netop den enhed som den fremskudte medarbejder er forankret i, og det er ikke vurderingen, at det samme resultat er opnået med andre enheder i psykiatrien.

Hvis man ser på tværs af psykiatrien, varierer det alt afhængigt af ansættelsessted, hvorvidt medarbejdere i psykiatrien oplyser unge om tilbud i headspace. Blandt medarbejdere i børne- og ungdomspsykiatrien (75%) kunne størstedelen af de adspurgte finde på at oplyse om headspace, mens det samme blot gør sig gældende for halvdelen af medarbejderne i PAM og voksenpsykiatrien. Medarbejdere, der ikke kunne finde på at oplyse om tilbuddene, begrundede det med et manglende kendskab til headspace.

Figur 11:
Andel af medarbejdere i psykiatrien, som kunne finde på at oplyse en ung om headspace



4.6.2 Indsats og kompetencer

Den fremskudte psykiatriske sygeplejerske har i stort omfang i fællesskab med medarbejdere og frivillige i headspace defineret en opgaveportefølje bestående af:

- Opkvalificering af frivillige og ansatte blandt andet gennem sparringssamtaler med særligt fokus på før-/eftersparring i forbindelse med samtaler med unge eller pårørende.
- Samtaler med unge – både alene og sammen med frivillige og herunder opsporing af unge med behov for mere specialiseret støtte og brobygning.
- Kompetenceudvikling gennem undervisning af frivillige blandt andet i psykiatriens opbygning, den praktiserende læges rolle, psykoser, spørgeteknikker i forhold til selvmordstanker med mere samt rådgivning, i forhold til hvad der er inden for normalområdet og kan rummes i headspace, og hvad der skal håndteres i psykiatrien.
- Input til og facilitering af gruppeforløb, blandt andet om NÆB (nervøsitet, ængstelighed og bekymring), og gruppeforløb overleveret fra socialpsykiatrien om autismespektrumforstyrrelser.

Der har i headspace Roskilde været tilknyttet 961 unge i perioden 2019-2021. Der er i alt på tværs af de 961 unge blevet afholdt 1.929 samtaler med medarbejdere/frivillige i headspace og 86 samtaler alene med den regionale fremskudte medarbejder tilknyttet headspace i projektperioden.

Sparring med frivillige/medarbejdere

Sparring med de frivillige og ansatte foregår som før- og eftersparring og understøttes samtidig ved deltagelse af den fremskudte medarbejder i konkrete samtaler. Den fremskudte medarbejder kan klæde den frivillige/ansatte på gennem sparring inden en samtale. Dette handler særligt om at tydeliggøre den unges problemstilling, herunder tegn på psykiatriske problemstillinger, der eventuelt kræver andre typer af indsatser. Eftersparringen bliver brugt til at følge op på afholdte samtaler. De interviewede frivillige og ansatte i den frivillige forening fremhæver særligt muligheden for førsparring i forbindelse med tilbagevendende problematikker samt muligheden for at tage den fremskudte medarbejder med til en samtale som afgørende for indsatsens resultater i praksis. Gennem deltagelse i samtaler har den fremskudte medarbejder mulighed for at stille supplerende spørgsmål og her øge den frivillige/ansattes opmærksomhed på konkrete udsagn, der skal reageres på. Ligeledes kan den fremskudte medarbejder efterfølgende gennemgå samtalen og give konkret feedback. Sparringen fungerer som en direkte opkvalificering af den enkelte frivillige og ansatte i den frivillige forening, i forhold til hvornår og på hvad man skal reagere, samt hvornår det er relevant at henvise til andre – og til hvem.

Samtidig føler de frivillige og ansatte sig bedre klædt på i forhold til at kunne spørge ind til specifikke problemstillinger og til at kunne reagere hensigtsmæssigt på et tidligere tidspunkt. En af de frivillige sætter følgende ord på samarbejdet: "Det gode ved samarbejdet har ligget i, at man er blevet en mere effektiv og handlekraftig brobygger gennem det konkrete face to face-samarbejde. Det er det konkrete tætte samarbejde, der gør, at man er bedre til at se tegn."

Kompetenceudvikling

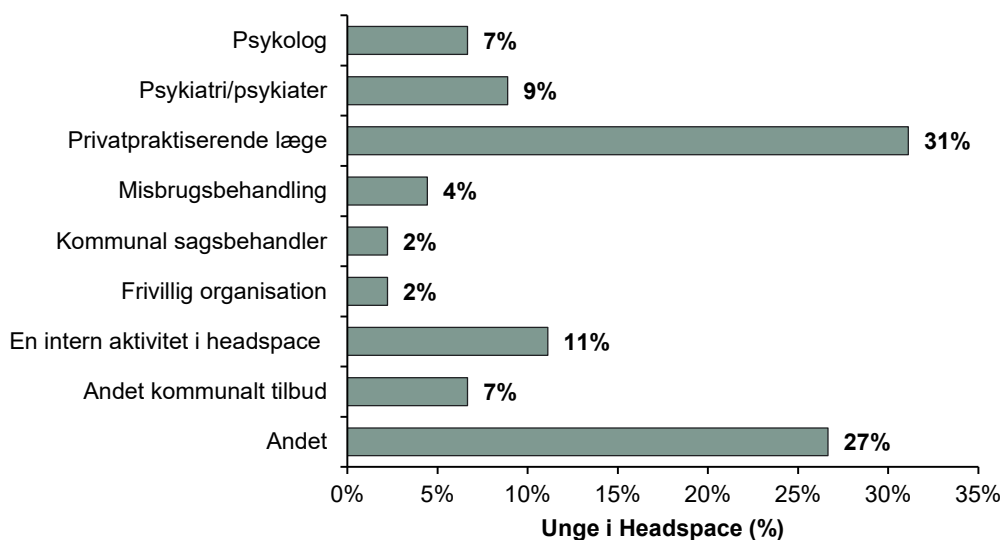
Den fremskudte medarbejder fra psykiatrien står ligeledes i spidsen for fælles kompetenceudvikling igennem opkvalificerende undervisning. Temaer for undervisning har i afprøvningsforløbet været psykiatriens opbygning og rammer, herunder hvornår det er hvilke aktører, der skal handle, psykisk sygdom generelt samt mere målrettet undervisning i symptomer og tegn på psykose, viden om LGBT-relaterede udfordringer samt selvmordsrisiko. Målet med undervisningen er, at de frivillige i højere grad skal kunne vurdere, hvornår noget er uden for normalområdet, og der derfor skal noget andet til end headspace – og at de ved, hvordan de skal reagere på dette. Oplevelsen blandt de interviewede er, at muligheden for den direkte sparring samt den målrettede undervisning har medført, at man i højere grad har fået et fælles sprog at tage udgangspunkt i og er blevet dygtigere til at håndtere og afdække de unge, som har det vanskeligt, samt vurdere, hvor der skal brobygges til på tværs af kommune, region og NGO'er. Samtidig bliver det italesat, at undervisningen har givet de frivillige et mere fælles udgangspunkt for arbejdet: *"Vi er meget forskellige som frivillige. Ikke alle har arbejdet med mennesker før. Det er derfor også noget med at styrke os som frivillige, så vi tænker i samme retning. Vi bliver mere en helhed, når vi kan få sparring med psykiatrien. Vi har fået en højere grad af fælles sprog mellem de frivillige."*

Samtaler med unge – og brobygning

Udover at deltage i samtaler med de frivillige, varetager den fremskudte medarbejder også samtaler med unge alene, hvor sigtet som udgangspunkt er brobyggende, fordi problematikken umiddelbart kalder på mere, end det er muligt at imødekomme igennem headspace. Disse samtaler videregives som udgangspunkt fra de frivillige efter en indledende eller flere samtaler, hvor der ønskes en vurdering med udgangspunkt i en psykiatrisk faglighed.

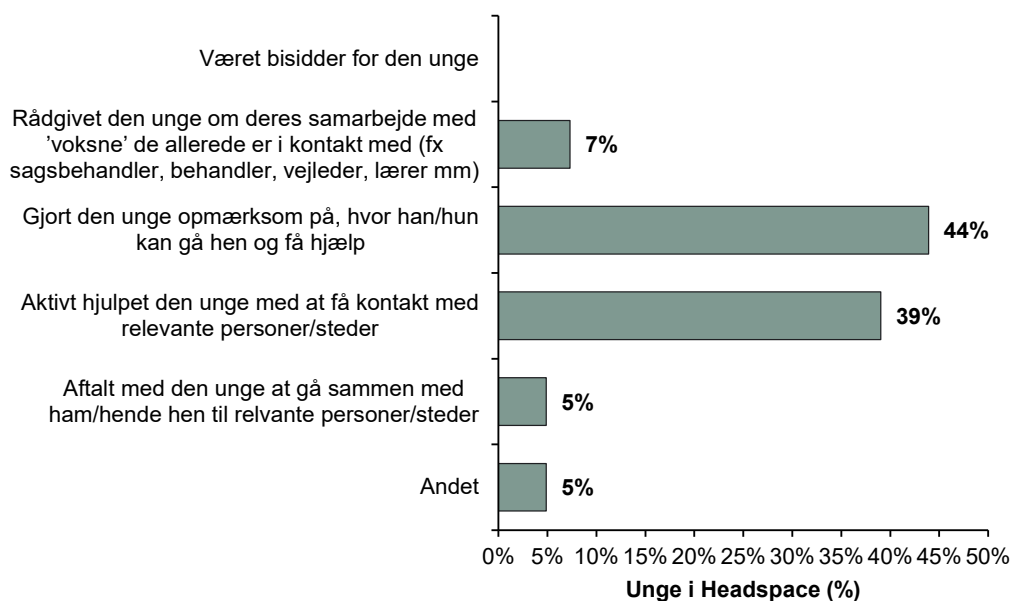
Det er i afprøvningsperioden registreret, hvor der er brobygget til på godt halvdelen af de unge (n=45), der har haft samtaler alene med den fremskudte regionale medarbejder, hvilket kan give en indikation af graden af de problemstillinger, de unge er blevet vurderet at have på tidspunktet for identifikation. Af disse fremgår det, at de unge i høj grad er brobygget til egen praktiserende læge, andet (ikke nærmere defineret) eller en intern headspaceaktivitet, eksempelvis gruppeforløb.

Figur 12: Opgørelse over, hvorhen den regionale fremskudte medarbejder tilknyttet Headspace Roskilde har brobygget unge (n=41) til andre tilbud i perioden 2019 til september 2021



Hvis man ser på formen for brobygning, ses det, at for næsten halvdelen (44%) af de unge (ved N=41) består brobygningen i, at de er blevet gjort opmærksomme på, hvor de kan få hjælp, imens 39% af de unge aktivt er blevet hjulpet med at få kontakt med relevante personer/steder.

Figur 13: Opgørelse over, hvordan den regionale fremskudte medarbejder tilknyttet Headspace Roskilde har brobygget unge (n=41) til andre tilbud i perioden 2019 til september 2021



Den fremskudte medarbejder fra regionen kan ikke henvise direkte til psykiatrisk behandling, men kan brobygge videre til den specifikke enhed i den regionale børne- og ungdomspsykiatri, hvor den fremskudte medarbejder er forankret, eller til Psykiatrisk akutmodtagelse. I praksis sker størstedelen af brobygningen til praktiserende læge.

Gruppeforløb

Der har været to gruppeforløb i afprøvningsperioden – en ungegruppe om nervøsitet, ængstelighed og bekymring (tidligere angstgruppe) og en gruppe om problematikker relateret til autismespektrumforstyrrelser. Gruppeforløbene bliver faciliteret af frivillige og af den fremskudte medarbejder. Udgangspunktet er at styrke oplevelsen hos de unge af, at de ikke er alene med deres problemer og at give dem nogle redskaber og et fortroligt rum at tale ind i. Erfaringen fra de forskellige gruppeforløb har vist, at det at blive sat i en gruppe med jævnaldrende med ensartede udfordringer har givet de unge nogle flere vinkler på de ting, de har at kæmpe med. Grupperne opleves derfor i praksis som et godt supplement til den regionale behandlingspsykiatri og den kommunale socialpsykiatri.

De unge interviewet i forbindelse med evalueringen sætter selv følgende ord på: "Det er godt at møde nogen, der har samme udfordringer som en selv. Godt at se, at man ikke er alene. De andre kan også hjælpe en. Det kan ellers være svært at have venner. Gruppen er en god støtte i hverdagen."

4.6.3 Organisering

I projektforløbet har den psykiatriske sygeplejerske været tilknyttet headspace otte timer ugentligt. Vedkommende indgår i hverdagen på lige fod med alle medarbejdere og frivillige i headspace. Dette betyder i praksis, at vedkommende deltager i relevante fællesmøder og bliver tilbudt samme interne kurser som alle andre, hvilket bliver fremhævet i interviews som en væsentlig forudsætning for at lykkes med samarbejdet. Den fremskudte medarbejder har fastholdt sin ansættelse i psykiatrien, hvorfor al personaleledelse er fastholdt der. I projektet er den fremskudte medarbejder rekrutteret fra en specifik ungdomspsykiatrisk enhed i regionen, men det fremhæves, at det er den psykiatriske praksiserfaring og kendskabet til psykiatrien, der er vigtig i forhold til at varetage opgaven, hvorfor en rekruttering fra eksempelvis et distriktstilbud formodentlig ville kunne fungere tilsvarende godt.

Et andet væsentligt element i organiseringen, der understøtter den tidligere og koordinerede indsats, er, at man som noget helt særligt med den fremskudte regionale medarbejder samler tre sektorer i headspace, fordi man allerede arbejder med fremskudte sagsbehandlere som repræsentanter for den kommunale myndighed. De tre perspektiver bidrager med forskellige blik på de unge og har forskellige værktøjskasser at byde ind med, hvorfor samarbejdet indebærer en unik mulighed for at understøtte den rette og koordinerede indsats for den unge. De unge kan samtidig – uafhængigt af tilknytning til region og kommune – blive ved med at komme i headspace, hvilket understøtter en åbning til mulig brobygning, hvis behovet hos den enkelte ændres.

4.6.4 Implementering

Et væsentligt element, der fremhæves i forbindelse med implementeringen af samarbejdet, er at sikre, at den fremskudte medarbejder indgår i headspaceteamet på lige fod med øvrige medarbejdere og frivillige, og at der er en fleksibilitet i opgaveporteføljen, så den fremskudte medarbejder opleves tilgængelig for umiddelbar sparring.

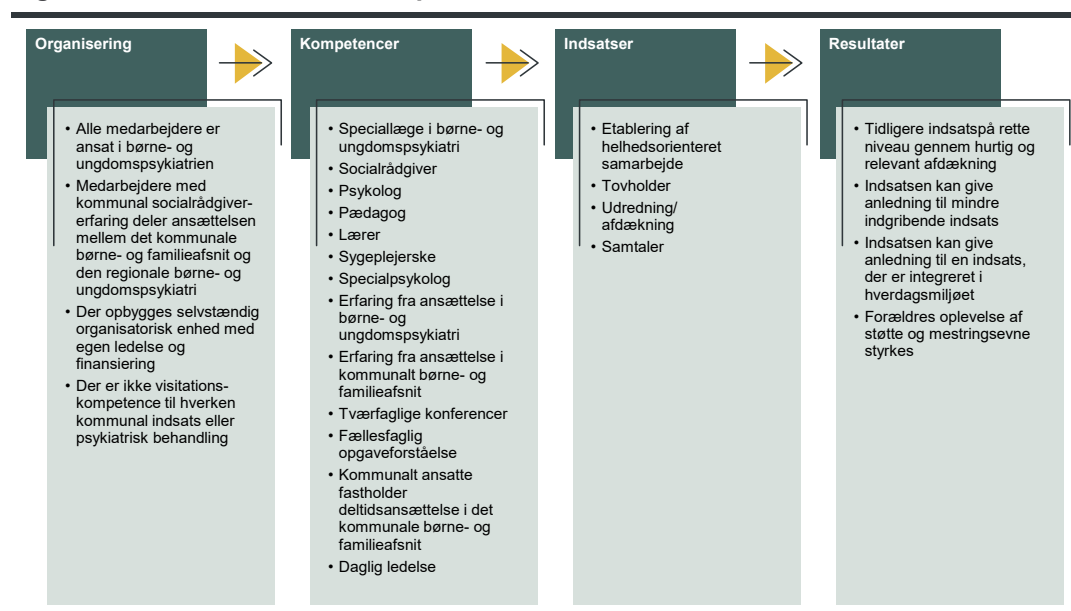
I den organisering, der er afprøvet i forbindelse med projektet, kan den fremskudte regionale medarbejder ikke brobygge direkte til psykiatrien. Det er oplevelsen i praksis, at det kan være vanskeligt for en fremskudt medarbejder fra psykiatrien at mangle de direkte handlemuligheder, samtidig med at arbejdsgangene er afgørende forskellige mellem region og en frivillig organisation som headspace i forhold til såvel dokumentation, som struktur. Der bliver dog fra såvel den fremskudte medarbejder selv såvel som fra projektledelsen lagt vægt på, at det, der er afgørende for at lykkes med rollen, er, at vedkommende skal byde ind med den faglige viden fra psykiatrien – ikke med de formelle handlemuligheder fra samme.

4.7 Fremskudt funktion 6: Tværsektoriel enhed med koordinationsopgave

Region Sjælland har i samarbejde med fire kommuner, henholdsvis Faxe, Roskilde, Kalundborg og Holbæk², som den eneste region oprettet en egentlig tværsektoriel enhed som en fremskudt funktion. Erfaringerne med denne type af fremskudt funktion hviler således alene på erfaringerne fra Region Sjælland.

Opsummerende er der gode erfaringer med en fremskudt funktion, der indeholder elementerne i nedenstående figur.

Figur 14: Tværsektoriel enhed opsummeret



4.7.1 Resultater

En tidligere indsats

På tidspunktet, hvor børn og unge og deres familier møder Bakkehuset, oplever de allerede en grad af mistrivsel og psykiske udfordringer, der har fået familien til at henvende sig til den psykiatriske akutmodtagelse. Ofte kan der også være oplevelser af ikke tidligere at være blevet mødt eller taget alvorligt i henvendelser til såvel kommune eller egen læge som psykiatrien. Det er således ikke vurderingen, at Bakkehuset som sådan understøtter en tidligere indsats – forstået som en tidlig opsporing i en problemudvikling, men indsatsen understøtter, at der handles på en igangværende problemudvikling.

² Holbæk Kommune kom med i projektet cirka et år inde i forløbet.

En mindre indgribende indsats

En del af målet med indsatsen i Bakkehuset er at forebygge, at børn og unge, der har henvendt sig til PAM, oplever behov for dette igen. Det er vurderingen blandt medarbejdere og ledelse, at man i kraft af den omhyggelige afdækning af borgeres forløb på tværs af relevante aktører lykkes med at hjælpe børn og unge videre til en relevant indsats. Denne relevante og ofte kommunale indsats kan være med til at forebygge et senere behov for en mere indgribende indsats. Størstedelen af de børn og unge, der har et forløb i Bakkehuset, afsluttes til en videre indsats i kommunerne eller hos egen læge.

Fordelingen på de registrerede afsluttede forløb understøtter oplevelsen af, at flest unge henvises til en mindre indgribende indsats efter forløb i Bakkehuset, og således fordeler viderehenvvisningerne sig med 67% afsluttet til egen læge og 33% afsluttet til psykiatrien i perioden 2018 til medio oktober 2021.

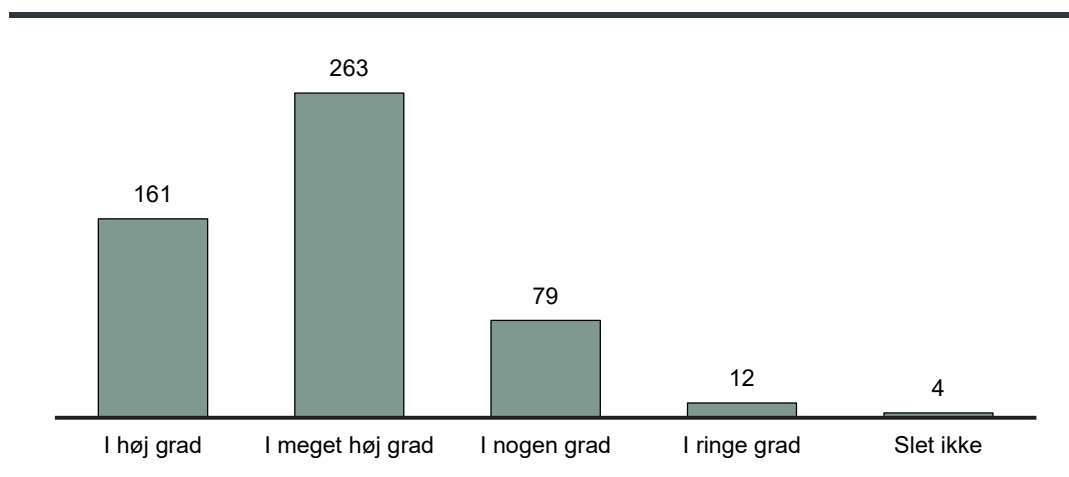
En indsats, der er integreret i børn og unges hverdagsliv

Indsatsen i Bakkehuset, der består af samtaler i et ambulans forløb tilrettelagt efter den unge og familiernes behov for kontakt, betyder, alt andet lige, at barnet og den unge har mulighed for at opretholde et hverdagsliv uden behov for indlæggelse i psykiatrien.

At forældre oplever deres børns vanskeligheder afhjulpet, og at deres egne kompetencer til at støtte deres børn øges

Det fremgår meget tydeligt, at børn, unge og forældre oplever sig hjulpet af indsatsen i Bakkehuset. I forbindelse med afslutning af et forløb i den tværsektorielle enhed, har familierne besvaret en række spørgsmål. Her bliver familierne blandt andet spurgt om "I hvor høj grad har du/I følt dig hjulpet af Bakkehuset?" Som det fremgår af nedenstående figur, oplever 424 familier ud af i alt 519 besvarelser sig enten i høj grad eller i meget høj grad hjulpet.

Figur 15:
Antal familiers besvarelser på spørgsmålet "I hvor høj grad har du/I følt dig hjulpet af Bakkehuset?"



4.7.2 Indsats og kompetencer

Målgruppen for enhedens indsats er defineret som de børn og unge, der har henvendt sig til den psykiatriske akutmodtagelse (PAM), hvor henvendelsen ikke har ført til en indlæggelse. Hensigten med Bakkehuset er at tilbyde børn, unge og familier støtte til det videre forløb efter henvendelsen. Afsættet for den indsats, der tilbydes i Bakkehuset, er at bidrage til at understøtte tværsektoriel koordinering og skabe en sammenhængende indsats på Trin 2 i terminologien udviklet i forbindelse med de nationale forløbsprogrammer for børn og unge med psykiske lidelser.

Opgørelser over patientflow'et i Bakkehuset i perioden 2018 til medio oktober 2021 viser en stigning i antallet af opstartede patienter fra 437 patienter i 2019 til 580 i 2020. Antallet af patienter frem til oktober 2021 er 557, hvilket formentlig vil betyde en fortsat stigning. Samme tendens ses for afsluttede patientforløb, hvor der forekommer en stigning fra 288 afsluttede patienter i 2019 til 548 patienter i 2020. Den 14. oktober 2021 var der 185 registrerede aktive forløb i Bakkehuset. Det er ikke på baggrund af data muligt at differentiere på bopælskommune.

Indsatsen består i praksis af to hovedelementer. For det første faciliteres samarbejde, udredning og koordinering på tværs af relevante aktører og sektorer på et tidspunkt, hvor familierne har oplevet ikke at kunne få støtte andre steder. For det andet tilbydes et fast kontaktpunkt og samtaleforløb. En projektmedarbejder sætter følgende ord på indsatsen: "Bakkehuset er en instans, der holder hånden under børn, unge og deres familier – vi tilbyder nogen at snakke med, nogen, der tilbyder hjælp – tværfagligt og tværsektorielt."

Samarbejde og koordinering

Samarbejde og koordinering er helt centralt i indsatsen i Bakkehuset. Ved første henvendelse til Bakkehuset iværksættes en grundig afdækning, hvor alle relevante aktører bliver identificeret, og der søges indhentet relevante dokumenter fra igangværende indsatser. Ligeledes kan der – i dialog med familien – indhentes øvrige perspektiver fra for eksempel barnets/den unges skole. Førstegangssamtaler er understøttet af en fælles skabelon for samtalerne. Som udgangspunkt søges der derefter afholdt et netværksmøde, hvor alle relevante parter deltager, herunder repræsentanter fra den tværsektorielle enhed (som initiativtagere eller som deltagere).

Da alle i målgruppen per definition er blevet afvist som relevante for umiddelbar indlæggelse på psykiatrisk afdeling, følger Bakkehuset op på igangværende indsatser og vurderer, om der skal iværksættes en uddybende vurdering og brobygges til anden relevant indsats. Hvis der skal iværksættes uddybende vurdering og indsats, optræder Bakkehuset som tovholder i denne proces, hvor der knyttes en specifik kontaktperson til familien. Fokus er på koordinering og styrkelse af det tværsektorielle samarbejde samt at sikre familierne et fast holdepunkt, imens det vurderes, hvilken indsats der er brug for – og hvor.

I processen med udredning og visitation til relevant indsats arbejder Bakkehuset ligeledes med forældrene i forhold til forståelsen for og håndteringen af barnets udfordringer. Ideelt set skal kommunen gå i gang med udredning, imens Bakkehuset har barn og familie tilknyttet til hjælp og støtte.

Bakkehuset arbejder med at sikre, at relevante indsatser er sat i værk, inden de selv slipper kontakten til den enkelte familie. Det er dog oplevelsen, at det ikke altid er muligt, fordi udredning og børnefaglig undersøgelse i nogle kommuner kan være en langvarig proces. Generelt bliver det fremhævet på ledelsesniveau, at samarbejdet med mange forskellige kommuner har været med til at give psykiatrien en forståelse for, hvordan de kommunale rammer og muligheder er forskellige, hvilket også betyder, at man som familie ikke kan forvente hverken samme forløb eller samme indsats på tværs af kommuner. Ledelsen i Bakkehuset opfatter det således selv som en central opgave at etablere en god overgang fra henvendelsen i PAM til iværksættelse af relevante tiltag på det relevante niveau i den enkelte sag.

Som udgangspunkt fastholder Bakkehuset kontakten med familien, indtil der er etableret en stabil anden relevant indsats. Dette er det ideelle, men i praksis er det ikke altid muligt på grund af lang sagsbehandlingstid.

Et fast kontaktpunkt

Alle børn/unge får tildelt en fast kontaktperson i den tværsektorielle enhed, og den løbende kontakt med familierne består af familiernes fremmøde i enheden, støttende samtaler, deltagelse i netværksmøder, telefonkonsultationer og hjemmebesøg. Formen på de støttende samtaler er fleksibel, og det er et særligt fokus hos medarbejderne, at familierne skal kunne mødes, hvor det giver mening, og opleves som trygt for dem, hvorfor der arbejdes med såvel hjemmebesøg som gåture og møder i andre omgivelser. Det primære fokus er, at familierne skal opleve, at den faste kontakt er der for dem på deres præmisser i en krisesituation, og hvis det betyder, at man må komme til dem i en periode, så er det en mulighed.

Den faste kontakt er med til at skabe ro omkring familien og sikre overblik og en rød tråd i forløbet på et tidspunkt, hvor mange familier oplever kaos og usikkerhed. Det bliver samtidig fra såvel medarbejdere som familie fremhævet, at netop den stabile kontakt og den lette adgang til støtte er afgørende for indsatsen i Bakkehuset, fordi familierne oplever, at der er nogen, der hører dem og står sammen med dem for at skabe klarhed og finde den rigtige vej for deres barn eller unge menneske. En familie beskriver betydningen på følgende måde: "Der blev skabt en følelse af håb. Der sad nogle mennesker med nogle tydelige rammer for, hvad der skulle ske. Vi blev mødt med en ro, der smittede af på os som familie."

Medarbejderne fremhæver i særlig grad fleksibiliteten i formen på kontakt som et væsentligt element i forhold til at skabe tryghed og føle sig mødt som familie.

En tværfaglig indsats

Der arbejdes som udgangspunkt i teams med to forskellige fagligheder om hver familie, som der er kontakt med. Dette sikrer en vis grad af tværfaglighed i indsatsen for alle tilknyttede familier. Det varierer hvilke fagligheder, der er repræsenteret i teamet knyttet til den enkelte familie, men så vidt muligt er der både medarbejdere med forankring i en kommunal baggrund og en regional baggrund.

Tværfagligheden understøttes endvidere af daglige konferencer, hvor de forskellige sager drøftes sammen med hele teamet og overlægen i Bakkehuset.

Der er et stort fællesskab om flere opgaver, som kan varetages af flere forskellige faggrupper i enheden. På denne vis har enheden udviklet en vis grad af fællesfaglighed. Samtidig er der også fagspecifikke opgaver, hvor medarbejdere med specifikke uddannelser og erfaring løser specifikke opgaver, som når for eksempel lærerne ansat i Bakkehuset bliver brugt specifikt til skolemæssige opgaver. Her kan de have en direkte rolle i relationen til barnet eller den unge, eller de kan fungere rådgivende i forhold til de andre ansatte i enheden.

Kompetencer i den tværsektorielle enhed

I Bakkehuset er medarbejderne formelt ansat i børne- og ungdomspsykiatrien, og der er repræsenteret medarbejdere med erfaring fra psykiatrien, med baggrund som henholdsvis børne- og ungdomspsykiater, sygeplejersker, socialrådgiver, specialpsykolog, psykologer, lærer og pædagog med flere.

Medarbejderne med kommunal baggrund er socialrådgivere, som samtidig har en deltidstilling som sagsbehandler i den kommune, de er frikøbt fra.

4.7.3 Organisering

Tværsektorielt personale

De regionale medarbejdere refererer til Afdeling for Børne- og Ungdomspsykiatri, og de kommunale medarbejdere refererer til den kommune, hvorfra de er frikøbt.

Organiseringen med delestillinger fremhæves af såvel medarbejdere som ledelse som vigtig i forhold til at lykkes med intentionen om at bringe kommune og region tættere på hinanden, fordi sagsbehandlerne i praksis fungerer som brobyggere mellem kommune og psykiatri med en forankring begge steder.

Det er oplevelsen, at denne organisering i praksis understøtter bedre sammenhængende borgerforløb og har en effekt, i forhold til at sikre at grænsefladerne mellem sektorer bliver mindre skarpe og mindre komplicerede. Ledelsen i Bakkehuset fremhæver i interviews, at det at have kommunale repræsentanter så tæt inde i samarbejdet giver medarbejderne et vigtigt indblik i de kommunale arbejdsgange og de lovgivningsmæssige rammer, der arbejdes indenfor i den kommunale indsats.

Tværsektoriel indsats eller brobygning?

Det er værd at være opmærksom på, at selvom enheden på sin vis er tværsektoriel med personale med formelle ansættelser i de to sektorer, så er den samtidig på sin vis uden for sektoropdelingen, da de kommunale sagsbehandlere ikke har bevillingsmyndighed, og da det psykiatrisk ansatte personale ikke kan visitere direkte til behandling i psykiatrien. På denne vis kan enheden ses mere som en brobygger mellem sektorer end som en egentlig tværsektoriel aktør. Enheden kan således forstås som en parasektoriel enhed.

4.7.4 Implementering

Det påpeges i interviews, at det kan være vanskeligt at besætte stillingerne, der skal udfyldes af kommunale medarbejdere. Kravet om at skulle arbejde halv tid i en kommunal børne- og familieafdeling og halv tid i den tværsektorielle enhed gør ansøgerfeltet mindre. Samtidig er det – ifølge de interviewede ledere og medarbejdere i enheden – helt afgørende med netop denne konstruktion.

Samtidig bør der her også være en opmærksomhed på ledelse og finansieringen af den tværsektorielle enhed efter projektperiodens udløb. Det kræver således en meget specifik aftale med en given kommune, hvor en sagsbehandler skal frikøbes for ikke at komme i en situation, hvor den kommunalt baserede medarbejder skal referere til to forskellige personaleledelser.

Endvidere må det formodes, at kommunerne kan opleve mindre grad af fælles ansvar for enheden, hvis ikke kommunerne er medfinansierende.

Modellen med en selvstændig tværsektoriel enhed kan endvidere være praktisk vanskelig, da der skal opbygges en helt ny organisation med egen ledelse med mere. En selvstændig organisatorisk enhed gør samtidig den fremskudte funktion meget tydelig og vil formodentlig i nogen grad lette udbredelsen af kendskabet til funktionen.

4.8 Fremskudt funktion 7: Kompetenceudvikling målrettet forældre

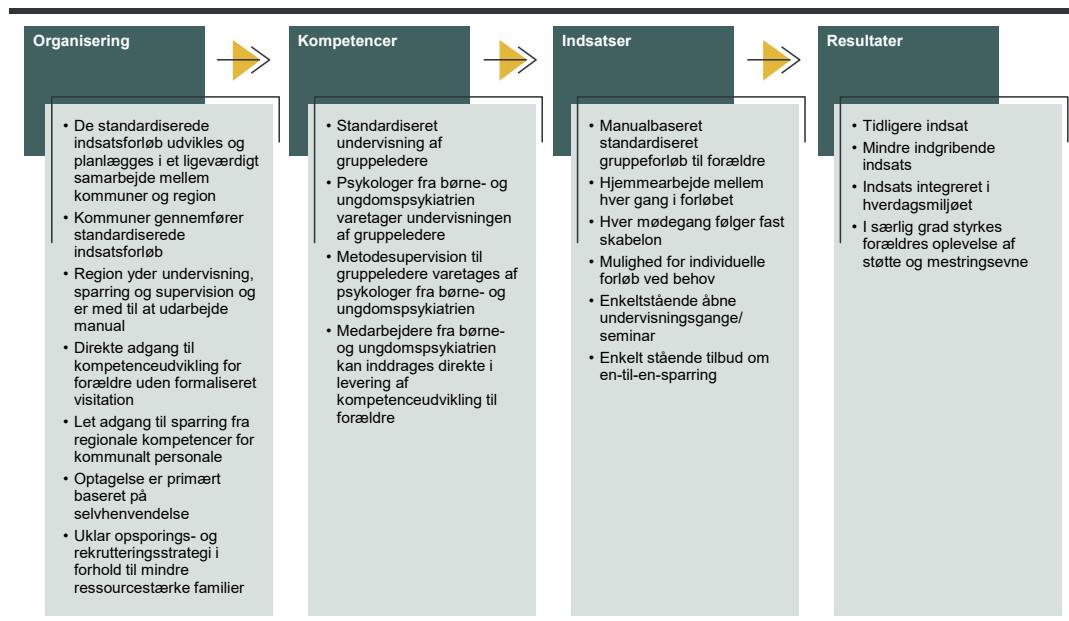
I STIME-projektet i Region Hovedstaden er der blevet udviklet og afprøvet et manualbaseret gruppeforløb målrettet forældre til børn præget af uro og med udfordringer i forhold til opmærksomhed og impulsivitet.

Også i projektet i Region Syddanmark har der været eksplicit fokus på at styrke forældrenes kompetencer i en række forskellige aktiviteter.

I en række af de øvrige fremskudte funktioner både i STIME, i projektet i Region Syddanmark og i de øvrige projekter indgår der ligeledes aktiviteter, der inddrager forældrene. Der er dog ikke andre fremskudte funktioner, der så målrettet og standardiseret sigter direkte mod at styrke forældrenes evne til at støtte deres børn i at håndtere de vanskeligheder, de har.

Opsummerende er der gode erfaringer med en fremskudt funktion, der indeholder elementerne i nedenstående figur, hvor også de største udfordringer er nævnt.

Figur 16: Kompetenceudvikling målrettet forældre opsummeret



4.8.1 Resultater

På grund af begrænsede data kan der generelt ikke konkluderes på resultaterne af forældrekompetenceudviklingsaktiviteterne i Region Syddanmark. Konklusionerne om resultater bygger derfor primært på erfaringer fra projektet i Region Hovedstaden.

En tidligere indsats

Mange af de familier, der har henvendt sig for at bede om at deltage i forældreuddannelsen i STIME, er forældre til børnehavebørn. Det betyder, at der i disse tilfælde kan gives en relativt tidlig indsats i en familie.

En mindre indgribende indsats

I det omfang, den tidligere indsats betyder, at problemudviklingen stoppes eller bremses, vil det samtidig betyde, at der er mindre risiko for behov for en mere indgribende indsats senere i familiens forløb. De interviewede behandlere vurderer, at der gennem forældreuddannelsen er givet støtte, der har forhindret, at familierne senere ville have behov for støtte fra PPR.

En indsats, der er integreret i børn og unges hverdagsliv

Indsatsen baserer sig på hjælp til selvhjælp og må på den måde siges at være meget integreret i de pågældende forældres børns hverdagsliv. Blandt andet har forældrene hjemmeopgaver mellem møderne, hvor de ud fra en manual arbejder med sig selv og deres barn i deres egne omgivelser.

At forældre oplever deres børns vanskeligheder afhjulpet, og at deres egne kompetencer til at støtte deres børn øges

De interviewede projektmedarbejdere og samarbejdspartnere har gennem positive tilbagemeldinger indtryk af, at forældrene oplever sig bedre klædt på til at støtte deres børn efter deltagelse i uddannelsesforløbet.

4.8.2 Indsats og kompetencer

I STIME er der udviklet et kort manual- og gruppebaseret uddannelsesforløb for forældre til børn mellem tre og 10 år, hvor uro, opmærksomhed eller impulsivitet er en udfordring. Forløbet består af fire gruppemøder med hjemmeopgaver mellem hvert møde. Børnene deltager ikke i møderne.

Frem til oktober 2021 har tre kommuner afprøvet forældreuddannelsesforløbene, hvor i alt 96 forældre eller forældrepar har deltaget i gruppeforløb, og der er gennemført 11 individuelle uddannelsesforløb. Hvert møde følger en fast dagsorden.

Forældreuddannelsen baserer sig på teori om "Zonen for nærmeste udvikling" og trækker på metoder udviklet til børn med ADHD og lignende vanskeligheder.

Opsporing af deltagere

Der er ikke en standardiseret opsporing til uddannelsen, der hovedsageligt baserer sig på selvhenvendelse. I nogle kommuner er der gjort bredt opmærksom på muligheden for uddannelse gennem besked på Aula. Til gengæld er der en systematisk vurdering af, om forældrene er i målgruppen for uddannelsen gennem brug af scoring på standardiserede parametre. Oplevelsen blandt behandlerne er, at den systematiske vurdering er velfungerende.

Flere gør samtidig opmærksom på, at ikke alle forældre kan leve op til de krav, der stilles i screeningen, og at de mest ressourcetsvage forældre sorteres fra. Også modellen med selvhenvendelse betyder, at det primært er ressourcestærke forældre, der henvender sig.

Helt anderledes er det grebet an i Region Syddanmark, hvor der også gennemføres kompetenceudvikling målrettet forældrene. Her gennemføres der kurser, der er lokalt udviklet, tilrettelagt og gennemført som led i det tættere samarbejde mellem kommuner og den regionale børne- og ungdomspsykiatri. Der er kun blandt enkelte kommuner udviklet fælles modeller for forældrekurserne, og der er ikke noget samlet overblik over de forskellige tilgange, uddannelserne baserer sig på. Der er frem til oktober 2021 gennemført kurser og kursusforløb på op til tre undervisningsgange i otte kommuner, hvor der i alt har været cirka 120 deltagere.

Forældrekurser er i Region Syddanmark blevet suppleret med et webinar målrettet forældre til skolebørn og teenagere, hvor forældrene introduceres til redskaber, hvorigennem man kan hjælpe sit barn/sin teenager til at regulere svære og stærke følelser. Webinaret er optaget og tilgængeligt for alle via internettet. Det er udarbejdet af sundhedsfagligt personale fra den regionale psykiatri og Odense Kommune.

Endelig har der været tilbudt online en-til-en-sparring, hvor forældre har kunnet modtage direkte sparring fra projektmedarbejdere. Forældre har selv kunnet henvende sig på baggrund af information på Aula og hos psykiatriens øvrige vigtige samarbejdspartnere.

Ordningen har været afprøvet i tre kommuner og har været en stor succes, hvor den tilgængelige kapacitet har været booket efter få dage.

Tværfaglighed i udvikling og vedligehold af indsatsen

I STIME beror tværfagligheden i indsatsen sig på, at psykologer ansat i psykiatrien har været med til at udvikle manualen og uddanner og superviserer behandlerne. I Region Syddanmark har tiltagene være mindre systematiske og mindre centralt styret, men projektmedarbejdere fra psykiatrien har deltaget i flere af aktiviteterne og har på denne måde bidraget til et tværfagligt islæt i kompetenceudviklingen.

Styrket helhedsorientering ved fokus på forældre

De interviewede behandlere i Region Hovedstadens manualbaserede gruppeforløb peger på, at en af styrkerne ved forældreforløbet er, at det styrker helhedsorienteringen. Det gøres ved, at der både kan være fokus på barnet og hverdagsmiljøet gennem andre støttetilbud, men altså nu også til forældrene. Udfordringen ved dette kan selvfølgelig samtidig være, at der netop ikke gives støtte til barn og i hverdags-/læringsmiljøet.

Der er ikke data, der kan belyse de lokale konkrete erfaringer med forældrekurser i kommunerne i Region Syddanmark.

Standardiserede kompetencer

I STIME uddannes de kommunale gruppeledere (der oftest er PPR-psykologer) af psykologer ansat i psykiatrien. Der er et fast uddannelsesforløb over fire dage, som alle behandlerne skal igennem. Der er frem til oktober 2021 uddannet 40 behandlere.

Endvidere tilbydes der metodesupervision til behandlerne fra psykologerne ansat i børne- og ungdomspsykiatrien, hvor der også er vejledende kriterier for, hvor meget supervision man som behandler skal modtage.

4.8.3 Organisering

I STIME er det kommunerne, der tilrettelægger, rekrutterer til og afholder forældrekurserne. Regionen bakker op med uddannelse og supervision og er med til udvikling af manualen for forældreuddannelsen.

I Region Syddanmark er der ikke et samlet ensartet billede på tværs af de mange aktiviteter, men der afholdes kompetenceudviklingsaktiviteter for forældre, hvor også medarbejdere ansat i børne- og ungdomspsykiatrien har en direkte udøvende rolle.

4.8.4 Implementering

I forbindelse med implementering af forældrekompetenceudviklingsaktiviteter bør der være særlig opmærksomhed på, hvordan også forældre i mindre ressourcestærke hjem kan få mulighed for at deltage i uddannelsesaktiviteterne.

5 Tværgående konklusioner

I dette afsnit gives et samlet svar på evalueringens fire underspørgsmål, hvor de vigtigste læringspunkter fra analysen af de fremskudte funktioner opsummeres.

5.1 Resultater af indsatsen

5.1.1 Kan det sandsynliggøres, at de fremskudte funktioner resulterer i en tidligere indsats?

Udvikling i henvisninger til børne- og ungdomspsykiatrien

Dette spørgsmål er blandt andet søgt belyst gennem en analyse i udviklingen i henvisninger til børne- og ungdomspsykiatrien.

Når der tages højde for den række af andre mulige faktorer, der kan påvirke udviklingen i henvisninger, skal den fundne udvikling tolkes med stor forsigtighed. Det kan på baggrund af det tilgængelige data konkluderes, at de afprøvede fremskudte funktioner ikke i sig selv har påvirket udviklingen i en så høj grad, at dette kan ses i antallet af henvisninger og andelen af afviste henvisninger. Dette betyder dog ikke, at det kan konkluderes, at der ikke er sammenhæng mellem indførelse af fremskudt funktion og udviklingen i henvisninger. Blot at denne betydning ikke på det nuværende niveau er stor nok til, at dette kan ses i de generelle henvisningsdata.

Undtagelsen er udviklingen i Region Nordjylland, hvor der ses det største fald i andelen af afviste henvisninger til børne- og ungdomspsykiatrien i netop de kommuner der har anvendt tværsektorielle faste sparringsmøder og netværksmøder mest. Dette kan indikere at de fremskudte funktioner i Region Nordjylland har en mulig positiv påvirkning på henvisningerne til børne- og ungdomspsykiatrien.

Kvalitative vurderinger

Ifølge de fagprofessionelles opfattelse så fører langt de fleste af de afprøvede fremskudte funktioner til en tidligere indsats, når der er konstateret en bekymring. Dette sker gennem en større gensidig tværsektoriel forståelse og tværsektoriel tillid, som betyder bedre samarbejde. Det bedre samarbejde kan føre til en mere fleksibel og smidig indsats, der betyder, at barnet eller den unge hurtigere får tilbudt den relevante indsats. Denne pointe gælder på tværs af det konkrete bekymringsniveau.

Den tidligere indsats kan også styrkes gennem fokus på tidlig opsporing. I de fremskudte funktioner har der været fokus på at styrke opsporingen på særligt to måder. For det første ved at arbejde med universel opsporing gennem en styrkelse af kompetencerne hos frontpersonalet på almenområdet i skoler og dagtilbud. Her har der været gode erfaringer med at formidle få klare tegn på psykisk mistrivsel, som frontpersonalet har kunnet være opmærksomme på.

For det andet har der været arbejdet med standardiserede screeninger i den selekterede opsporing. Der har været positive erfaringer med den systematik, dette har repræsenteret, men der har samtidig været udfordringer i forhold til at sikre et relevant tilbud til alle børn med udfordringer.

5.1.2 Kan det sandsynliggøres, at de fremskudte funktioner resulterer i en indsats, der er integreret i børn og unges hverdagsliv, og som er mindre indgribende?

Der er stor enighed om, at en indsats, der så vidt muligt kan integreres i børn og unges hverdagsliv, alt andet lige vil være mindre indgribende. De to målsætninger om henholdsvis en mindre indgribende indsats og en indsats integreret i børnenes hverdagsliv er således sammenfaldne.

I de fremskudte funktioner er en mindre indgribende indsats opnået på primært to måder.

- For det første er der skabt let adgang til lettere behandling og standardiserede indsatsforløb. Dette betyder i en række kommuner, at der kan iværksættes indsatser til en målgruppe, hvor der ikke tidligere var målrettede indsatser. Ligeledes betyder det, at børn og unge, der tidligere ville være tilbudt alternative indsatser hurtigere kan tilbydes en mindre indgribende indsats.
- For det andet er der gennem en række af de fremskudte funktioner arbejdet med at skabe større sammenhæng i indsatsen på tværs af støtte til familie, barn og hverdagsmiljøet i skole og dagtilbud. Den styrkede sammenhæng kan bidrage til en større effekt af de iværksatte tiltag, hvilket betyder, at der ikke i samme udstrækning udvikles behov for mere indgribende indsatser.

Endelig skal det nævnes, at en tidligere indsats i sig selv kan føre til en mindre indgribende indsats gennem den tertiære forebyggelse, hvor problemudviklingen bremses.

5.1.3 Kan det sandsynliggøres, at de fremskudte funktioner resulterer i, at forældre oplever deres børns vanskeligheder afhjulpet, og at deres egne kompetencer til at støtte deres børn øges?

Ifølge såvel forældre som fagprofessionelle oplever forældre i høj grad et positivt udbytte af en række af de afprøvede fremskudte funktioner. Det handler særligt om følgende:

Indsatser, der inddrager forældrene direkte i både den lettere behandling og i kompetenceudvikling målrettet forældrene, opleves positivt af forældrene. Samtidig påpeger fagprofessionelle, at der bør være øget opmærksomhed på forældre- eller familieinddragelse i de manualiserede forløb, hvor dette ikke står centralt.

Forældre fremhæver særligt de tiltag, hvor der er en tydelig kontaktperson for familien. Oplevelsen af ikke at stå alene, og at der er en støtte, som kan hjælpe en i kritiske situationer, fremhæves som meget positivt.

Både interviewede forældre og fagprofessionelle oplever, at forældrene gennem deltagelse i de standardiserede lettere behandlingsprogrammer og gennem deltagelse i forløb målrettet udvikling af forældrekompetencer får stærkere kompetencer til at håndtere de vanskeligheder, som deres børn står med. Samtidig efterspørges der også forældrerettet støtte de steder, hvor dette ikke er indtænkt som en del af et standardiseret indsatsforløb.

En tidlig kontakt med medarbejdere fra børne- og ungdomspsykiatrien opleves meget positivt af både forældre og kommunale medarbejdere. Der kan ofte være en konflikt i samarbejdet mellem kommunale medarbejdere og forældre i tilfælde, hvor forældre gerne vil have en henvisning til psykiatrien. I nogle tilfælde vurderer de kommunale medarbejdere, at dette ikke er relevant. Her gør det ifølge de kommunale medarbejdere stor forskel, at en medarbejder fra psykiatrien kan fortælle, at de har samme vurdering som den kommunale medarbejder. Det betyder ofte, at samarbejdet med de kommunale medarbejdere kan fungere bedre efterfølgende.

5.2 Konkrete indsatser

5.2.1 Hvilke konkrete indsatser tilbydes i den fremskudte funktion?

Der er på tværs af de seks projekter identificeret seks typer af fremskudt funktion, der vurderes at have positive resultater. Det drejer sig om:

- Faste sparringsmøder
- Styrkede netværksmøder
- Standardiserede indsatsforløb (herunder lettere manualbaseret behandling)
- Psykiatrien i frivillig forening
- Tværsektoriel enhed
- Kompetenceudvikling målrettet forældre

Overordnet kan disse indsatser kategoriseres som enten:

- A. Nye borgerrettede indsatser, der ikke i forvejen tilbydes bredt i de fleste kommuner og regioner.
- B. Indsatser, der sikrer en bedre sammenhæng i de allerede eksisterende borgerrettede indsatser.

Til gruppe A kan henregnes:

- De standardiserede indsatsforløb (trin 2-indsats i terminologien fra forløbsprogrammerne), der hovedsageligt omfatter lettere behandling, der tilbydes i kommunerne under regional supervision.
- De tilfælde af helhedsorienterede fællessektorielle indsatser, som særligt det tættere samarbejde gennem faste sparringsmøder i Region Syddanmark har givet anledning til.
- De specifikt målrettede forældrekompetenceudviklende programmer i Region Hovedstadens STIME-projekt og en række forældrerettede generelt rådgivende og vejledende tiltag, der kan ses som element i de generelle kompetenceudviklende tiltag på tværs af alle projekter undtagen de to projekter i Region Sjælland, der ikke har haft generelt kompetenceudviklende aktiviteter.

Til gruppe B kan henregnes:

- Styrkede netværksmøder, der tilbydes i Region Nordjylland, hvor medarbejdere fra børne- og ungdomspsykiatrien kan deltage ved behov.
- Faste sparrings- og koordineringsmøder i hver kommune med deltagelse af medarbejdere fra den regionale børne- og ungdomspsykiatri, der tilbydes i Region Nordjylland, Region Midtjylland og Region Syddanmark.
- Medarbejdere fra psykiatrien i frivillig forening, der betyder bedre samarbejde mellem frivillige og den regionale børne- og ungdomspsykiatri i Region Sjælland.
- Tværsektoriel enhed med koordinationsopgave, hvor en selvstændig organisatorisk enhed har fokus på brobygning, koordinering og afklaring af støttebehov for familier i krise grundet børnenes psykiske vanskeligheder.
- Samarbejde med almen praksis, hvor kommunikationen mellem kommune og almen praksis understøttes gennem standardiserede kommunikationskanaler. Her er det vigtigt at være opmærksom på, at behovet er tydeligt, men at den afprøvede løsning ikke opleves som generelt anvendelig.

Endvidere kan det, i forlængelse af afsnittet ovenfor om resultater, på tværs af de fremskudte funktioner konstateres, at det opleves meget positivt hos både forældre og fagprofessionelle, når der er tydelighed i, hvor man kan henvendes sig ved behov for lettere behandlende indsatser, og når der er tydelighed i, hvem der tager ansvar for koordinering af den samlede indsats.

Endelig skal det – også på tværs af de fremskudte funktioner og i forlængelse af afsnittet om resultater – konstateres, at muligheden for, at forældre til et barn med psykiske vanskeligheder, kan møde medarbejdere fra den regionale psykiatri, inden der udarbejdes en henvisning til psykiatrien, opleves meget positivt. Her er det centralt, at det både opleves som en gevinst for forældre, den regionale psykiatri og for de kommunale medarbejdere.

Sammenlignet med tidligere undersøgelser på området ses det, at de afprøvede fremskudte funktioner adresserer netop nogle af de kendte udfordringer i indsatsen for børn og unge med psykiske vanskeligheder. Særligt skal her fremhæves evalueringen af implementering af forløbsprogrammer for børn og unge med psykiske lidelser, hvor der blev peget på en manglende adgang til og placering af ansvar for trin 2-behandling og den koordinerende opgave.

5.3 Kompetencer

5.3.1 Hvilke kompetencer udvikles gennem den fremskudte funktion og hvordan?

På tværs af de afprøvede fremskudte funktioner er en lang række forskellige kompetencer kommet i spil. Både peges der på kompetencer, der er vigtige at kunne trække på i de fremskudte funktioner, men også på kompetencer, der udvikles gennem samarbejdet om en fremskudt funktion. De tre vigtigste pointer er beskrevet herunder.

For det første fremhæves det meget bredt blandt alle de interviewede fagprofessionelle i alle projekter, at den styrkede adgang til viden om muligheder og begrænsninger på tværs af sektorer er en stor gevinst i den samlede indsats. Det fremhæves også, at netop det tættere strukturerede samarbejde i de fremskudte funktioner er med til at øge det gensidige sektorkendskab på tværs af sektorer. Det tættere samarbejde og det øgede kendskab til sektorernes vilkår og muligheder betyder, at der udvikles en høj grad af tværsektoriel tillid. Ifølge de interviewede fagprofessionelle er denne tværsektorielle tillid med til at skabe et mere fleksibelt og smidigt samarbejde, der kan føre til hurtigere afklaring af støttebehov og indsatsmuligheder for det enkelte barn/den enkelte unge.

For det andet fremhæves det, særligt i forbindelse med de standardiserede indsatsforløb, at specialpsykologerne ansat i børne- og ungdomspsykiatrien har været afgørende for en velfungerende indsats. Det har i særlig grad handlet om deres rolle i forbindelse med undervisning (herunder certificering) og supervision af det specialiserede kommunale fagpersonale.

Det fremhæves også af de interviewede kommunale projektmedarbejdere, at det har været oplevet som positivt, at det kommunalt ansatte personale har fået mere opmærksomhed på psykopatologiske forhold gennem undervisning, sparring og supervision hos det regionalt ansatte personale. Det har i særlig grad været vigtigt i forhold til at styrke en tidlig opsporing af børn og unge med psykiske vanskeligheder. Særligt i projekterne i Region Hovedstaden og i Region Midtjylland er der blevet arbejdet med at udvikle materiale, der kan understøtte de generelle kompetenceudviklende tiltag. Særligt fremhæves det udviklede materiale målrettet forskellige specialistniveauer i STIME-projektet som velfungerende og understøttende også for frontpersonalet i almenområdet (skole og dagtilbud).

5.4 Organisering

5.4.1 Hvilke former for organisering bidrager til udviklingen af kompetencer og indsatser i den fremskudte funktion?

Den organisatoriske kompleksitet på tværs af de seks projekter med tilhørende delprojekter har været meget stor, og en række meget forskellige organisatoriske forhold har gjort sig gældende. I denne konklusion fokuseres der i særlig grad på, hvordan netop det tværgående samarbejde har været organiseret, da det erfaringsmæssigt er vanskeligt at etablere formaliseret samarbejde på tværs af sektorgrænser. Samarbejdet har været grebet an på en række forskellige måder, som præsenteres nedenfor.

For det første kan der identificeres flere tilfælde af det, man kan kalde et flersektorielt samarbejde. Det velfungerende flersektorielle samarbejde er defineret ved, at der er et samarbejde med tydeligt definerede og gensidigt afgrænsede roller i forhold til den konkrete borgerrettede indsats. Det er den type organisering, der gør sig gældende i forhold til de fremskudte funktioner med standardiserede indsatsforløb. Her er det de kommunalt ansatte medarbejdere, der er ansvarlige for at gennemføre den lettere behandling eller standardiserede indsats, og de regionalt ansatte er ansvarlige for at undervise og yde sparring og supervision til de kommunale medarbejdere. Ligeledes er det denne type samarbejde, der karakteriserer samarbejdet mellem region og frivillig forening, hvor en medarbejder for psykiatrien er "udstationeret" hos den frivillige forening med nogle specifikke opgaver i forhold til kompetenceudvikling hos de frivillige og i forhold til at tage konkrete samtaler med de unge.

For det andet kan der identificeres mere klassisk tværsektorielt samarbejde, hvor der sker en direkte udveksling af perspektiver på tværs af sektorer i konkrete borgerforløb. Her er et velfungerende samarbejde karakteriseret af, at de deltagende sektorer i samarbejde prøver at opnå en større forståelse for problemstilling og mulige indsatser eller tiltag i forhold til konkrete børn eller unge og deres familier. Dette ses særligt i de fremskudte funktioner om faste sparringsmøder og om styrkede netværksmøder. I begge typer af funktion er der lavet en konkret formalisering af samarbejdet omkring forståelse og planlægning.

Der kan her også peges på, at der med den fremskudte funktion om styrket samarbejde med almen praksis blev forsøgt etableret et tværsektorielt samarbejde. Dette er dog inden for projektet kun lykkedes i begrænset omfang og primært gennem konkrete samarbejdsaftaler mellem enkeltkommuner og enkelte konkrete praktiserende læger. Det er således tydeligt, at der fortsat er behov for udvikling af en organisatorisk model for styrket samarbejde særligt mellem kommuner og almen praksis.

For det tredje ses der i enkelte tilfælde en organisering af samarbejdet, der kan karakteriseres som et fællessektorielt samarbejde. Det fællessektorielle samarbejde kan defineres som et samarbejde, hvor de to sektorer ikke bare sammen etablerer en fælles problemforståelse og en fælles forståelse af indsatsbehovet (som i det klassiske tværsektorielle samarbejde), men også yder selve indsatsen til barnet, den unge og eventuelt forældre i tæt samarbejde. Et sådant samarbejde understøtter således også en helhedsorienteret tilgang i såvel problemforståelse som intervention. Særligt kan der i Region Syddanmark identificeres elementer af fællessektorielt samarbejde, i de tilfælde hvor der iværksættes direkte indsatser på baggrund af drøftelser på de faste sparringsmøder. Her har de kommunale og regionale medarbejdere mulighed for sammen at yde en konkret indsats til barnet, den unge eller familien. Det er på baggrund af erfaringerne fra de tre projekter, hvor der er arbejdet med faste sparringsmøder, tydeligt, at der er behov for at tydeliggøre de juridiske rammer for organisering af samarbejdet. Således har vi set tre helt forskellige tolkninger af mulighederne blandt andet for fællessektoriel indsats.

Endelig skal der peges på etableringen af det, man kan kalde for parasektorielt samarbejde. Dette skal forstås som et samarbejde mellem ansatte i henholdsvis kommunal og regional sektor, som sammen yder en indsats, der dog alene er en koordinerende og afklarende indsats på tværs af sektorer. Medarbejderne har således ikke kompetence til at yde/iværksætte sektorspecifikke tiltag såsom psykiatrisk behandling, sociale foranstaltninger eller specialpædagogisk støtte. De står på denne vis "ved siden af" sektorerne. Denne type samarbejde finder vi i den selvstændige tværsektorielle organisatoriske enhed Bakkehuset i Region Sjælland. Denne type af samarbejde kan især fremhæves som et samarbejde, hvor der er fokus på at støtte børn og familie i det komplekse samarbejde med kommune og region.

Som det er fremgået i gennemgangen af de syv typer af fremskudte funktioner, er behovet for organisering af samarbejdet forskelligt afhængigt af, hvilken type af fremskudt funktion man ønsker at indføre. Generelt kan det dog konkluderes, at vil det styrke grundlaget for de fremskudte funktioner, hvis organiseringen hviler på et ligeværdigt samarbejde, og på en tydeliggørelse af de forskellige sektorer og aktørers konkrete rolle i indsatsen.

Med dette gives også en opfordring til præcision i formålet med etablering af tværsektorielt samarbejde, da dette kan have mange former, der giver forskellige muligheder. Særligt skal der her peges på udfordringerne i forhold til etablering af egentlig tværsektorielt samarbejde og fællessektorielt samarbejde. I analysen er det fremgået, at der skal relativt omfattende udviklingsprojekter til for at etablere dette samarbejde, og at det fremgår ligeledes, at dette meget ofte alene er koblet op på muligheden for projektfinansiering. Hvis der ønskes mere vedvarende tværsektorielt, fællessektorielt eller parasektorielt samarbejde, bør det overvejes, om muligheden for dette kan styrkes gennem stærkere central eller aftalebaseret regulering af dette.

6 Bilag A: Deskriptiv analyse af udviklingen i henvisninger til børne- og ungdomspsykiatrien

6.1 Udviklingen i henvisninger i Danmark (2018-2021)

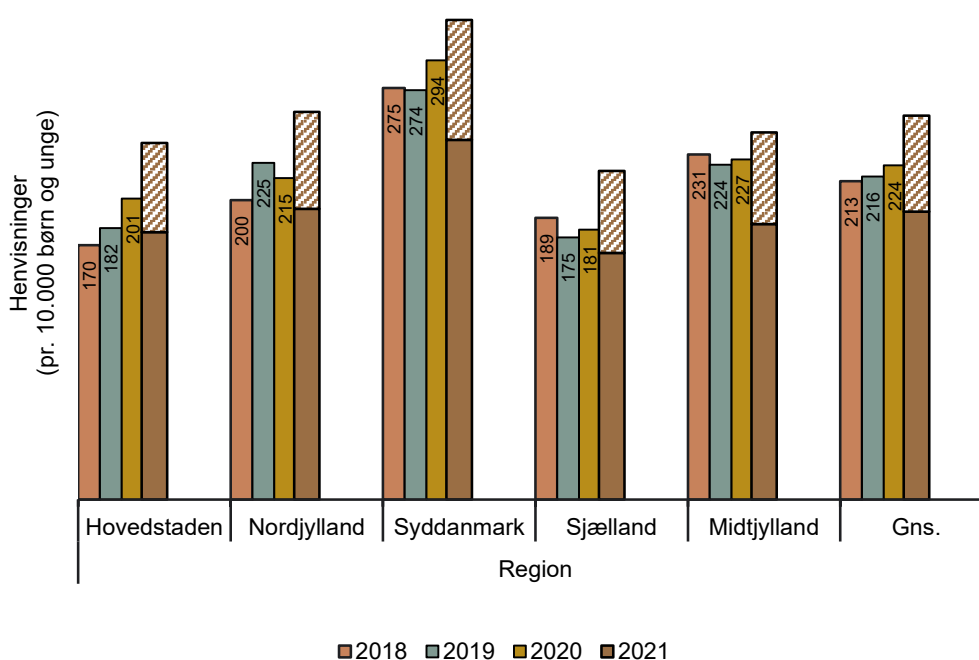
Børne- og ungdomspsykiatrien i Danmark har i perioden januar 2018 til september 2021 modtaget i alt 97.618 henvisninger på tværs af de fem regioner, hvoraf 31.187 af henvisningerne, svarende til 29%, blev afvist. Antallet af henvisninger i alt, og andelen af henvisningerne, som bliver afvist, er præsenteret i Tabel 1 fordelt på årstal. I tabellen er det vigtigt at være opmærksom på, at tal for 2021 ikke repræsenterer et helt år. Det kan derfor ikke antages, at henvisningstallet for 2021 er faldet sammenlagt.

Tabel 1: Antal henvisninger til børne- og ungdomspsykiatrien i Danmark i perioden januar 2018 til september 2021

	2018	2019	2020	2021	Total
Antal henvisninger	24.655	24.801	25.980	22.182	97.618
Andel af henvisningerne, som blev afvist	29%	30%	28%	28%	29%

I Figur 17 præsenteres udviklingen i antallet af henvisninger til børne- og ungdomspsykiatrien fordelt på de fem danske regioner, opgjort per 10.000 børn og unge (0-17-årige) i den pågældende region i det pågældende år.

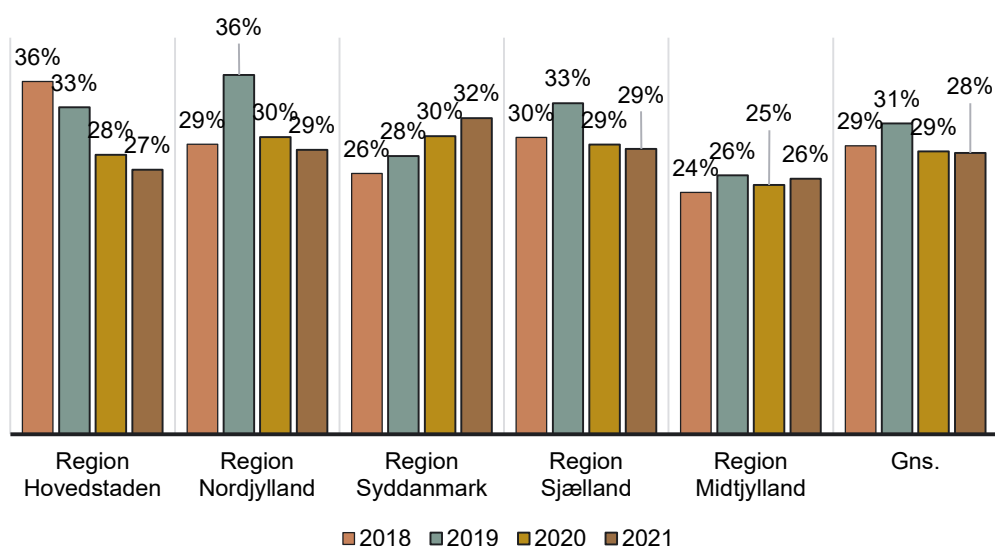
Figur 17: Udvikling i antal henvisninger fordelt på regioner



Note: Da vi kun har data til og med september måned i 2021, har vi estimeret det totale antal henvisninger i 2021 ved at gange antallet af henvisninger fra januar til september med (12/9) for bedre at kunne sammenligne niveauet i 2021 med de øvrige år. Det lyse område i søjlen for 2021 markerer de fremskrevne værdier.

Figur 17 viser, at Region Syddanmark i alle årene i perioden har det største antal henvisninger per 10.000 børn og unge, som vokser fra 275 henvisninger i 2018 til 321 henvisninger i 2021. Region Hovedstaden og Region Sjælland har det laveste antal henvisninger. Alle regionerne har en stigning i antallet af henvisninger på tværs af perioden, så der i alle regionerne er det største antal henvisninger i 2021. Dette tal skal dog tolkes med forsigtighed, da det ikke er det faktiske antal henvisninger i 2021, men et estimat baseret på data for de første 9 måneder af året.

Figur 18: Andel af henvisninger, som bliver afvist, fordelt på regioner

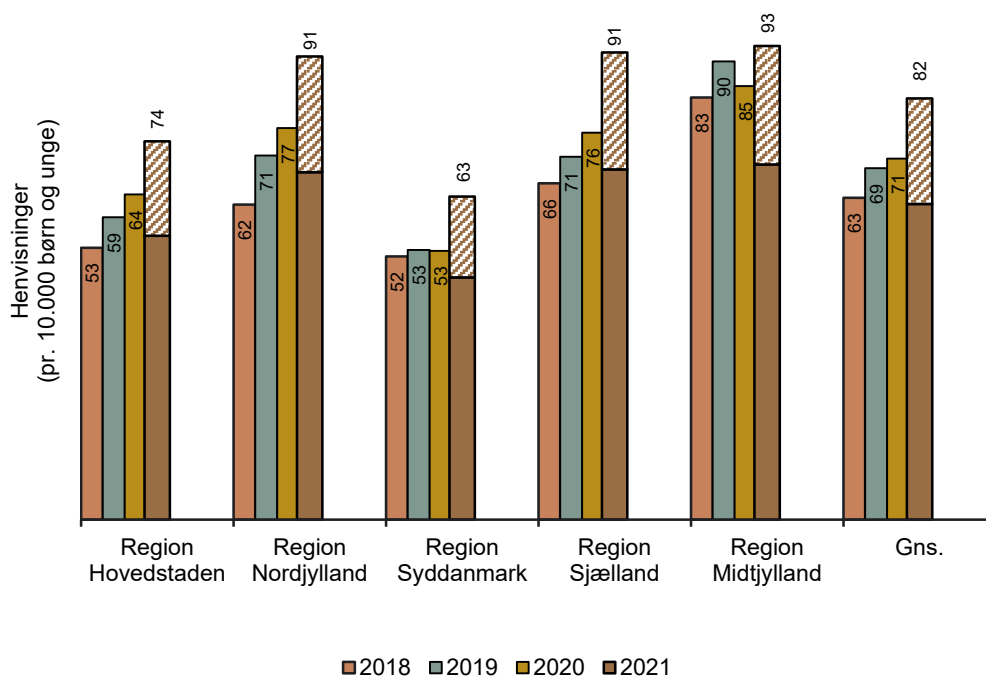


Figur 18 viser andelen af henvisningerne til børne- og ungdomspsykiatrien, som blev afvist. Her er andelen af afviste henvisninger forholdsvis ens på tværs af regionerne. Den gennemsnitlige andel af afviste henvisninger på tværs af de fire år for alle regionerne ligger på omkring 30% undtagen Region Midtjylland, som ligger på omkring 25%. Udviklingen er dog forskellig fra region til region. I Region Hovedstaden ses et fald i andelen af henvisninger, som bliver afvist, fra 36% i 2018 til 27% i 2021. I Region Syddanmark ses derimod en stigning i andelen af afviste henvisninger fra 26% i 2018 til 32% i 2021. Både Region Nordjylland og Region Sjælland oplever begge en stigning i andelen af afviste henvisninger fra 2018 til 2019, men derefter et fald igen fra 2019 til 2021. I Region Midtjylland er niveauet relativt stabilt over alle fire år og stiger kun med 2 procentpoint på tværs af perioden fra 24% i 2018 til 26% i 2021.

I Figur 19 præsenteres antallet af henvisninger til børne- og ungdomspsykiatrien per år, hvor kommunen er den henvisende instans. I gennemsnit står kommunerne i regionerne for 63 henvisninger per 10.000 børn og unge i 2018 og for 82 henvisninger i 2021. Gennemsnittet er altså stigende fra 2018 til 2021. Region Syddanmark har i alle årene færrest henvisninger per 10.000 børn og unge, som er henvist af kommunen. Dette er

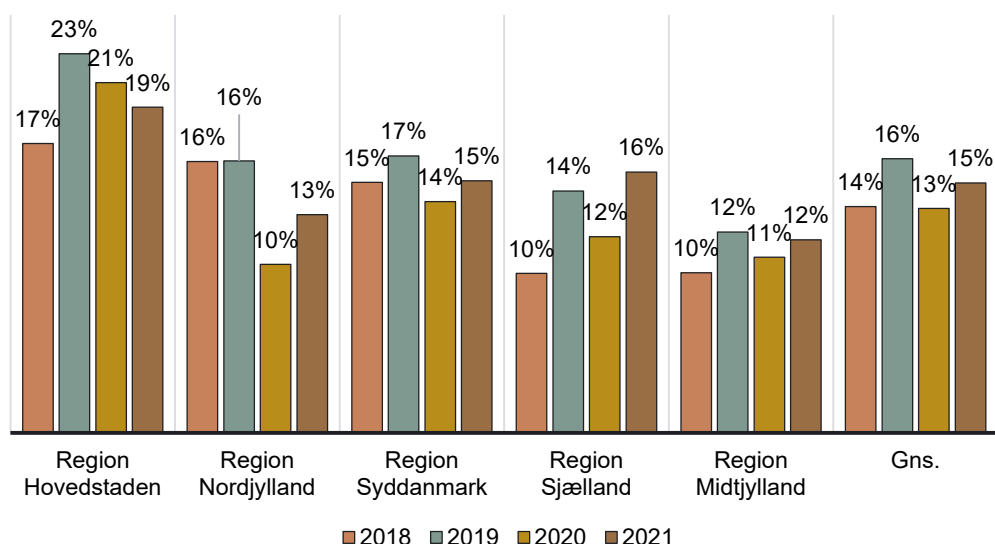
bemærkelsesværdigt, eftersom det er regionen med det største totale antal henvisninger. Henvisninger fra kommunen udgør altså en mindre andel af det totale antal henvisninger i Region Syddanmark end i de øvrige regioner. Generelt ses der i alle regionerne en stigning i antallet af henvisninger fra kommunen fra 2018 til 2021. Tallene for 2021 skal dog tolkes med forsigtighed, da tallet ikke er et endeligt tal, men et estimat baseret på data for de første 9 måneder af året.

Figur 19: Antal henvisninger fra kommunen fordelt på regioner



Note: Da vi kun har data til og med september måned i 2021, har vi estimeret det totale antal henvisninger i 2021 ved at gange antallet af henvisninger fra januar til september med (12/9) for bedre at kunne sammenligne niveauet i 2021 med de øvrige år. Det lyse område i søjlen for 2021 markerer de fremskrevne værdier.

Figur 20 viser andelen af henvisninger fra kommunen, som bliver afvist per år. Sammenlignet med Figur 18 bliver i gennemsnit mellem 11% og 20% af henvisningerne fra kommunen afvist i forhold til omkring 30% blandt det samlede antal henvisninger. I alle regionerne (bortset fra Region Nordjylland) ses en stigning i den årlige andel af afviste henvisninger fra kommunerne fra 2018 til 2019. Men herefter oplever alle kommunerne et fald fra 2019 til 2020 og herefter en stigning i andelen af afviste henvisninger igen fra 2020 til 2021. Der er dermed samlet set ikke en stor udvikling i andelen af afviste henvisninger fra kommunen i de fem regioner i løbet af projektperioden fra 2018 til 2021.

Figur 20: Andelen af henvisninger fra kommunen, som bliver afvist

6.1.1 Delkonklusion

Samlet set kan det konkluderes, at antallet af henvisninger til børne- og ungdomspsykiatrien i Danmark har været stigende fra 2018 til 2020. Denne tendens ses for Region Hovedstaden, Region Syddanmark og Region Nordjylland, mens Region Sjælland og Region Midtjylland har oplevet et lille fald i antallet af henvisninger per 10.000 børn og unge. Tallene for 2021 er svære at konkludere på, da de er et estimat baseret på de første 9 måneder af året, men de tyder på, at alle regionerne har en stigning i antallet af henvisninger fra 2020 til 2021. Andelen af henvisninger, som bliver afvist, ligger for alle regionerne på gennemsnitligt 30% i perioden og er faldet en smule gennem perioden i alle regionerne undtagen Region Syddanmark og Midtjylland, hvor der ses en lille stigning i andelen af henvisninger, som bliver afvist. Ses der specifikt på henvisninger, hvor kommunen er den henvisende instans, har alle regionerne oplevet en stigning i antallet af henvisninger per 10.000 børn og unge i regionen fra 2018 til 2020. Andelen af henvisninger henvist af kommunen, som bliver afvist, er på tværs af regionerne markant lavere end andelen af afviste henvisninger ud af det totale årlige antal henvisninger.

6.2 Udviklingen i henvisninger i Region Nordjylland (2018-2021)

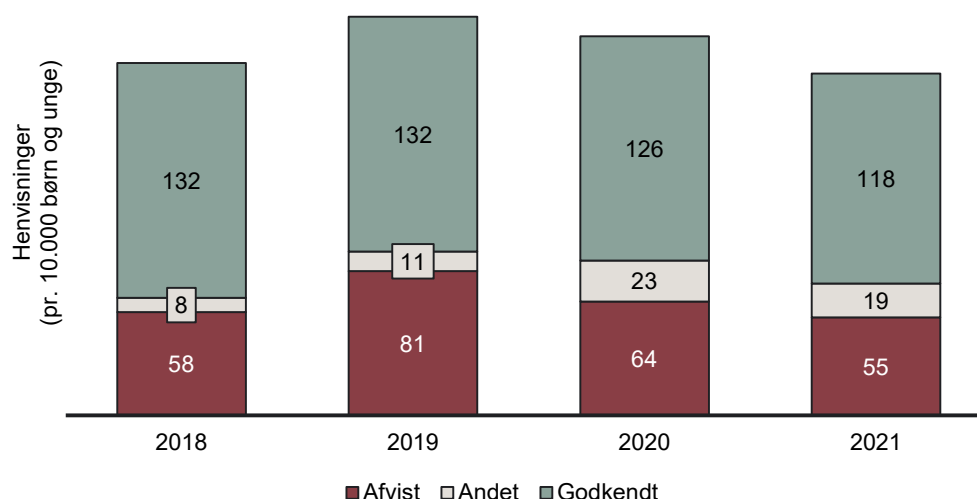
Børne- og ungdomspsykiatrien i Region Nordjylland har i perioden januar 2018 til september 2021 modtaget 9.424 henvisninger. Antallet af henvisninger fordelt på årstal er præsenteret i Tabel 2. I tabellen og alle figurer nedenfor er det vigtigt at være opmærksom på, at tal for 2021 ikke repræsenterer et helt år. Det kan derfor ikke antages, at henvisningstallet for 2021 er faldet sammenlagt.

Tabel 2:
Antal henvisninger i Region Nordjylland i perioden januar 2018 til september 2021

	2018	2019	2020	2021	Total
Antal henvisninger	2.280	2.548	2.419	2.177	9.424

I Figur 21 er det samlede antal henvisninger vist per år og per 10.000 børn og unge. Søjlerne er delt i antallet af henvisninger, som er henholdsvis godkendte, andet og afviste henvisninger.

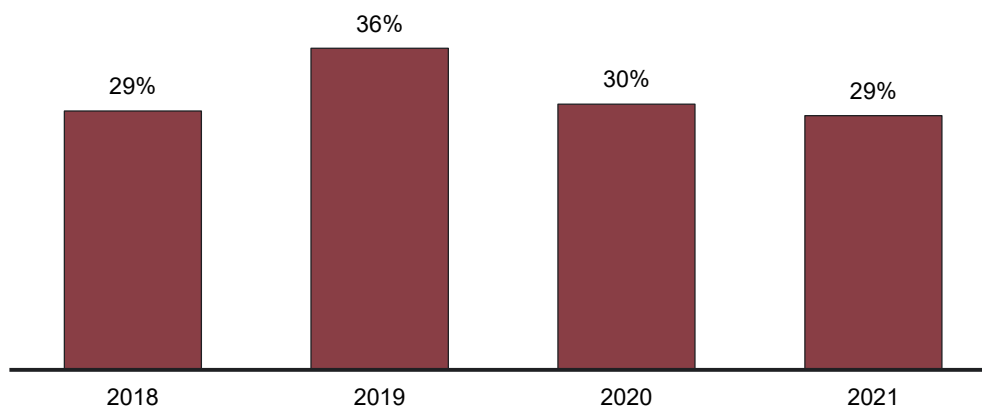
Figur 21: Antal henvisninger i Region Nordjylland fordelt på henvisningsstatus



Note: Afviste henvisninger består af kategorierne "Annullerede". Godkendte henvisninger dækker over kategorierne "Afsluttet til ambulant kontakt" samt "Afsluttet til indlæggelse". Andet dækker over "Omvisiteret til ekstern samarbejdspartner" samt "Venter på visitation".

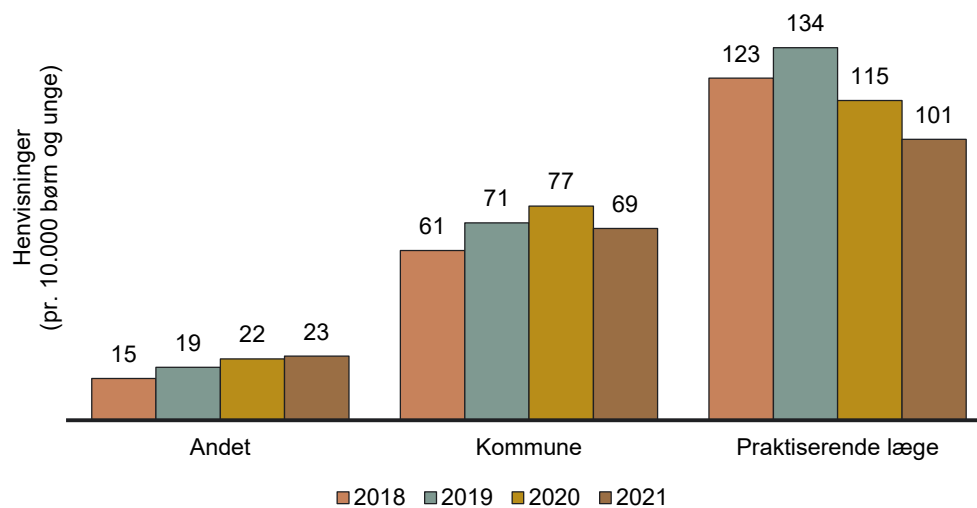
Ifølge Figur 21 blev der i regionen henvist flest børn og unge i 2019 (224 henvisninger per 10.000 børn og unge), hvorefter der forekom et fald i det totale antal årlige henvisninger frem til 2021 (192 henvisninger per 10.000 børn og unge). Antallet af godkendte henvisninger udgør størstedelen af alle henvisninger per år, men falder i antal fra 132 i 2018 og 2019 til 118 i 2021, mens antallet af afviste henvisninger stiger fra 58 i 2018 til 81 i 2019 for derefter at returnere til nogenlunde samme udgangspunkt med 55 afviste henvisninger i 2021. Fokuseres der specifikt på andelen af afviste henvisninger, som er illustreret i Figur 22, viser figuren, at trods ændringerne i antallet af henvisninger forbliver andelen af afviste henvisninger stabil fra 2018 til 2021 på 29%, dog med en midlertidig stigning til 36% i 2019.

Figur 22:
Andel afviste henvisninger ud af det årlige henvisningsantal i Region Nordjylland



I Figur 23 præsenteres antallet af henvisninger fordelt på tre grupper af henvisende instanser. De henvisende instanser er kategoriseret som *Andet*, *Kommune* eller *Praktiserende læge*. Kategorierne er yderligere beskrevet under figuren.

Figur 23: Antal henvisninger i Region Nordjylland fordelt på henviser

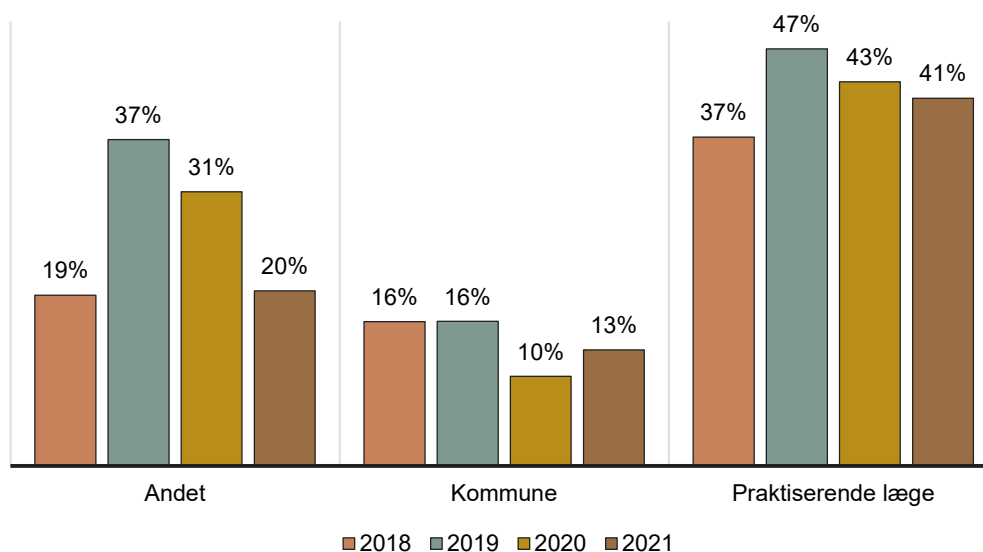


Note: Kategorien "Andet" består af følgende underkategorier: "Andet", "Andet sygehus", "Politi" og "Socialpsykiatri".

Ud fra Figur 23 ses det, at de *praktiserende læger* sender langt flest henvisninger til børne- og ungdomspsykiatrien i perioden 2018-2021. Antallet af henvisninger topes i 2019 med 134 henvisninger per 10.000 børn og unge og falder til 101 henvisninger i 2021 – altså et stykke under udgangspunktet på 123 henvisninger i 2018. En lignende tendens gør sig gældende for *kommunen*, hvor antallet af henvisninger ligeledes stiger. Dog topes antallet af henvisninger henvist fra kommunen med 77 henvisninger per 10.000 børn og unge i 2020 for derefter at falde til 69 henvisninger i 2021, dog fortsat noget over udgangspunktet med 61 henvisninger i 2018. Kun henvisninger fra *andet* stiger gennem hele projektperioden fra 15 i 2018 til 23 i 2021, dog med en afladende tendens fra 2020 til 2021.

Figur 24 viser andelen af afviste henvisninger ud af totalen af henvisninger fra den pågældende aktør fordelt på år.

Figur 24:
Andel afviste henvisninger i de tre grupper af henvisende instanser i Region Nordjylland



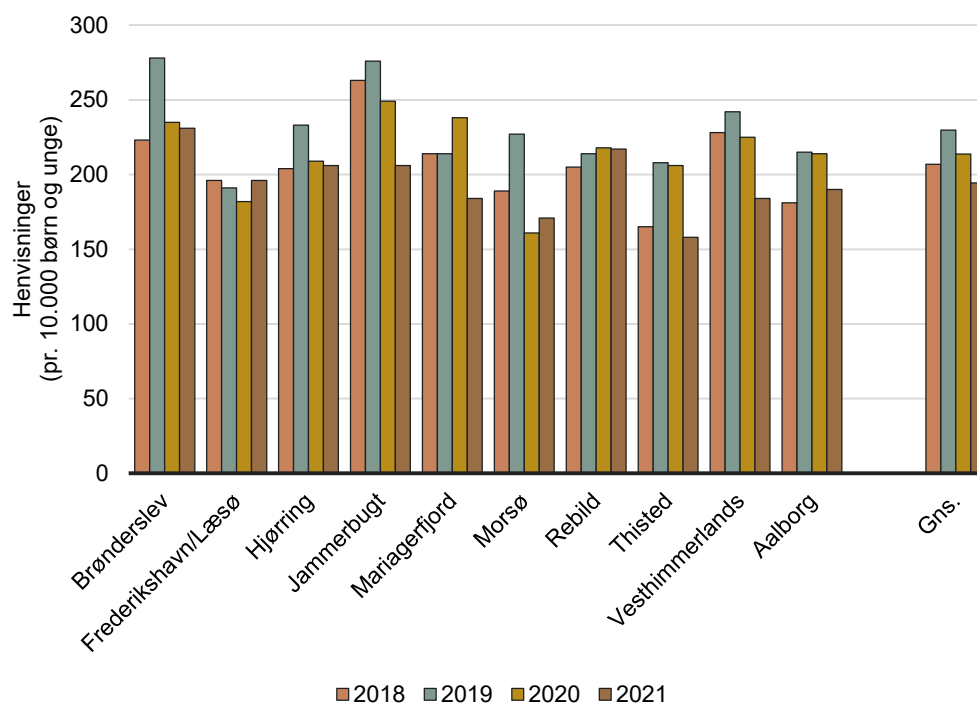
Note: Figuren viser andelen af henvisninger fra samme henviser og i samme år, som bliver afvist. Kategorien "Andet" består af følgende underkategorier: "Andet", "Andet sygehus", "Politi", og "Socialpsykiatri".

Således ligger andelen af afviste henvisninger fra *praktiserende læger* stabilt højt med en lille stigning fra 37% i 2018 til 41% i 2021. Tilsvarende stabilt ligger niveauet for afviste henvisninger fra *kommunerne*, dog med et lille fald over projektperioden fra 16% i 2018 til 13% i 2021. Der er betydeligt større udsving i andelen af afviste henvisninger fra *andet*, som starter og slutter på de cirka 20%, men i både 2019 og i 2020 er steget til henholdsvis 37% og 31%. Dog er der tale om numeriske ganske få henvisninger (mellem 15 til 23 per 10.000 børn og unge, jf. Figur 23), hvorfor disse forskelle er drevet af ganske få sager og derfor i stor stil må tilskrives tilfældigheder frem for egentlige tendenser. Det kan konstateres, at der i projektperioden er et fald i andelen af afviste henvisninger, hvor henviser er en kommune, og at dette fald ikke kan genfindes i de to andre henvisningskategorier. Dette kan give anledning til en hypotese om, at faldet i andelen af

afviste henvisninger kan hænge sammen med projektaktiviteterne, uden at der dog på denne baggrund kan konkluderes på dette. Det er vigtigt at pointere, at der bag ændringerne i andelen af afviste henvisninger ikke kan ses grundlaget for afvisning. Hvorvidt der er tale om afvisninger på baggrund af mangelfuld udfyldt henvisning eller på faglig begrundelse vides ikke.

I Figur 25 præsenteres antallet af henvisninger i Region Nordjylland fordelt på projektkommuner i 2018-2021.

Figur 25: Antal henvisninger i Region Nordjylland fordelt på kommune

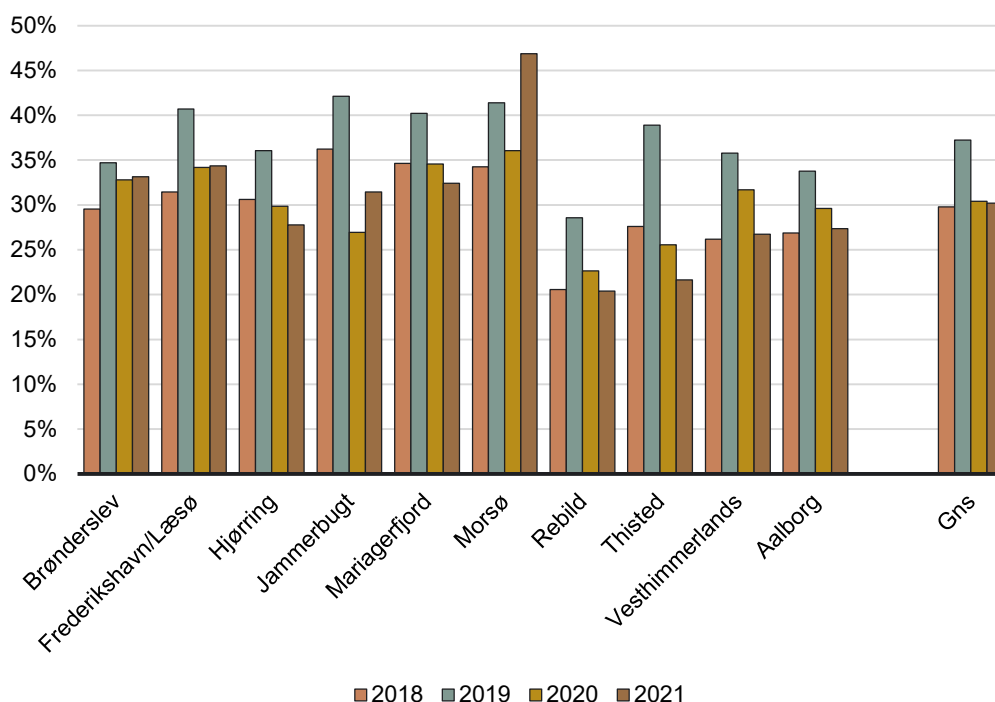


Ifølge figuren forekom det højeste totale antal henvisninger til børne- og ungdomspsykiatrien i Jammerbugt Kommune efterfulgt af Brønderslev Kommune med henholdsvis 994 og 967 henvisninger per 10.000 børn og unge i 2018-2021 (med det højeste antal henvisninger i 2019 i Brønderslev Kommune (278 henvisninger per 10.000 børn og unge). Modsat ses det laveste antal henvisninger på tværs af perioden for Thisted Kommune med et samlet antal henvisninger på 737 henvisninger per 10.000 børn og unge. Dog er der ikke de helt store udsving kommunerne imellem på tværs af årene. Fokuseres der på det gennemsnitlige antal henvisninger for kommunerne per år, forekommer et fald i det samlede gennemsnitlige antal henvisninger fra 206 i 2018 til 194 i 2020 – dog med et udsving i 2019 på 229 henvisninger per 10.000 børn og unge. For størstedelen af kommunerne (Brønderslev, Hjørring, Jammerbugt, Morsø, Thisted, Vesthimmerlands og Aalborg) var henvisningsantallet højest i 2019, mens der for de resterende kommuner sås det største antal henvisninger i 2020 eller 2021.

Der er således hverken meget store udsving på tværs af kommuner eller på tværs af år, når vi kigger på det relative antal henvisninger til børne- og ungdomspsykiatrien i Region Nordjylland.

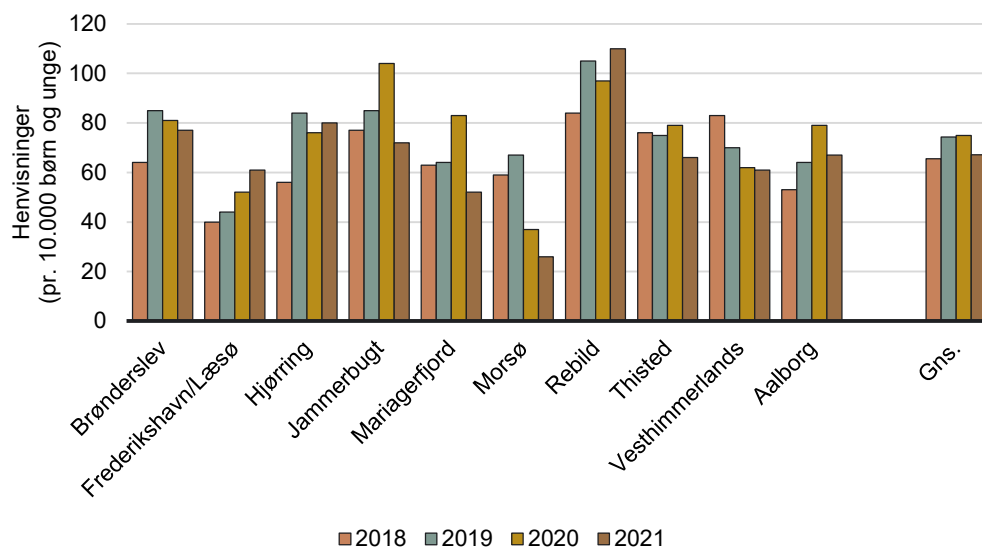
Fokuseres der på andelen af afviste henvisninger ud af det årlige henvisningsantal for hver kommune, præsenteret i Figur 26, ses en gennemgående tendens blandt alle kommuner, undtagen Morsø Kommune, til, at andelen af afviste henvisninger er højest i 2019. Modsat oplever Morsø Kommune den største andel afviste henvisninger i 2021 med hele 47%, hvilket også er den højeste andel afviste henvisninger på tværs af kommuner og årstal. Rebild Kommune har på tværs af år den laveste andel af afviste henvisninger, hvorimod de resterende kommuner ligger nogenlunde ens i deres henvisningsmønster.

Figur 26:
Andel afviste henvisninger ud af det årlige henvisningsantal i hver kommune i Region Nordjylland



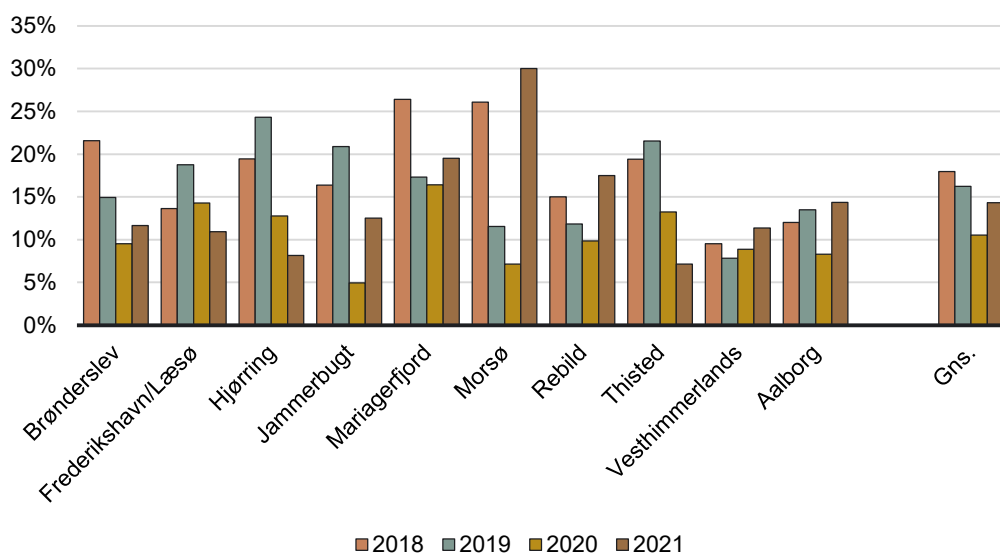
I Figur 27 præsenteres antallet af henvisninger henvist fra kommunen per år for de pågældende kommuner. På tværs af projektkommunerne i Region Nordjylland ses der ingen systematisk tendens eller trend i antallet af henvisninger over tid på tværs af kommunerne. Dertil kommer variation i antallet af henvisninger per 10.000 børn og unge inden for den enkelte kommune. Således er antallet af henvisninger fra Morsø halveret fra 60 i 2018 til 27 i 2021, mens antallet af henvisninger fra Rebild stiger fra 84 i 2018 til 111 i 2021.

Figur 27: Antal henvisninger i Region Nordjylland, hvor kommunen er den henvisende instans, fordelt på kommuner



Figur 28 præsenterer andelen af afviste henvisninger henvist fra kommunen ud af det årlige antal henvisninger for hver kommune per år.

Figur 28: Andel henvisninger fra kommunen, som bliver afvist i hver kommune i Region Nordjylland



Figur 28 viser andelen af afviste henvisninger per kommune per år ud fra det totale antal henvisninger per kommune per år. Ud fra figuren ses, at der, trods betydelig variation, i gennemsnit afvises 10-20% af de kommunale henvisninger. For seks ud af de ti kommuner ses den overordnede tendens, at der fra 2018 til 2021 er et fald i andelen af afviste henvisninger, fraset enkelte kommuner som Morsø, Rebild, Vesthimmerlands og Aalborg. Det kan konstateres, at disse fire kommuner (undtagen Morsø) også har det laveste aktivitetsniveau i projektperioden (jf. Figur 30 og Figur 31).

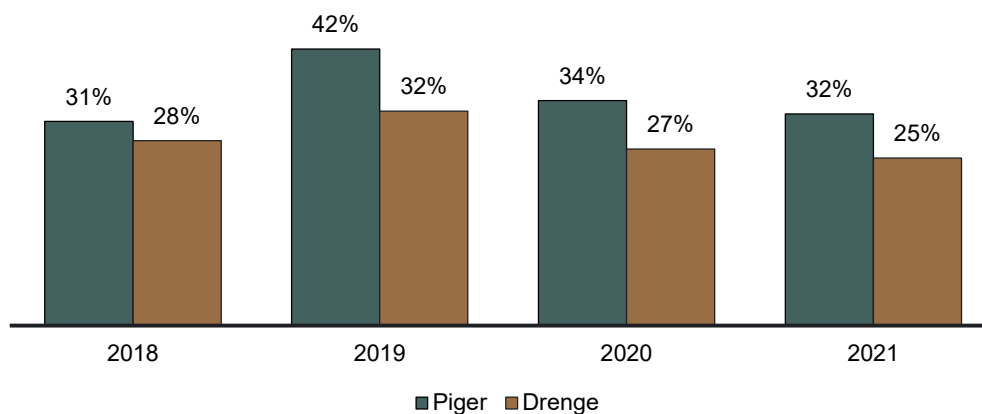
Det fremgår af ovenstående, at der er endog meget stor variation mellem kommuner og fra år til år, i forhold til hvor mange henvisninger fra den enkelte kommune der bliver afvist. Der er ligeledes ikke umiddelbart noget generelt mønster i udviklingen, der kan kobles til aktiviteter i projektet. Det vil dog være interessant at se på, om der kan ses en sammenhæng mellem de kommuner, der har haft større grad af projektaktivitet, og de kommuner, hvor der registreres et fald i andelen af afviste henvisninger.

Tabel 3: Antal henvisninger i alt og antal afviste henvisninger fordelt på køn, angivet per 10.000 børn og unge i Region Nordjylland

	2018	2019	2020	2021	Total
PIGER					
Afviste henvisninger	27	39	33	31	130
Alle henvisninger	90	93	97	98	378
DRENGE					
Afviste henvisninger	30	42	31	24	127
Alle henvisninger	109	131	117	96	453

I Tabel 3 ses, at antallet af afviste henvisninger per 10.000 børn og unge er højere blandt 0-17-årige drenge sammenlignet med piger i samme aldersgruppe, hvor der på tværs af perioden var 378 henviste piger og 453 henviste drenge. Når det kommer til antallet af afviste henvisninger, er der en ubetydelig forskel kønnene imellem, hvor det totale antal afviste henvisninger på tværs af perioden var 130 for piger og 127 for drenge.

Figur 29: Andel afviste henvisninger ud af det årlige henvisningsantal for henholdsvis piger og drenge i Region Nordjylland

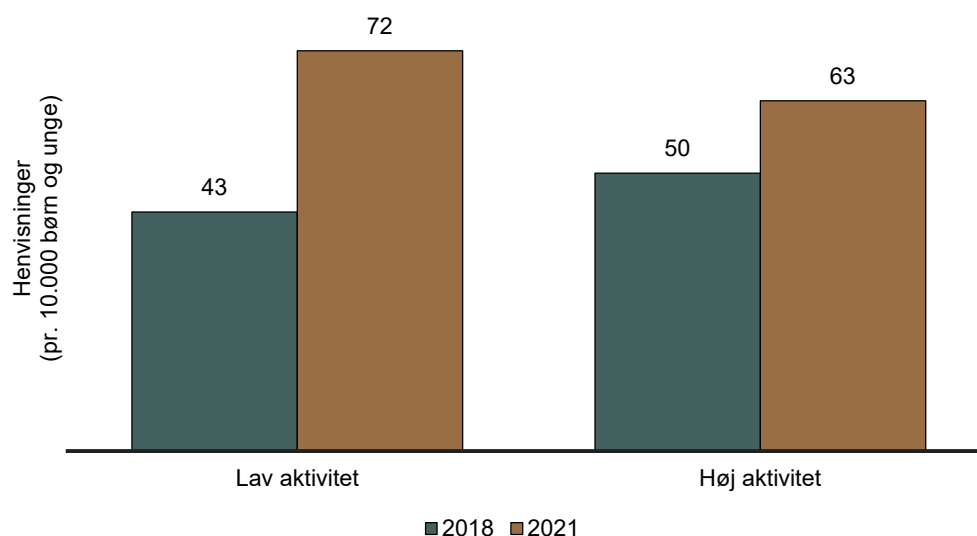


Ud fra figuren ses det, at henvisninger af piger oftere bliver afvist end henvisninger af drenge, startende fra 3% i 2018 til 7% i 2021. Andelen af afviste henvisninger er totalt set størst i 2019 med 36% af alle henvisninger (Figur 22), hvilket i Figur 29 ser ud til at ramme pigerne hårdest. Således stiger deres andel af afviste henvisninger med 11 procentpoint fra 2018 til 2019, mens det for drengenes vedkommende kun er en stigning på 4 procentpoint til samlet 32%. I den samlede projektperiode forbliver andelen af afviste henvisninger for piger stabil omkring de 31%, mens der for drenge er et let fald. Piger og kvinder rapporterer hele livet igennem om et dårligere mentalt helbred end mænd, også i aldersgruppen 16-24-årige³, hvilket står i kontrast til det numerisk større antal henvisninger fra drenge end piger, og det forklarer ikke, hvorfor henvisninger omhandlende piger hyppigere bliver afvist. Hvorvidt der er tale om henvisning med diagnoser, som ikke vurderes ligeligt, eller som der ikke er ens tilbud til i psykiatrien, eller om der er tale om en systematisk forskelsbehandling af piger og drenge er uvist. Såfremt noget af udviklingen i tallene kan tilskrives projektaktiviteten, må det konkluderes, at der ikke ses samme effekt for henholdsvis piger og drenge, og at projektet ikke bidrager til at mindske forskellen mellem kønnene.

Figur 30 viser det årlige antal henvisninger i 2018 og 2021, som er henvist af kommunerne i Region Nordjylland, fordelt på kommunerne, som ligger i den henholdsvis laveste og højeste kvartil af projektaktivitet (se anmærkning til Figur 30 for yderligere forklaring). Data er udvalgt for 2018 og 2021, da årene repræsenterer baseline inden projektopstart samt det afsluttende år med projektaktivitet – netop for at undersøge udviklingen i antallet af henvisninger fra forinden projektopstart til slutningen af projektperioden. Da henvisningsdata for 2021 er opgjort til og med september 2021, er data for 2018 ligeledes korrigeret, så det udelukkende består af henvisninger henvist fra januar til september samme år. Projektaktivitet er opgjort som det samlede antal sager drøftet på henholdsvis faglige sparringsmøder og netværksmøder afholdt i perioden januar 2019 til og med september 2021. Da projektaktivitet er opgjort som et summeret antal på tværs af år, skal inddelingen af kommunerne i henholdsvis lav og høj projektaktivitet tages med det forbehold, at kommunerne ikke nødvendigvis har haft et kontinuerligt lavt eller højt aktivitetsniveau i hele perioden. I nogle tilfælde kan aktiviteten i en given kommune eksempelvis have været høj i ét år og lav i de resterende år.

³ Kilde: Tal og fakta om psykisk sygdom i Danmark. Rapport fra Psykiatrifonden, juni 2021.

Figur 30: Det årlige antal henvisninger i 2018 og 2021 i Region Nordjylland for kommuner med lav og høj projektaktivitet

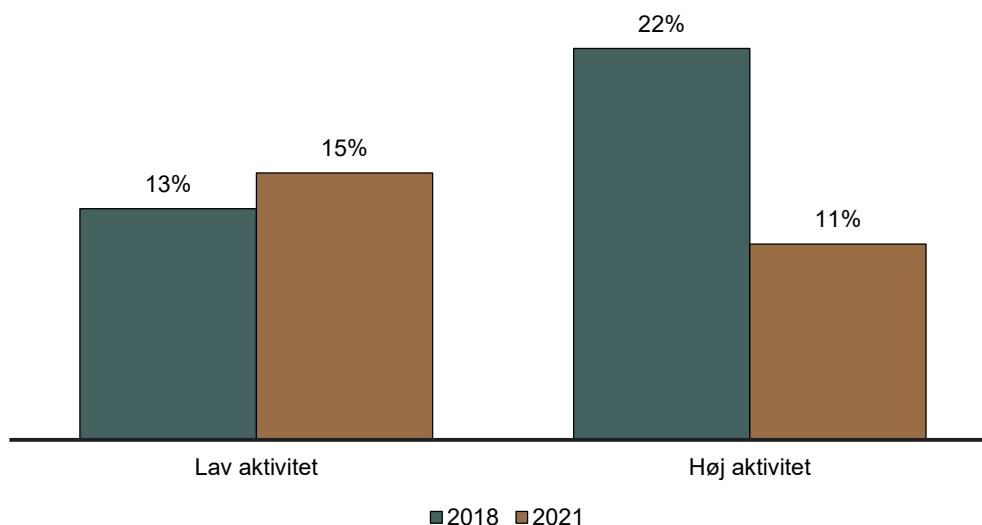


Note: Projektkommunerne er inddelt efter deres borgerrettede projektaktivitet i perioden 2019-2021. Afbilledet i grafen er de projektkommuner, der har henholdsvis de højeste og laveste projektaktiviteter relativt til befolkningsantallet for 0-17-årige i de pågældende kommuner. Projektaktiviteten er i hver kommune summeret på tværs af borgerrettede projektaktiviteter og på tværs af år. Herefter er kommunerne inddelt i kvartiler efter deres aktivitetsniveau. Kategorien "Høj aktivitet" indeholder således de kommuner, hvor projektaktiviteten er i den øverste 4. kvartil, mens "Lav aktivitet" indeholder de kommuner, hvor projektaktiviteten er i den 1. kvartil. Projektkommuner med projektaktivitet i henholdsvis 2. og 3. kvartil er ikke afbilledet i grafen. 1. kvartil indeholder Rebild, Vesthimmerlands samt Aalborg Kommuner, mens 4. kvartil indeholder Brønderslev, Thisted og Morsø Kommuner.

Det ses på figuren, at kommuner med lav projektaktivitet oplever en stigning i det årlige antal henvisninger fra 43 henvisninger i 2018 til 72 henvisninger i 2021 – det vil sige en samlet stigning på 29 henvisninger per 10.000 børn og unge i perioden. En lignende men mindre markant tendens gør sig gældende for kommuner med høj projektaktivitet, hvor der fra 2018 til 2021 forekommer en stigning i antallet af henvisninger fra 50 henvisninger i 2018 til 63 henvisninger i 2021. Sammenlignes antal henvisninger for 2021 for kommuner med henholdsvis lav og høj projektaktivitet ses en lille forskel i antallet af henvisninger, hvor kommunerne med lav aktivitet har et let forhøjet henvisningsantal sammenlignet med kommunerne med højt aktivitetsniveau.

Figur 31 viser udviklingen i andelen af afviste henvisninger ud af det årlige antal henvisninger, som er henvist af kommunerne i Region Nordjylland, fordelt på kommuner, som ligger i den henholdsvis laveste og højeste kvartil af projektaktivitet (samme inddeling af projektaktivitet som i ovenstående figur, se anmærkning til Figur 31 for yderligere forklaring). Andelen af afviste henvisninger er præsenteret for 2018 (baseline inden kommunerne påbegyndte projektaktivitet) samt 2021 til og med september måned.

Figur 31: Andel af afviste henvisninger fra kommunen i Region Nordjylland for kommuner med lav og høj projektaktivitet



Note: Projektkommunerne er inddelt efter deres borgerrettede projektaktivitet i perioden 2019-2021. Afbilledet i grafen er de projektkommuner, der har henholdsvis de højeste og laveste projektaktiviteter relativt til befolkningsantallet for 0-17-årige i de pågældende kommuner. Projektaktiviteten er i hver kommune summeret på tværs af borgerrettede projektaktiviteter og på tværs af år. Herefter er kommunerne inddelt i kvartiler efter deres aktivitetsniveau. Kategorien "Høj aktivitet" indeholder således de kommuner, hvor projektaktiviteten er i den øverste 4. kvartil, mens "Lav aktivitet" indeholder de kommuner, hvor projektaktiviteten er i den 1. kvartil. Projektkommuner med projektaktivitet i henholdsvis 2. og 3. kvartil er ikke afbilledet i grafen. 1. kvartil indeholder Rebild, Vesthimmerlands samt Aalborg Kommuner, mens 4. kvartil indeholder Brønderslev, Thisted og Morsø Kommuner.

Det ses på figuren, at kommunerne med lav projektaktivitet oplever en lille stigning på 3 procentpoint fra 2018 til 2021 i andelen af afviste henvisninger ud af det årlige antal henvisninger henvist fra kommunen. I 2018 afvises 13% af henvisningerne, mens andelen stiger til 15% i 2021. Modsat ses, at kommuner med høj projektaktivitet har et markant fald på 11 procentpoint i andelen af afviste henvisninger, hvor 22% af henvisninger blev afvist i 2018, mens andelen falder til 11% i 2021. Sammenlignes andelen af afviste henvisninger i 2021 for de to aktivitetsniveauer, ses en minimal forskel.

Figureerne viser, at i kommuner med høj projektaktivitet har der været en positiv udvikling i forhold til andelen af afviste henvisninger henvist fra kommunen fra 2018 til 2021, sammenlignet med kommuner med mindre projektaktivitet. Dog ses samme tendens blandt begge aktivitetsniveauer i forhold til antallet af henvisninger, hvor begge oplever en stigning i det årlige henvisningsantal fra 2018 til 2021. Dette kan betyde, at projektaktiviteten faktisk bidrager positivt til udviklingen i henvisninger fra kommunerne, når det kommer til afviste henvisninger. Det skal dog understreges, at der kan være en lang række andre underliggende faktorer, der har indflydelse på denne udvikling, og resultatet skal derfor fortolkes med forsigtighed. Der kan således ikke udledes en entydig årsags-virkningssammenhæng.

6.2.1 Delkonklusion

Samlet set kan det konkluderes, at der for perioden januar 2018 til oktober 2021 i Region Nordjylland forekom et generelt fald i antallet af henvisninger – dog med det opmærksomhedspunkt, at data for 2021 ikke er repræsentativt for hele året. 2019 var året med flest henvisninger generelt set samt en større andel af afviste henvisninger. Denne tendens gør sig gældende på tværs af både køn og henviser. Sammenhængen mellem et større antal henvisninger og en større andel afviste henvisninger kan eventuelt være et udtryk for en tilpasning af godkendte henvisninger på baggrund af den tilgængelige kapacitet. For enkelte kommuner forekom det højeste antal henvisninger dog i 2020 eller 2021. Langt størstedelen af henvisninger kom fra praktiserende læge, mens et egentligt fald i andelen af afviste henvisninger på tværs af årene forekom blandt henvisninger fra kommunerne. Drengene i aldersgruppen 0-17 år havde et større totalt antal henvisninger i perioden, men der ses dog en mere lige andel af afviste henvisninger mellem kønnene. Sammenlignes kommuner med henholdsvis lav og høj projektaktivitet ses en positiv udvikling i andelen af afviste henvisninger blandt kommuner med høj aktivitet, hvilket kan afspejle et positivt bidrag til henvisningsudviklingen som følge af projektaktivitet.

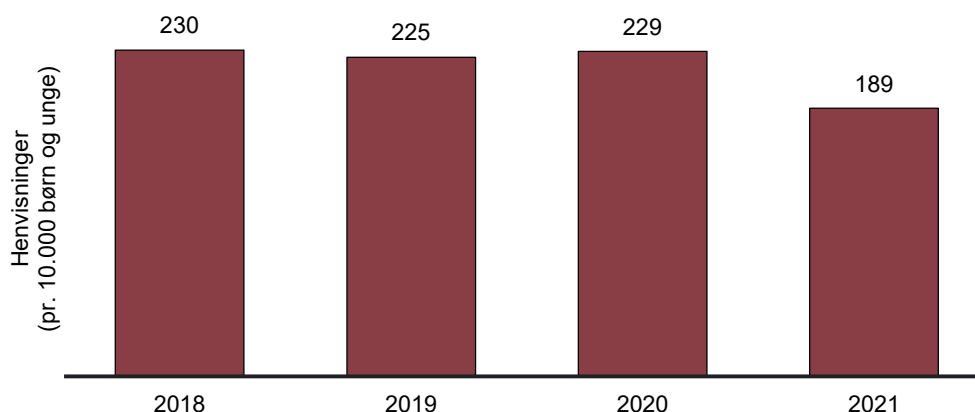
6.3 Udviklingen i henvisninger i Region Midtjylland (2018-2021)

Børne- og ungdomspsykiatrien i Region Midtjylland har i perioden januar 2018 til september 2021 modtaget 16.905 henvisninger. Antallet af henvisninger fordelt på årstal er præsenteret i Tabel 4. I tabellen og alle figurer nedenfor er det vigtigt at være opmærksom på, at tal for 2021 ikke repræsenterer et helt år. Det kan derfor ikke antages, at henvisningstallet for 2021 er faldet sammenlagt.

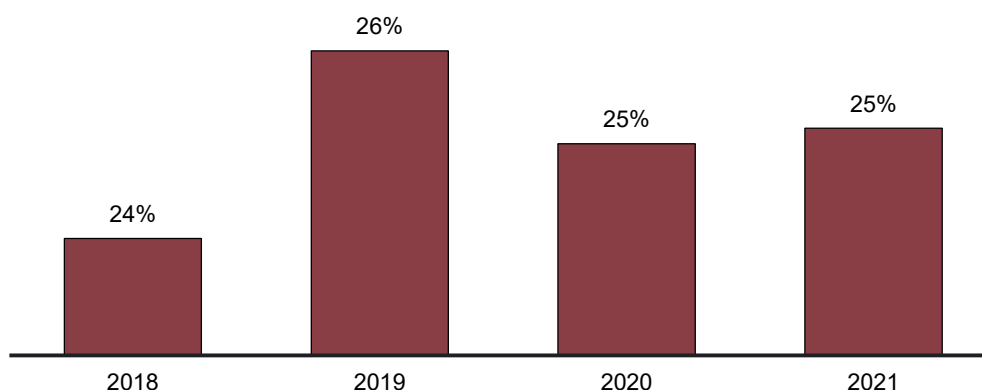
Tabel 4:
Antal henvisninger i Region Midtjylland i perioden januar 2018 til september 2021

	2018	2019	2020	2021	Total
Antal henvisninger	4.488	4.353	4.425	3.639	16.905

I Figur 32 er det samlede antal henvisninger vist per år og per 10.000 børn og unge. Det har ikke været muligt at inddele henvisningerne i Region Midtjylland ud fra henvisningsstatus (*Andet* samt *Godkendte* henvisninger) grundet ændringer i registreringspraksis af henvisningsdata undervejs i perioden. Derfor er der i rapporten udelukkende præsenteret det årlige antal henvisninger på tværs af henvisningsstatus samt andelen af afviste henvisninger.

Figur 32: Antal henvisninger i Region Midtjylland

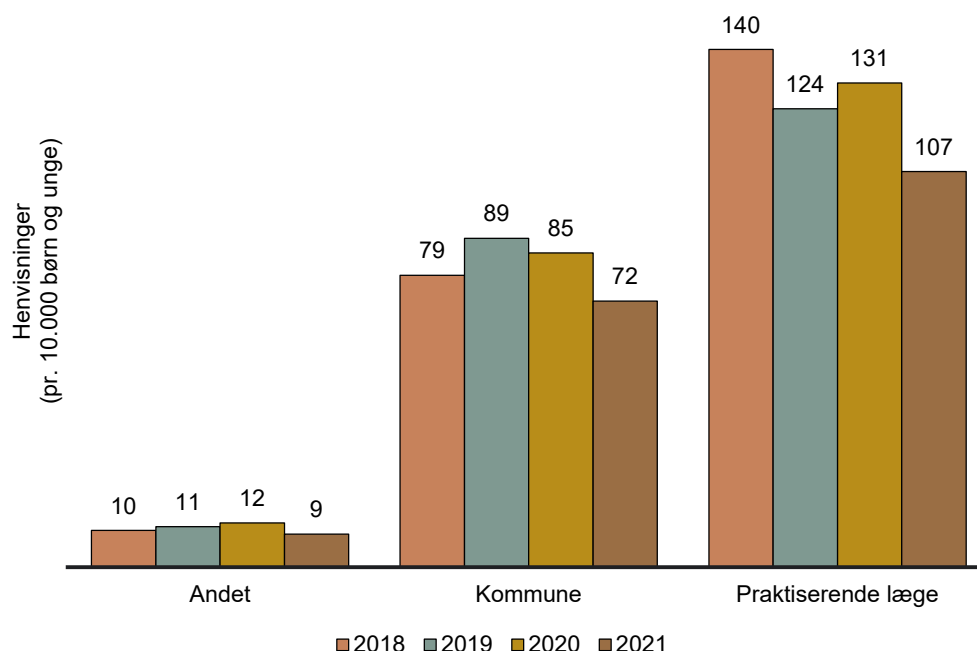
Figuren afspejler samme tendens som i Tabel 4, hvor antallet af henvisninger per 10.000 børn og unge samlet set falder fra 230 henvisninger i 2018 til 189 henvisninger i 2021, dog med det forbehold at oktober til december måned ikke er medregnet i henvisningsdata for 2021. Antallet af henvisninger er fra 2018-2020 uden store udsving, hvor antallet ligger mellem 230 og 225 årlige henvisninger. Fokuseres der specifikt på andelen af afviste henvisninger ud af det årlige antal henvisninger, præsenteret i Figur 37, ses ingen store udsving fra 2018 til 2021. Her forbliver andelen af afviste henvisninger på omkring 24-25% af det totale antal henvisninger. Andelen af afviste henvisninger præsenteret i figuren er formentlig en smule lavere, end hvad der egentlig gør sig gældende i perioden grundet ændringer i registreringspraksis i regionen, hvorved nogle afviste henvisninger er blevet kategoriseret som andet end "afviste".

Figur 33: Andel afviste henvisninger ud af det årlige henvisningsantal i Region Midtjylland

Note: Afviste henvisninger består af kategorierne "Afvist" samt "Afsluttet til praktiserende speciallæge".

I Figur 34 præsenteres antallet af henvisninger fordelt på tre grupper af henvisende instanser. De henvisende instanser er kategoriseret som *Andet*, *Kommune* eller *Praktiserende læge*. Kategorierne er yderligere beskrevet under figuren.

Figur 34: Antal henvisninger i Region Midtjylland fordelt på henviser

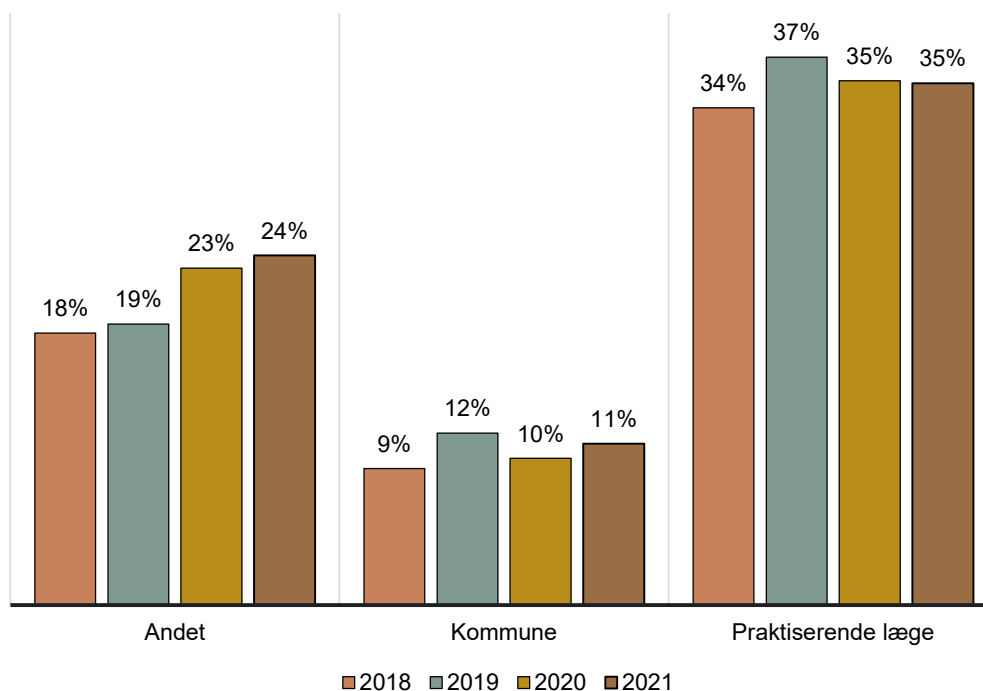


Note: Kategorien "Kommune" består af "Andet". Kategorien kan rumme enkelte henvisninger, der er henvist af en anden instans end kommunerne. Dog vurderes det, at størstedelen af henvisningerne henvises fra kommunen. Kategorien "Praktiserende læge" består af "Alment praktiserende læge" samt "Praktiserende speciallæge". Kategorien "Andet" består af "Sygehusafsnit".

I Figur 34 ses, at det er de *praktiserende læger*, der sender langt flest henvisninger til børne- og ungdomspsykiatrien i perioden 2018-2021. Antallet af henvisninger topes i 2018 med 140 henvisninger per 10.000 børn og unge, hvorefter det falder stødt til 107 henvisninger i 2021 – det vil sige et fald på 33 henvisninger i perioden. Antallet af henvisninger henvist fra *kommunen* topes i 2019 med 89 henvisninger for herefter at falde til 72 henvisninger i 2021 – altså et stykke under udgangspunktet på 79 i 2018. Der forekommer ikke den store udvikling i antallet af henvisninger fra *andet*, der forbliver på 9-12 henvisninger per 10.000 børn og unge i perioden.

Figur 35 viser andelen af afviste henvisninger ud af totalen af henvisninger fra den pågældende aktør, fordelt på år.

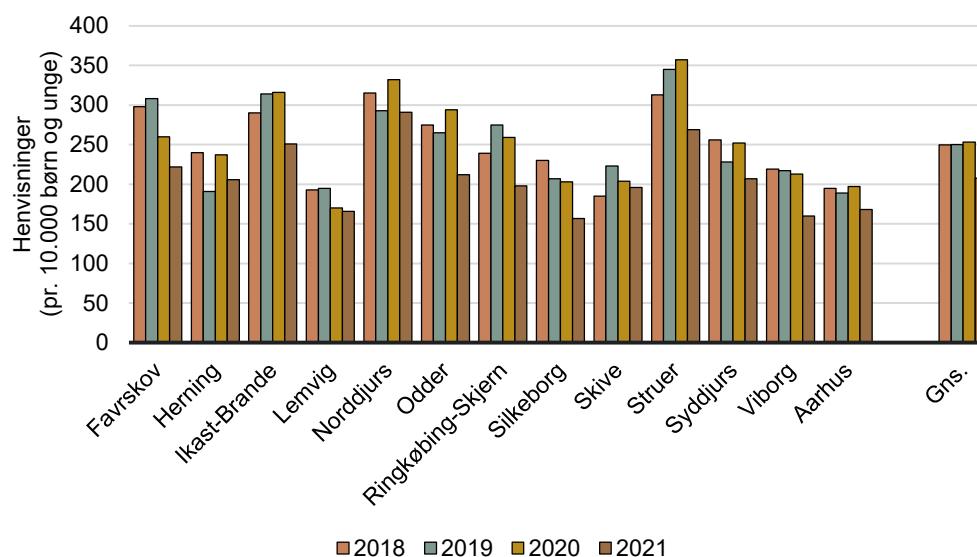
Figur 35: Andel afviste henvisninger i de tre grupper af henvisende instanser i Region Midtjylland



Note: Se anmærkning til Figur 34.

Ud fra figuren ses, at andelen af afviste henvisninger fra *praktiserende læge* gennem hele perioden ligger stabilt høj på 34-35%, dog med et lille udsving på 37% i 2019. Tilsvarende stabilt er andelen af afviste henvisninger henvist af *kommunerne*, der svinger 9-11% i perioden, dog med en stigning på 2 procentpoint fra 2018 til 2021. Det er kun blandt henvisninger fra *andet*, at der sker en stødt stigning i andelen af afviste henvisninger for hvert år i perioden, hvor andelen stiger fra 18% i 2018 til 24% i 2021. Dog er der tale om numerisk ganske få henvisninger (9-12 henvisninger per 10.000 børn og unge, jf. Figur 27), hvorfor disse forskelle må tilskrives tilfældigheder frem for egentlige tendenser grundet det lille antal henvisninger. Da der ikke forekommer en egentlig ændring i andelen af afviste henvisninger fra kommunen, giver det anledning til en hypotese om, at projektaktiviteten i perioden ikke har haft en synlig positiv indvirkning på andelen af afviste henvisninger fra kommunen. Her er det vigtigt at pointere, at det *ikke* betyder, at projektaktiviteterne ikke kan have en positiv virkning på udviklingen i antal af henvisninger, men blot at denne virkning i projektperioden ikke i sig selv har været så markant, at den ændrer i andelen af afviste henvisninger fra kommunerne til børne- og ungdomspsykiatrien.

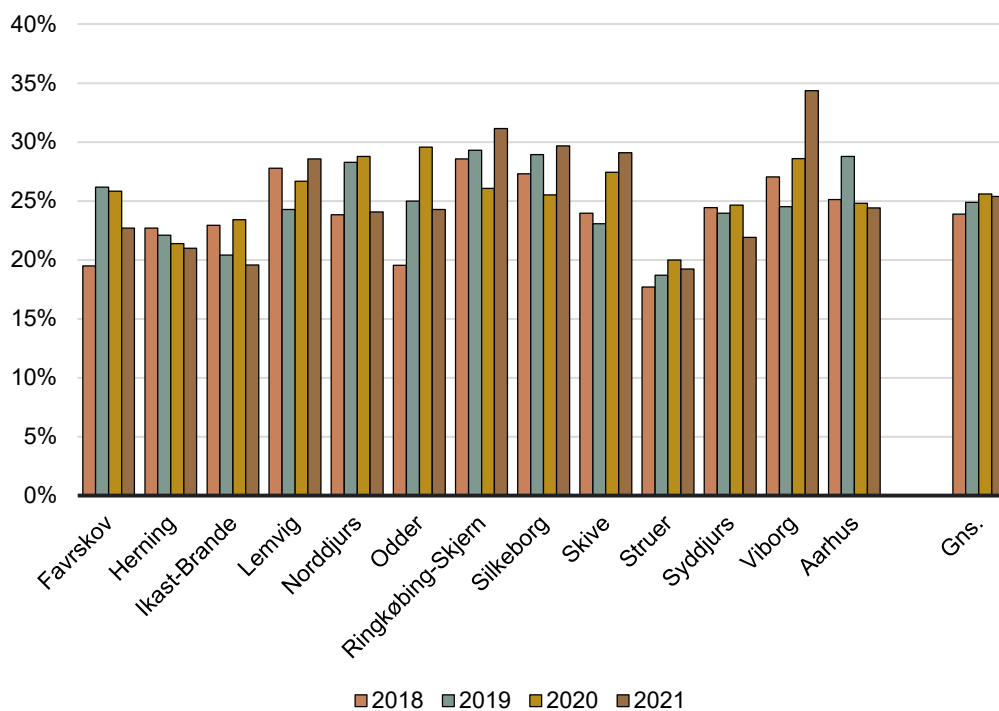
I **Figur 36** præsenteres antallet af henvisninger i Region Midtjylland fordelt på projektkommuner i 2018-2021.

Figur 36: Antal henvisninger i Region Midtjylland fordelt på kommune

Ifølge figuren forekom det højeste totale antal henvisninger til børne- og ungdomspsykiatrien i Struer og Norddjurs Kommune med henholdsvis 1.284 og 1.231 henvisninger per 10.000 børn og unge på tværs af 2018-2021. Heraf oplevede Struer Kommune det højeste antal henvisninger i 2020 med 357 henvisninger. Modsat ses det laveste totale antal henvisninger i Lemvig og Aarhus Kommuner med henholdsvis 724 og 749 henvisninger per 10.000 børn og unge. Det gennemsnitlige antal henvisninger for kommuner per år ligger stabilt frem til 2021, hvor antallet falder fra 253 i 2020 til 208 henvisninger i 2021. Her skal der tages forbehold for, at 2021 mangler data for oktober-december. Det er forskelligt kommunerne imellem, om henvisningsantallet topper i 2018, 2019 eller 2020, hvorfor der ikke kan konkluderes på en endelig tendens. Blandt størstedelen af kommunerne er der ligeledes ikke markante udsving i antallet af henvisninger på tværs af perioden.

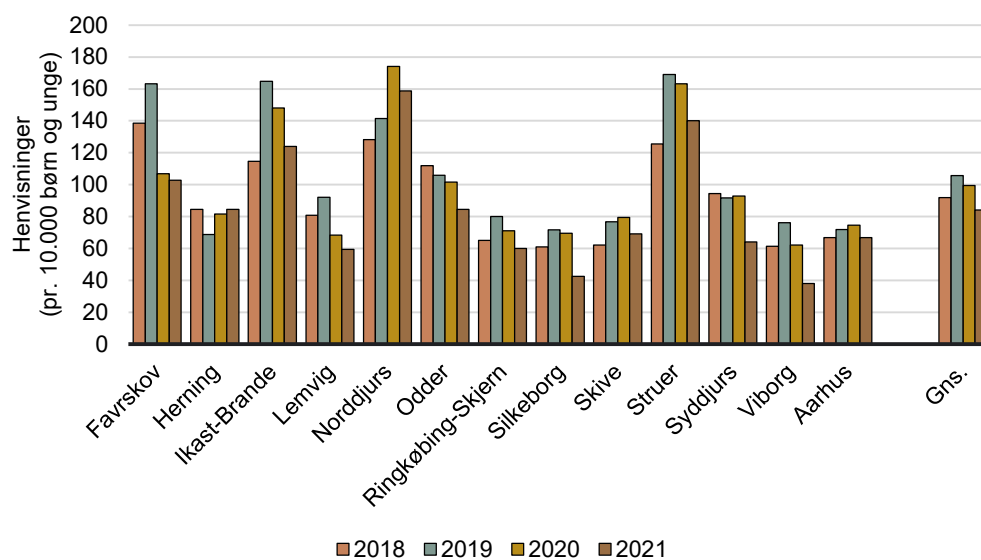
Hvis der i stedet fokuseres på andelen af afviste henvisninger ud af det årlige henvisningsantal for hver kommune, jf. Figur 30, ses der ikke markante udsving mellem kommunerne. Viborg Kommune oplever den største andel af afviste henvisninger på 34% i 2021, hvilket er en stigning på 17 procentpoint fra 2018. Modsat ses den laveste andel på 18% i Struer Kommune, der for alle årene har nogle af de laveste andele af afviste henvisninger på 18-20%. Dette er interessant, da Struer var den kommune, der havde det højeste antal henvisninger på tværs af perioden samt det højeste årlige antal henvisninger, jf. Figur 29.

Figur 37: Andel afviste henvisninger ud af det årlige henvisningsantal i hver kommune i Region Midtjylland



I Figur 38 præsenteres antallet af henvisninger, hvor kommunen er den henvisende instans fordelt per år for de pågældende kommuner.

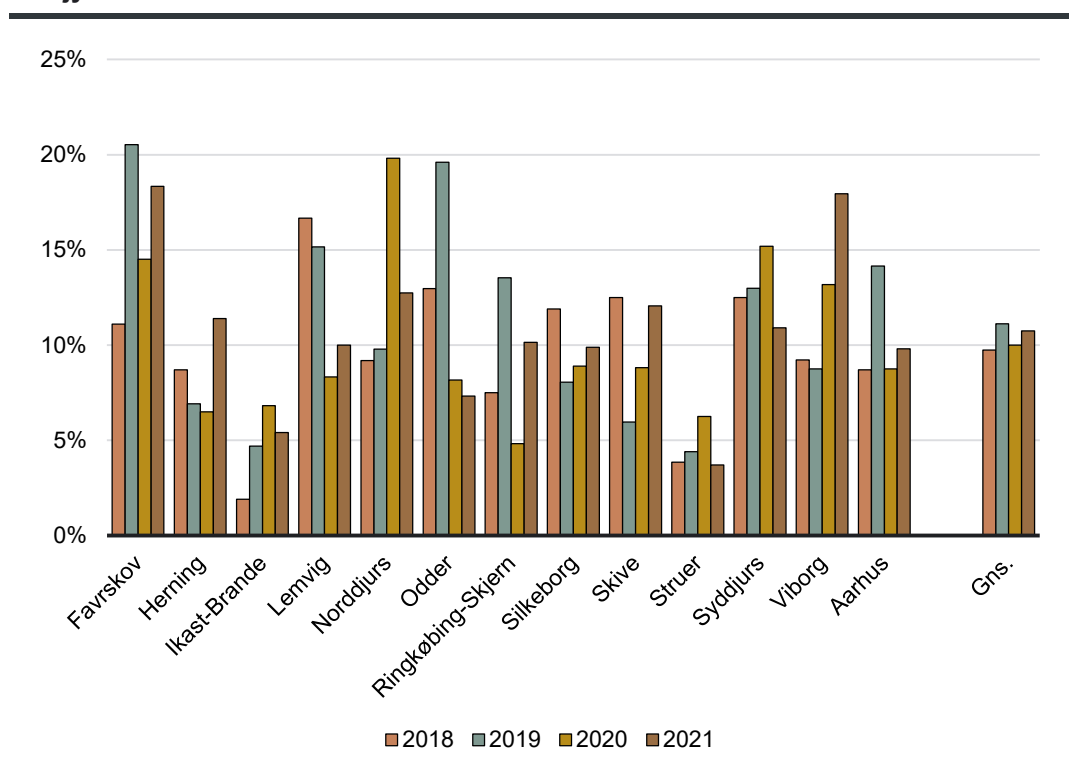
Figur 38: Antal henvisninger i Region Midtjylland, hvor kommunen er den henvisende instans, fordelt på kommuner



Figur 38 viser, at Norddjurs og Struer Kommuner på tværs af perioden har det største antal henvisninger fra kommunen per 10.000 børn og unge i kommunen. Dette stemmer overens med, at det også er disse kommuner, som har det største samlede antal henvisninger, jf Figur 36. Viborg Kommune har i gennemsnit færrest henvisninger fra kommunen per 10.000 børn og unge i løbet af perioden, men også Silkeborg, Ringkøbing-Skjern, Skive og Aarhus Kommuner ligger på et lavt niveau gennem hele perioden. Udviklingen fra år til år er forskellig på tværs af de forskellige projektkommuner, hvor nogle kommuner oplever en stigning i antallet af henvisninger fra kommunen fra 2018 til 2020, mens andre oplever et fald. Fælles for næsten alle projektkommunerne i regionen er dog, at der ses et fald i antallet af henvisninger fra 2018 til 2021, men da der mangler data for de sidste tre måneder af 2021, kan dette ikke tolkes som en egentlig tendens.

Figur 39 viser andelen af henvisningerne fra kommunen, som bliver afvist i de forskellige projektkommuner i Region Midtjylland. Her ses relativt store forskelle på tværs af kommuner og år. Den største andel afviste henvisninger findes i Favrskov Kommune i 2019, hvor 21% af henvisninger fra kommunen blev afvist, mens den laveste andel ses i Ikast-Brande Kommune i 2018, hvor kun 2% blev afvist. Syv af kommunerne har samlet set oplevet en stigning i andelen af afviste henvisninger fra 2018 til 2021, mens seks af kommunerne har oplevet et fald. Dermed er der ingen entydig tendens, som viser, at projektaktiviteten har haft en effekt på andelen af henvisningerne fra kommunen, som bliver afvist i løbet af perioden, om end der i nogle kommuner ses tegn på, at der kan have været en effekt.

Figur 39:
Andel henvisninger fra kommunen, som bliver afvist i hver kommune i Region Midtjylland



Tabel 5 viser antallet af afviste henvisninger og antal henvisninger i alt fordelt på køn per 10.000 børn og unge i regionen.

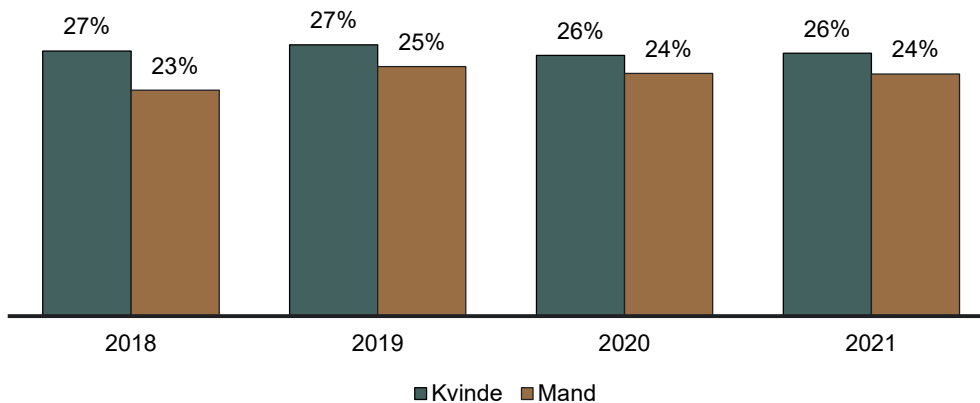
Tabel 5: Antal henvisninger i alt og antal afviste henvisninger fordelt på køn, angivet per 10.000 børn og unge i Region Midtjylland

	2018	2019	2020	2021	Total
PIGER					
Afviste henvisninger	27	27	29	26	109
Alle henvisninger	102	99	111	97	410
DRENGE					
Afviste henvisninger	29	32	29	23	112
Alle henvisninger	128	126	118	93	465

Tabel 5 viser, at der er flere både afviste henvisninger og henvisninger i alt for drenge end for piger, men at forskellen, især på antallet af afviste henvisninger, er relativt lille. Pigerne har i alt 410 henvisninger per 10.000 børn og unge på tværs af perioden, hvoraf 109 afvises, mens drengene i alt har 465 henvisninger, hvoraf 112 afvises. Blandt pigerne ses en stigning i både antallet af henvisninger i alt og antallet af afviste henvisninger fra 2018 til 2020. For drengene ses et fald i antallet af henvisninger i alt fra 2018 til 2020, mens antallet af afviste henvisninger er uændret. For begge køn ses der et fald fra 2020 til 2021, men dette kan skyldes manglende data for de sidste tre måneder af året.

Andelen af henvisningerne, som bliver afvist, fordelt på køn, er vist i Figur 33. Her ses det, at andelen af afviste henvisninger gennem hele perioden er 2-4 procentpoint større for pigerne end for drengene. Andelen er relativt konstant på tværs af perioden for begge køn; for pigerne bliver mellem 27% og 26% af alle henvisninger afvist, mens det for drengene er mellem 23% og 25%.

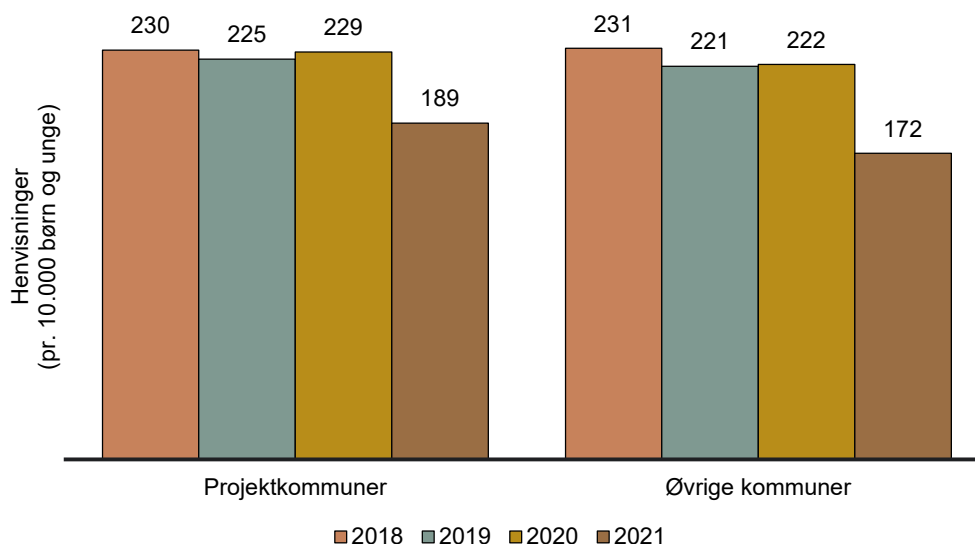
Figur 40: Andel afviste henvisninger ud af det årlige henvisningsantal for henholdsvis piger og drenge i Region Midtjylland



Figur 41 viser udviklingen i antallet af henvisninger per 10.000 børn og unge i Region Midtjyllands projektkommuner i forhold til i regionens øvrige kommuner.

Projektkommunerne i Region Midtjylland er Aarhus, Favrskov, Herning, Ikast-Brande, Lemvig, Norddjurs, Odder, Ringkøbing-Skjern, Silkeborg, Skive, Struer, Syddjurs og Viborg.

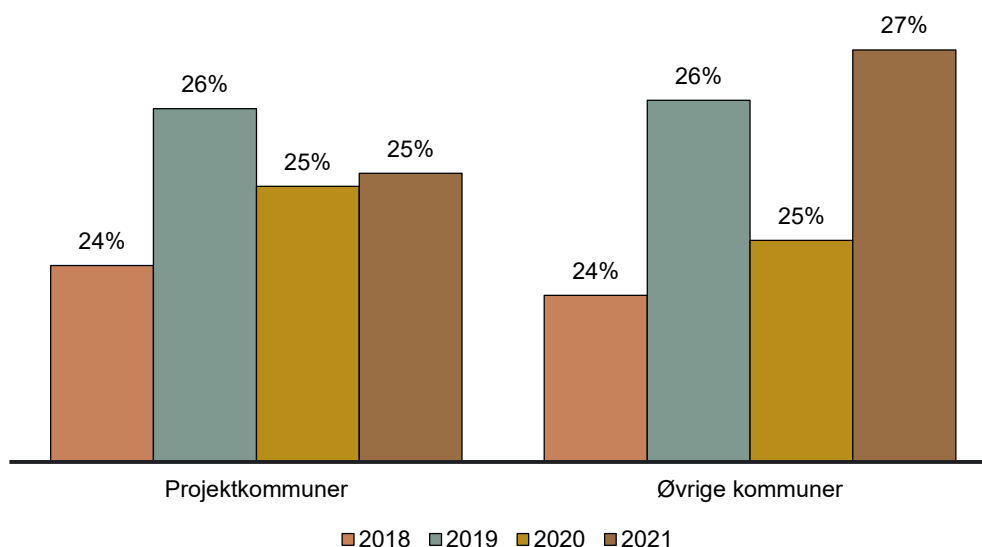
Figur 41: Antal årlige henvisninger i Region Midtjylland fordelt på projektkommuner og øvrige kommuner i 2018-2021



Figur 41 viser, at der er relativt lille forskel i både niveauet og udviklingen i antallet af henvisninger i projektkommunerne i forhold til de øvrige kommuner i regionen. I projektkommunerne ses et lille fald fra 230 henvisninger per 10.000 børn og unge i 2018 til 229 henvisninger i 2020 og herefter større fald til 189 henvisninger i 2021. I de øvrige kommuner ses nogenlunde samme billede, hvor der fra 2018 til 2020 ses et fald fra 231 til 222 henvisninger per 10.000 børn og unge og herefter et større fald til 172 i 2021. De lave tal i 2021 skal dog fortolkes med forbehold, da der mangler data for de sidste tre måneder af 2021.

Ser vi i stedet på andelen af henvisninger, som bliver afvist i projektkommunerne i forhold til de øvrige kommuner i Region Midtjylland, er der fortsat ikke stor forskel på de to grupper, jf. Figur 35. I både projektkommunerne og de øvrige kommuner, bliver 24% af henvisningerne afvist i 2018, 26% i 2019 og 25% i 2020, mens der i 2021 er 25%, som bliver afvist i projektkommunerne, og 27% der bliver afvist i de øvrige kommuner. Dermed kan der ikke på baggrund af disse tal ses nogen tegn på, at projektaktiviteten har medført færre afviste henvisninger i Region Midtjyllands projektkommuner i løbet af projektperioden.

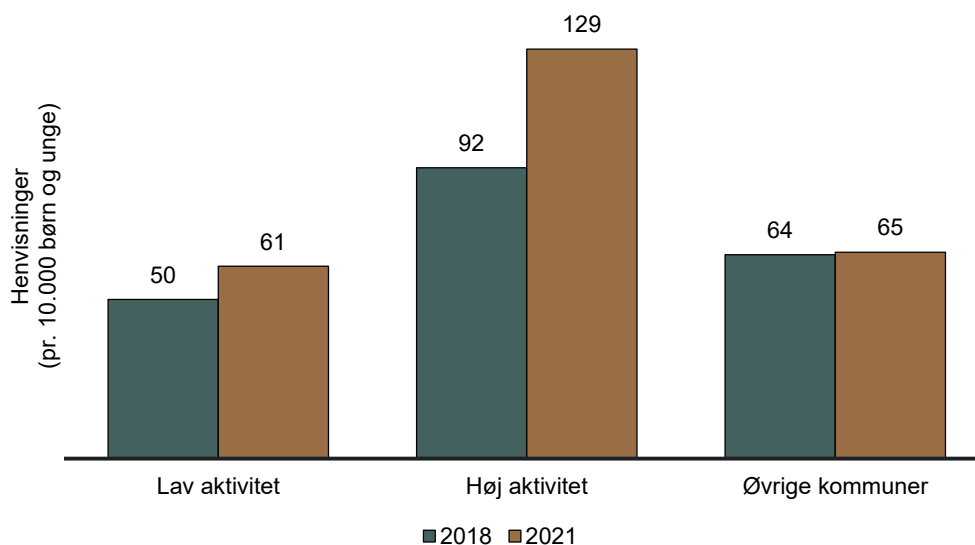
Figur 42: Andel afviste henvisninger i Region Midtjylland fordelt på projektkommuner i forhold til regionens øvrige kommuner



Figur 42 viser det årlige antal henvisninger i 2018 og 2021, som er henvist af kommunerne i Region Midtjylland, fordelt på kommunerne, som ligger i den henholdsvis laveste og højeste kvartil af projektaktivitet (se anmærkning til Figur 36 for yderligere forklaring). Data er udvalgt for 2018 og 2021, da årene repræsenterer baseline inden projektopstart samt det afsluttende år med projektaktivitet – netop for at undersøge udviklingen i antallet af henvisninger fra forinden projektopstart til slutningen af projektperioden. Da henvisningsdata for 2021 er opgjort til og med september 2021, er data for 2018 ligeledes korrigeret, så det udelukkende består af henvisninger henvist fra januar til september samme år. Projektaktivitet for perioden er opgjort som det samlede antal TRT-indsatser samt sparringsindsatser summeret på tværs af Delprojektet om angst og depression og skolevægning i perioden 2019 til oktober 2021. Da projektaktivitet er opgjort som et summeret antal på tværs af år, skal inddelingen af kommunerne i henholdsvis lav og høj projektaktivitet tages med det forbehold, at kommunerne ikke nødvendigvis har haft et kontinuerligt lavt eller højt aktivitetsniveau i hele perioden. I nogle tilfælde kan aktiviteten i en given kommune eksempelvis have været høj i ét år og lav i de resterende år. Henvisningsdata for øvrige kommuner i Region Midtjylland, der ikke har været en del af projektet, er ligeledes afbilledet i figuren.

Figur 43:

Det årlige antal henvisninger fra kommunen i 2018 og 2021 i Region Midtjylland for projektkommuner med høj og lav projektaktivitet samt øvrige kommuner

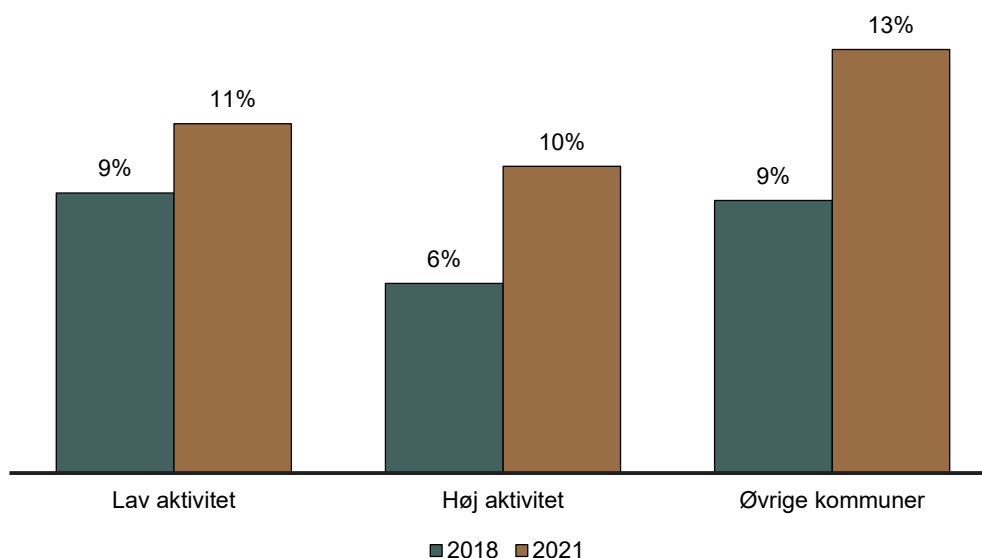


Note: Projektkommunerne er inddelt efter deres borgerrettede projektaktivitet i perioden 2019-2021. Afbilledet i grafen er de projektkommuner, der har henholdsvis de højeste og laveste projektaktiviteter relativt til befolkningsantallet for 0-17-årige i de pågældende kommuner samt øvrige kommuner, der ikke har indgået i projektet. Projektaktiviteten er i hver kommune summeret på tværs af borgerrettede projektaktiviteter og på tværs af år. Herefter er kommunerne inddelt i kvartiler efter deres aktivitetsniveau. Kategorien "Høj aktivitet" indeholder således de kommuner, hvor projektaktiviteten er i den 4. kvartil, mens "Lav aktivitet" indeholder de kommuner, hvor projektaktiviteten er i den 1. kvartil. Projektkommuner med projektaktivitet i henholdsvis 2. og 3. kvartil er ikke afbilledet i grafen. 1. kvartil indeholder Herning, Silkeborg, Viborg og Aarhus Kommuner, mens 4. kvartil indeholder Lemvig, Norddjurs og Struer Kommuner. Øvrige kommuner indeholder alle kommuner, der ikke har indgået i projektet.

Figur 43 viser, at antallet af henvisninger fra kommunen per 10.000 børn og unge er steget fra 2018 til 2021 i kommunerne med både høj og lav aktivitet. Niveaulet er dog markant større i kommunerne med høj aktivitet, hvor antallet af henvisninger stiger fra 92 i 2018 til 129 i 2021 i forhold til kommunerne med lav aktivitet, hvor antallet stiger fra 50 henvisninger i 2018 til 61 henvisninger i 2021. I de øvrige kommuner er antallet af henvisninger fra kommunen næsten uændret fra 2018, hvor der er 64 henvisninger per 10.000 børn og unge til 2021, hvor der er 65 henvisninger.

Figur 44 viser udviklingen i andelen af henvisningerne, som bliver afvist, ud af det samlede årlige antal henvisninger, som er henvist af kommunerne i Region Midtjylland, fordelt på kommuner som ligger i henholdsvis laveste og højeste kvartil af projektaktivitet samt for de øvrige kommuner i regionen, det vil sige de kommuner, som ikke er projektkommuner (se anmærkningen til Figur 36 for en nærmere forklaring af inddelingen af projektaktivitet). Andelen af afviste henvisninger er præsenteret for 2018 (baseline inden kommunerne påbegyndte projektaktivitet) og 2021 til og med september.

Figur 44: Andel afviste henvisninger fra kommunen i Region Midtjylland for projektkommuner med lav og høj projektaktivitet samt for øvrige kommuner



Figur 44 viser, at andelen af henvisninger fra kommunen, som bliver afvist, er steget fra 2018 til 2021 i både de projektkommuner, som har haft høj og lav aktivitet, samt i de øvrige kommuner i regionen. I kommunerne med lav aktivitet er stigningen på 2 procentpoint fra 9% til 11%, mens der i kommunerne med høj aktivitet har været en stigning på 4 procentpoint fra 6% til 10%. I de øvrige kommuner, det vil sige kommunerne, som ikke indgår som projektkommune, ses der ligeledes en stigning på 4 procentpoint fra 9% i 2018 til 13% i 2021.

Figuren viser altså ikke tegn på, at projektaktiviteten har haft succes med at nedbringe andelen af henvisninger, som bliver afvist, da der ses en generel stigning i andelen af henvisninger fra kommunen, som bliver afvist, og at denne andel er steget mere i kommunerne med høj projektaktivitet end i kommunerne med lav projektaktivitet. Det kan dog ikke entydigt konkluderes ud fra dette, at projektaktiviteten ikke kan have haft en positiv effekt, da der også kan være andre faktorer, som har påvirket udviklingen i antallet af henvisninger i løbet af projektperioden.

6.3.1 Delkonklusion

Samlet set kan det for Region Midtjylland konkluderes, at der i projektperioden fra 2018 til 2021 ikke har været en stor udvikling i antallet af henvisninger til børne- og ungdomspsykiatrien eller i andelen af disse henvisninger, som bliver afvist. Størstedelen af henvisningerne i regionen kommer igennem hele projektperioden fra de praktiserende læger, mens også kommunerne står for en stor andel. Andelen af henvisninger, som bliver afvist, er markant højere for henvisninger fra de praktiserende læger, hvor det i alle årene er omkring 35%, i forhold til de henvisninger, der kommer fra kommunen, hvor kun omkring 10% af henvisningerne bliver afvist. Ser vi på udviklingen i hver af projektkommunerne, ses der et meget varieret billede af udviklingen i både antallet af henvisninger i alt og i antallet af henvisninger fra kommunen samt i andelen af disse henvisninger, som bliver afvist. Der ses ingen stor forskel i hverken niveau eller udviklingen i antallet af

henvisninger, og i andelen af disse, som bliver afvist, når projektkommunerne sammenlignes med de øvrige kommuner i regionen. Det samme gør sig gældende, når vi inddeler projektkommunerne, efter hvor stor projektaktivitet de har haft i løbet af projektperioden. Dermed er der ingen tydelige tegn på, at projektaktiviteten har medvirket til at nedbringe antallet og andelen af henvisninger, som bliver afvist. Det kan dog heller ikke udelukkes, at projektaktiviteterne kan have haft en effekt, da udviklingen i antallet af henvisninger også kan være påvirket af andre faktorer.

6.4 Udviklingen i henvisninger i Region Syddanmark (2018-2021)

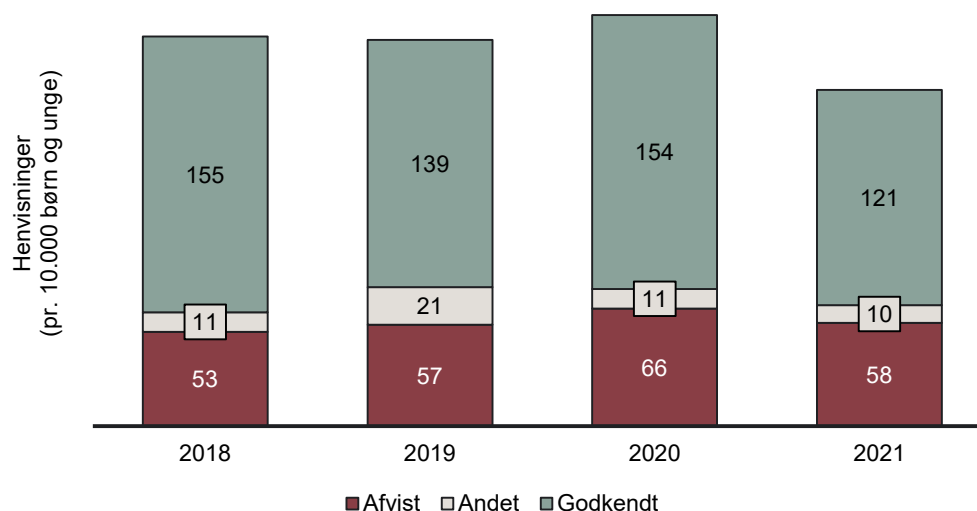
Børne- og ungdomspsykiatrien i Region Syddanmark har i perioden januar 2018 til september 2021 modtaget 20.845 henvisninger. Antallet af henvisninger fordelt på årstal er præsenteret i Tabel 6. I tabellen og alle figurer nedenfor er det vigtigt at være opmærksom på, at tal for 2021 ikke repræsenterer et helt år. Det kan derfor ikke antages, at henvisningstallet for 2021 er faldet sammenlagt.

Tabel 6: Antal henvisninger i Region Syddanmark i perioden januar 2018 til september 2021

	2018	2019	2020	2021	Total
Antal henvisninger	5.374	5.303	5.614	4.554	20.845

I Figur 45 er det samlede antal henvisninger per år og per 10.000 børn og unge (0-17-årige) i regionen præsenteret. Søjlerne er delt i antallet af henvisninger, som er henholdsvis godkendte, andet og afviste. Henvisningskategorierne er yderligere beskrevet i anmærkningerne til figuren.

Figur 45: Antal henvisninger i Region Syddanmark fordelt på henvisningsstatus



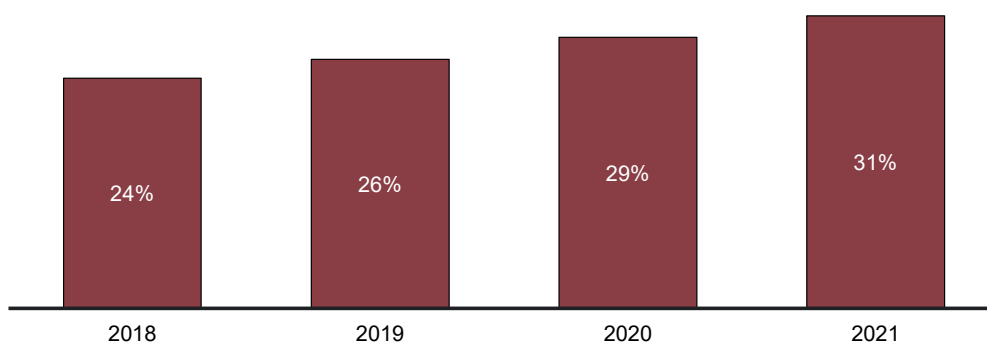
Note: Afviste henvisninger består af kategorien "Afsluttet uden forløb". Henvisninger afsluttet uden forløb dækker over flere delkategorier, der ud fra datasættet ikke er mulige

at underkategorisere. En større andel af delkategorierne dækker over afviste henvisninger. Dog kan det også gælde årsager såsom "Patient er begyndt på behandling et andet sted", "Patient har sagt nej til behandling" samt "Patienten er i igangværende forløb". Godkendte henvisninger dækker over kategorierne "Fysisk eller virtuel kontakt" samt "Venter på 1. kontakt". Andet dækker over "Venter på visitation/kontakt" samt "Afsluttet uden kontakt".

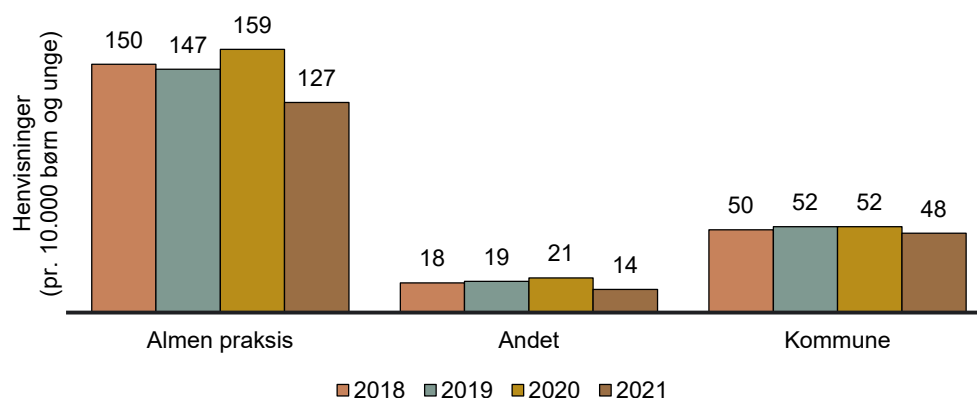
Ifølge Figur 45 blev der i regionen henvist det største antal af børn og unge i 2020 med et totalt antal henvisninger på 231 per 10.000 børn og unge. I årene forinden lå det totale antal stabilt på 219-217 henvisninger, mens det laveste totale antal forekom i 2021 med 189 henvisninger. Der skal dog tages højde for, at antallet for 2021 ikke inkluderer de sidste tre måneder af året. Antallet af godkendte henvisninger udgør størstedelen af henvisningerne per år, men falder fra 155-154 henvisninger i henholdsvis 2018 og 2020 til 121 i 2021, mens antallet af afviste henvisninger stiger fra 53 til 58 afviste henvisninger fra 2018 til 2021 – igen med det højeste antal i 2020.

Fokuseres der specifikt på andelen af afviste henvisninger (jf. Figur 39), ses en stødt stigning i andelen af afviste henvisninger per år, hvor disse udgør 24% af det årlige henvisningsantal i 2018 og 31% i 2021, det vil sige en stigning på 7 procentpoint.

Figur 46: Andel afviste henvisninger ud af det årlige henvisningsantal i Region Syddanmark



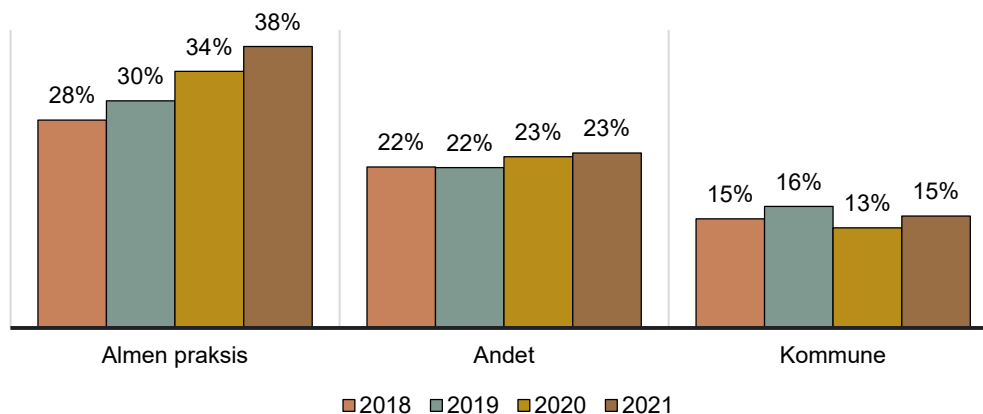
I Figur 47 præsenteres antallet af henvisninger fordelt på de tre grupper af henvisende instanser. Her er den henvisende instans kategoriseret som *Andet*, *Kommune* eller *Almen praksis*. Kategorierne er yderligere beskrevet under figuren.

Figur 47: Antal henvisninger i Region Syddanmark fordelt på henviser

Note: Kategorien "Andet" består af kategorierne "Sygehusafsnit" og "Andet". Sidstnævnte er ikke yderligere beskrevet i data.

Ud fra Figur 47 ses det, at størstedelen af henvisningerne til børne- og ungdomspsykiatrien i Region Syddanmark i perioden 2018-2021 henvises fra *almen praksis*. Her topper antallet af henvisninger i 2020 med 159 henvisninger per 10.000 børn og unge, hvorefter antallet falder til 127 henvisninger i 2021 – altså et godt stykke under udgangspunktet på 150 henvisninger i 2018. Modsat ses et nogenlunde stabilt antal henvisninger henvist fra *kommunen* på tværs af perioden, hvor antallet forbliver mellem 48-52 henvisninger, dog med det højeste antal i henholdsvis 2019 og 2020 og det laveste antal i 2021. En lignende tendens gør sig gældende for *andet* med et stabilt antal på 18-21 henvisninger frem til 2021, hvor antallet falder til 14 henvisninger.

Figur 48 viser andelen af afviste henvisninger ud af totalen af henvisninger fra den pågældende henvisende instans, fordelt på år.

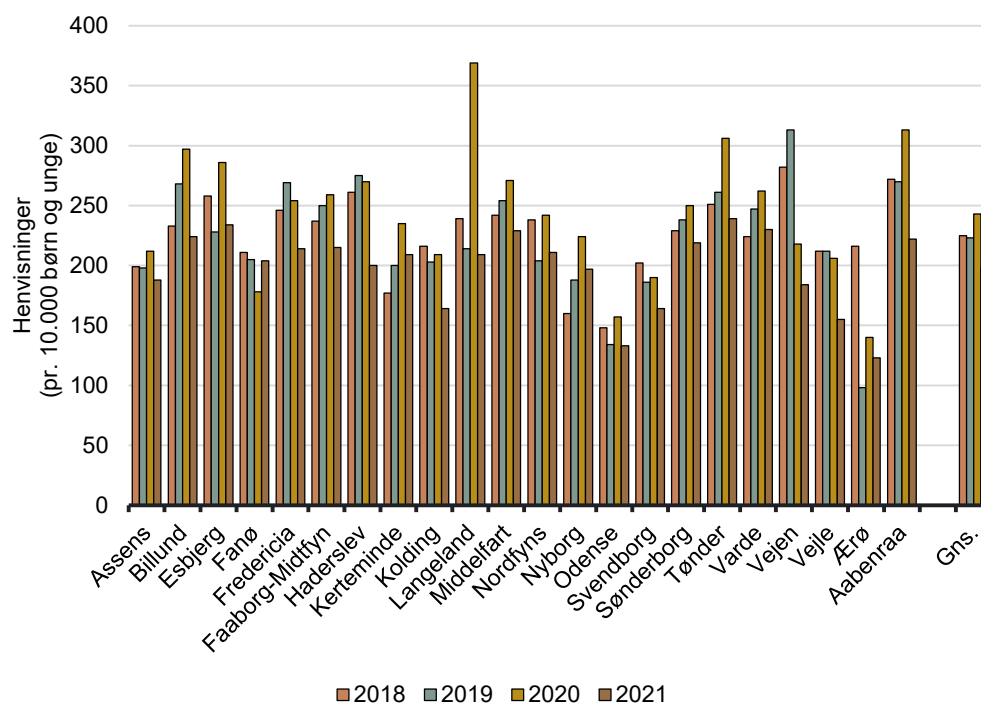
Figur 48: Andel afviste henvisninger i de tre grupper af henvisende instanser i Region Syddanmark

Note: Kategorien "Andet" består af kategorierne "Sygehusafsnit" og "Andet". Sidstnævnte er ikke yderligere beskrevet i data.

I figuren ses det, at andelen af afviste henvisninger ud af det årlige henvisningsantal for *almen praksis* er stabilt højt samt stødt stigende, hvor andelen stiger med 10 procentpoint fra 2018 (28%) til 2021 (38%). Modsat ses en forholdsvis stabil andel af afviste henvisninger ud af det årlige henvisningsantal for både *kommune* og *andet* på tværs af perioden. Andelen af afviste henvisninger henvist af *andet* forbliver uændret i perioden med 22-23%. Dog er der tale om så lave numeriske værdier (jf. Figur 41), at denne tendens må antages i højere grad at være et udtryk for tilfældighed end et egentligt mønster i henvisningsantallet. For henvisninger henvist af *kommunen* ses samme andel afviste henvisninger (15%) i henholdsvis 2018 og 2021 med en lille stigning i 2019 på 16% og et fald i 2020 til 13%. Det kan konstateres, at der i projektperioden er den laveste andel af afviste henvisninger henvist fra kommunen – dog uden ændring i andelen på tværs af perioden, samtidig med at der ses en generel stigning i andelen af afviste henvisninger (Figur 39). Dette giver anledning til en hypotese om, at projektaktiviteterne ikke har haft en større indflydelse på andelen af afviste henvisninger i perioden, dog uden at der kan konkluderes på dette.

I Figur 49 præsenteres antallet af henvisninger i Region Syddanmark fordelt på projektkommuner i 2018-2021.

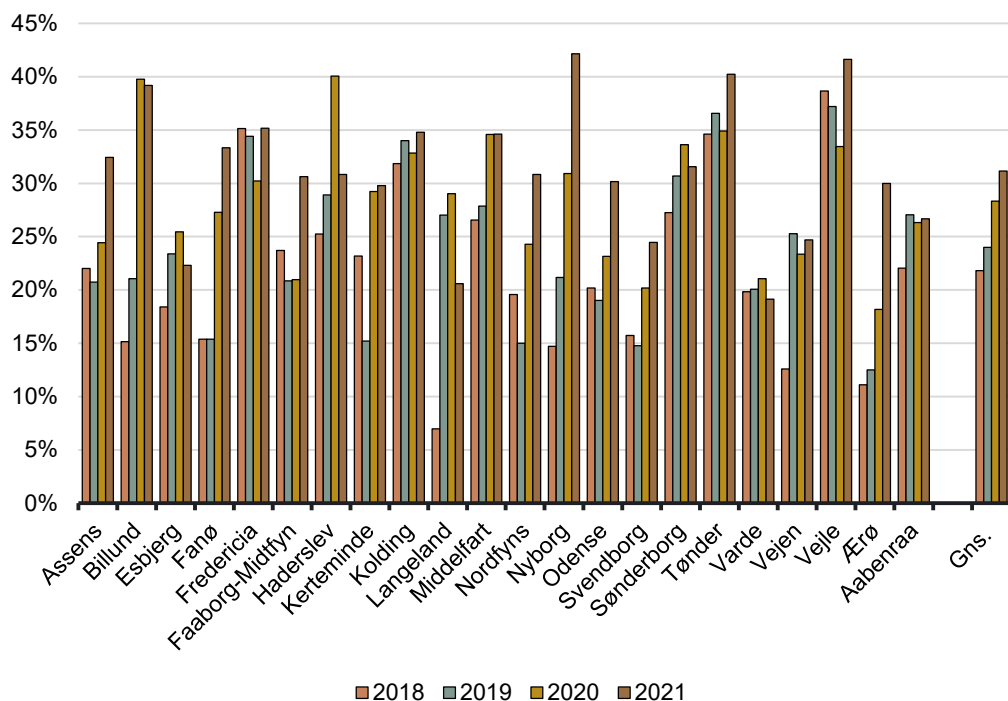
Figur 49: Antal henvisninger i Region Syddanmark fordelt på kommune



Figur 49 viser, at Odense og Ærø Kommuner har de laveste totale antal henvisninger med i gennemsnit henholdsvis 143 og 144 henvisninger per 10.000 børn og unge i kommunen i perioden 2018-2021. Aabenraa har det største antal henvisninger med et gennemsnit på 269 henvisninger per 10.000 børn og unge om året i perioden. Udviklingen varierer meget fra kommune til kommune, men i størstedelen af kommunerne ses en stigning i antallet af henvisninger fra 2018 til 2020 og herefter et fald i 2021, som dog kan tilskrives manglende

data for de sidste tre måneder af 2021. Langeland Kommune skiller sig ud med et markant højere antal henvisninger i 2020 på 369 henvisninger per 10.000 børn og unge. Dette er en markant stigning fra året forinden, hvor Langeland Kommune henviste 214 børn og unge til psykiatrien.

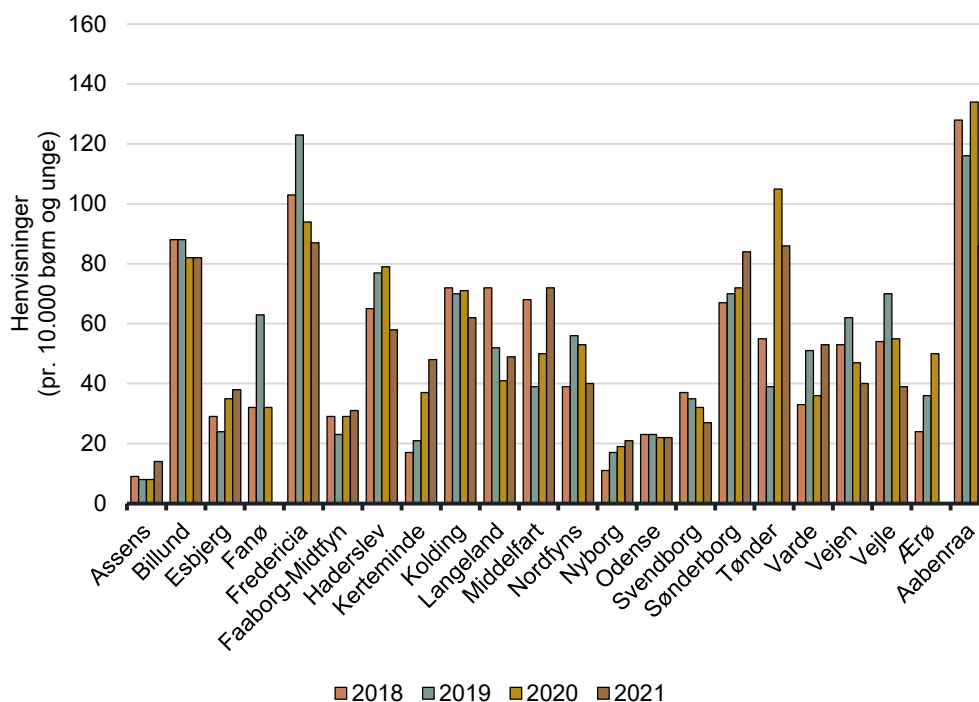
Figur 50: Andel afviste henvisninger ud af det årlige henvisningsantal i hver kommune i Region Syddanmark



Figur 50 viser udviklingen i andelen af afviste henvisninger i kommunerne i Region Syddanmark. I gennemsnit ses der en jævn stigning i andelen af afviste henvisninger på tværs af kommunerne med et gennemsnit på 22% i 2018 og 31% i 2021. Ses der på udviklingen i de enkelte kommuner har især Tønder og Vejle Kommuner en høj andel af henvisninger, som bliver afvist. Den største stigning i andelen af afviste henvisninger i projektperioden ses i Billund og Nyborg Kommuner.

I Figur 51 præsenteres antallet af henvisninger henvist fra kommunen per år for de pågældende kommuner.

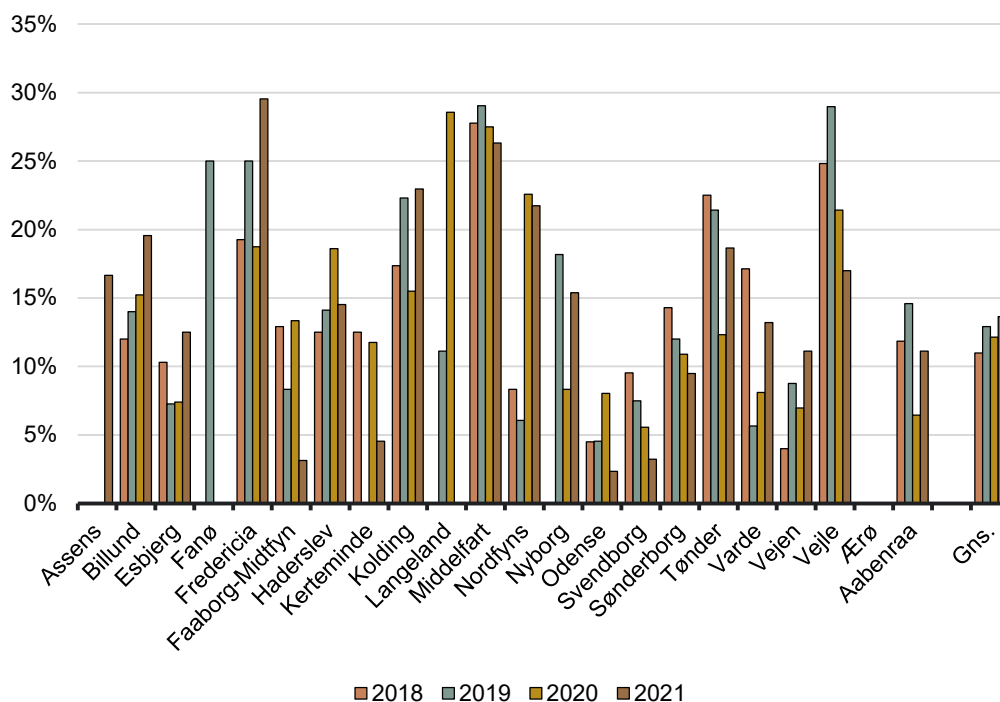
Figur 51: Antal henvisninger i Region Syddanmark, hvor kommunen er den henvisende instans, fordelt på kommuner



Når der ses på antallet af henvisninger, som kommer fra kommunen, er variationen mellem kommunerne større. Især Assens og Nyborg Kommuner har med et gennemsnit på henholdsvis 10 og 17 henvisninger per 10.000 børn og unge færrest henvisninger, som kommer fra kommunen, mens Aabenraa Kommune i gennemsnit har haft hele 116 henvisninger per 10.000 børn og unge om året i perioden. Fredericia Kommune har ligeledes et højt antal henvisninger på tværs af perioden og i gennemsnit 96 henvisninger om året.

I Figur 52 præsenteres den årlige andel af henvisningerne fra kommunen, som bliver afvist. Grundet få observationer varierer andelen inden for flere af kommunerne en del fra år til år, og flere af kommunerne har år, hvor ingen af henvisningerne fra kommunen er blevet afvist, og andelen dermed er lig 0%. Blandt de kommuner, hvor andelen er større end 0% for alle årene, er det svært at se en fælles tendens i udviklingen af andelen af afviste henvisninger. I cirka halvdelen af kommunerne har andelen overordnet set været stigende i projektperioden, og i cirka halvdelen har andelen været faldende. Det er derfor svært at tolke på, om projektaktiviteten har haft en egentlig effekt på andelen af henvisninger fra kommunen, som bliver afvist.

Figur 52: Andel henvisninger fra kommunen, som bliver afvist i hver kommune i Region Syddanmark



Tabel 7 viser det totale antal samt antallet af afviste henvisninger per 10.000 børn og unge i Region Syddanmark fordelt på køn.

Tabel 7: Antal henvisninger i alt og antal afviste henvisninger fordelt på køn angivet per 10.000 børn og unge i Region Syddanmark

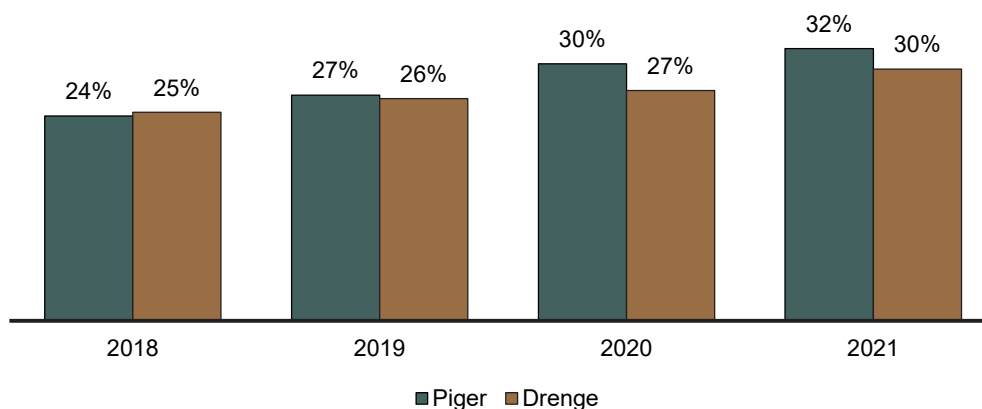
	2018	2019	2020	2021	Total
PIGER					
Afviste henvisninger	24	27	35	33	119
Alle henvisninger	100	103	118	103	424
DRENGE					
Afviste henvisninger	29	30	31	25	115
Alle henvisninger	118	115	115	86	434

I Tabel 7 ses, at der er lille forskel på både det totale antal henvisninger og det totale antal afviste henvisninger i perioden, når det ses fordelt på drenge og piger. Der er det højeste antal af henvisninger i alt blandt drenge på 343 henvisninger per 10.000 børn og unge på tværs af perioden, mens der i samme periode totalt er henvist 424 piger. Derimod er antallet af afviste henvisninger en lille smule højere blandt piger (119) sammenlignet med antallet blandt drenge. Ses der på udviklingen i det totale antal af henvisninger samt antallet af afviste henvisninger i perioden er den forskellig kønnene imellem. Udviklingen fra 2018 til 2021 er dog forskellig. For pigerne ses en stigning i både antallet af

henvisninger i alt og antallet af afviste henvisninger, mens der for drengene ses et fald i begge.

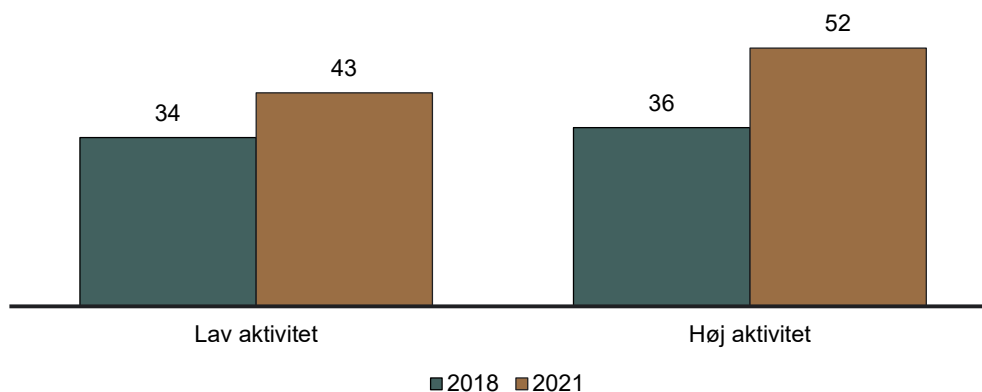
Figur 53 viser andelen af henvisninger, som bliver afvist fordelt på køn. Her ses det, at der for begge køn har været en stigning i andelen af henvisninger, som bliver afvist, men at denne stigning har været størst for pigerne med 8 procentpoints stigning i forhold til en stigning på 5 procentpoint for drengene fra 2018 til 2021.

Figur 53: Andel afviste henvisninger ud af det årlige henvisningsantal for henholdsvis piger og drenge i Region Syddanmark



Figur 54 viser det årlige antal henvisninger i 2018 og 2021, som er henvist af kommunerne i Region Syddanmark, fordelt på kommunerne som ligger i den henholdsvis laveste og højeste kvartil af projektaktivitet (se anmærkning til Figur 47 for yderligere forklaring). Data er udvalgt for 2018 og 2021, da årene repræsenterer baseline inden projektopstart samt det afsluttende år med projektaktivitet – netop for at undersøge udviklingen i antallet af henvisninger fra forinden projektopstart til slutningen af projektperioden. Da henvisningsdata for 2021 er opgjort til og med september 2021, er data for 2018 ligeledes korrigeret, så det udelukkende består af henvisninger henvist fra januar til september samme år. Projektaktivitet for perioden er opgjort som det samlede antal sager per sparringsteam i perioden marts 2019 til oktober 2021. Da projektaktivitet er opgjort som et summeret antal på tværs af år, skal inddelingen af kommunerne i henholdsvis lav og høj projektaktivitet tages med det forbehold, at kommunerne ikke nødvendigvis har haft et kontinuerligt lavt eller højt aktivitetsniveau i hele perioden. I nogle tilfælde kan aktiviteten i en given kommune eksempelvis have været høj i ét år og lav i de resterende år.

Figur 54: Det årlige antal henvisninger i 2018 og 2021 i Region Syddanmark for kommuner med lav og høj projektaktivitet

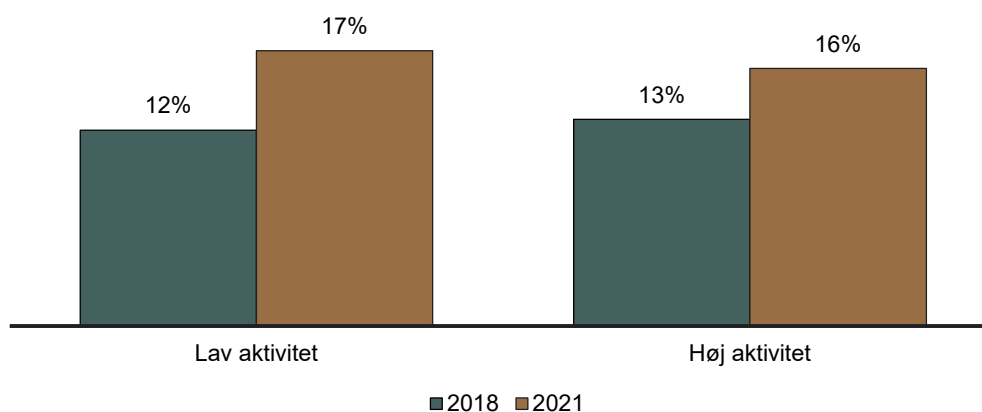


Note: Projektkommunerne er inddelt efter deres borgerrettede projektaktivitet i perioden 2019-2021. Afbilledet i grafen er de projektkommuner, der har henholdsvis de højeste og laveste projektaktiviteter relativt til befolkningsantallet for 0-17-årige i de pågældende kommuner. Projektaktiviteten er i hver kommune summeret på tværs af borgerrettede projektaktiviteter og på tværs af år. Herefter er kommunerne inddelt i kvartiler efter deres aktivitetsniveau. Kategorien "Høj aktivitet" indeholder således de kommuner, hvor projektaktiviteten er i den 4. kvartil, mens "Lav aktivitet" indeholder de kommuner, hvor projektaktiviteten er i den 1. kvartil. Projektkommuner med projektaktivitet i henholdsvis 2. og 3. kvartil er ikke afbilledet i grafen. 1. kvartil indeholder Odense, Kolding, Esbjerg, Fredericia, Varde og Vejen Kommuner, mens 4. kvartil indeholder Svendborg, Tønder, Nordfyns, Billund, Langeland og Ærø Kommuner.

På figuren ses et nogenlunde ens mønster i antallet af henvisninger til børne- og ungdomspsykiatrien henvist fra kommunen for både kommuner med lav og høj projektaktivitet fra 2018 til 2021. For kommuner med lav projektaktivitet ses en stigning i antallet af henvisninger på 9 procentpoint fra 34 henvisninger i 2018 til 43 henvisninger i 2021 per 10.000 børn og unge. For kommuner med høj projektaktivitet ses en stigning på 16 procentpoint, hvor antallet af henvisninger stiger fra 36 henvisninger i 2018 til 52 henvisninger i 2021. Der er derfor en lille forskel i antallet af henvisninger, hvis kommunerne sammenlignes på aktivitetsniveau for såvel 2018 som 2021.

Figur 55 viser udviklingen i andelen af afviste henvisninger ud af det årlige antal henvisninger, som er henvist af kommunerne i Region Syddanmark, fordelt på kommuner, som ligger i den henholdsvis laveste og højeste kvartil af projektaktivitet (samme inddeling af projektaktivitet som i ovenstående figur, se anmærkning til Figur 48 for yderligere forklaring på inddeling af projektaktivitet). Andelen af afviste henvisninger er præsenteret for 2018 (baseline inden kommunerne påbegyndte projektaktivitet) og 2021 til og med september.

Figur 55: Den årlige andel af afviste henvisninger i Region Syddanmark henvist fra kommunen fordelt på projektaktivitet i perioden



Note: Projektkommunerne er inddelt efter deres borgerrettede projektaktivitet i perioden 2019-2021. Afbilledet i grafen er de projektkommuner, der har henholdsvis de højeste og laveste projektaktiviteter relativt til befolkningsantallet for 0-17-årige i de pågældende kommuner. Projektaktiviteten er i hver kommune summeret på tværs af borgerrettede projektaktiviteter og på tværs af år. Herefter er kommunerne inddelt i kvartiler efter deres aktivitetsniveau. Kategorien "Høj aktivitet" indeholder således de kommuner, hvor projektaktiviteten er i den 4. kvartil, mens "Lav aktivitet" indeholder de kommuner, hvor projektaktiviteten er i den 1. kvartil. Projektkommuner med projektaktivitet i henholdsvis 2. og 3. kvartil er ikke afbilledet i grafen. 1. kvartil indeholder Odense, Kolding, Esbjerg, Fredericia, Varde og Vejen Kommuner, mens 4. kvartil indeholder Svendborg, Tønder, Nordfyns, Billund, Langeland og Ærø Kommuner.

Ifølge figuren ses der blandt kommuner med både lav og høj projektaktivitet en lille ændring i andelen af afviste henvisninger ud af det årlige henvisningsantal i henholdsvis 2018 og 2021. For kommuner med lav projektaktivitet ses en lille stigning fra 12% afviste henvisninger i 2018 til 17% i 2021. For kommuner med høj projektaktivitet ses en stigning i andelen af afviste henvisninger fra 13% i 2018 til 16% i 2021. Der er stort set ingen forskel på andelen af afviste henvisninger i 2021, hvis kommuner med lav og høj projektaktivitet sammenlignes med hinanden, hvor andelen er 1 procentpoint lavere blandt kommuner med højt aktivitetsniveau.

Tendensen i Figur 55 indikerer, at et højt aktivitetsniveau i projektperioden ikke har synlig effekt på det generelle årlige antal henvisninger, da der ses nogenlunde samme udvikling og antal henvisninger blandt kommuner med både lavt og højt aktivitetsniveau, og hvor antallet af henvisninger stiger fra baseline til afslutningen af projektperioden. Samme tendens bakkes op af Figur 48, hvor der blot ses en lille ændring i andelen af afviste henvisninger i projektperioden for begge aktivitetsniveauer – igen med en stigning i andelen af afviste henvisninger, hvis baseline sammenlignes med afslutningen af projektperioden. Det skal understreges, at der kan være andre underliggende faktorer, der har indflydelse på udviklingen i henvisningsmønstrene, og resultatet skal derfor fortolkes med forsigtighed. Det kan derfor ikke konkluderes, om høj projektaktivitet i Region Syddanmark har haft betydning for udviklingen i henvisninger fra kommunen.

6.4.1 Delkonklusion

Samlet set kan det konkluderes, at det totale antal henvisninger samt antallet af afviste henvisninger til børne- og ungdomspsykiatrien i Region Syddanmark i projektperioden var størst i 2020. Samtidig ses der generelt set en stigning i andelen af afviste henvisninger i perioden, igen med den største andel i 2020. Det største antal af henvisninger i regionen kommer fra almen praksis, og også her ses en stigende andel af afviste henvisninger i projektperioden. Henvisninger fra kommunen har den laveste andel af afviste henvisninger, men denne andel er hverken faldet eller steget betydeligt i perioden. Det tyder altså ikke på, at projektaktiviteten har haft en egentlig indflydelse på andelen af afviste henvisninger fra kommunen. Hvis antallet af henvisninger sammenlignes på køn, henvises lidt flere drenge end piger, dog med den største andel af afviste henvisninger blandt piger. Sammenlignes projektkommuner med henholdsvis lavt og højt aktivitetsniveau for 2018 og 2021, ses samme udviklinger i antallet af henvisninger samt andelen af afviste henvisninger fra kommunen, hvor både antal og andel stiger. Det tyder på, at det ikke er muligt at se en synlig positiv effekt af aktivitetsniveau på henvisningsdata, hvilket dog kan skyldes en lang række underliggende faktorer.

6.5 Udviklingen i henvisninger i Region Sjælland (2018-2021)

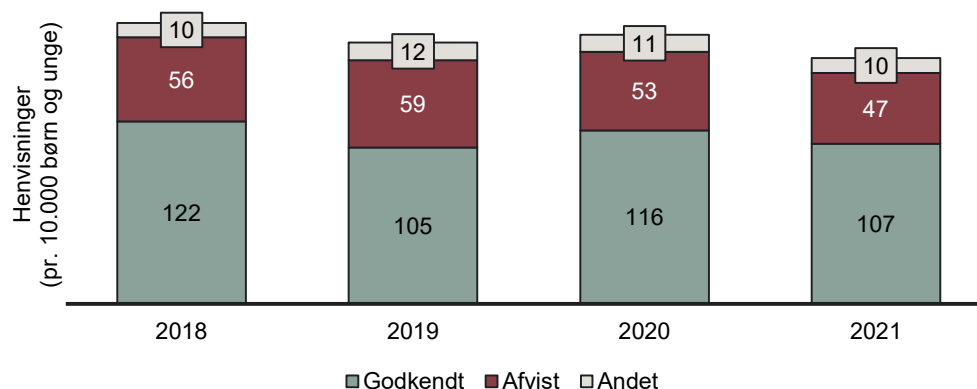
Børne- og ungdomspsykiatrien i Region Sjælland har i perioden fra januar 2018 til oktober 2021 modtaget 11.614 henvisninger. Antallet af henvisninger fordelt på årstal er vist i Tabel 8. Her ses det, at der i regionen var flest henvisninger i 2018 og færrest i 2021. I tabellen og alle figurer nedenfor skal der dog tages højde for, at tallene for 2021 kun indeholder henvisninger fra januar til og med september. Et lavere antal henvisninger i 2021 kan derfor ikke tolkes som en egentlig tendens, da der mangler data for de tre sidste måneder af året.

Tabel 8:
Antal henvisninger i Region Sjælland i perioden januar 2018 til september 2021

	2018	2019	2020	2021	Total
Antal henvisninger	3.119	2.872	2.940	2.683	11.614

Det samlede antal henvisninger per 10.000 børn og unge i alderen 0-17-årige er vist i Figur 56. Søjlerne er delt i antallet af henholdsvis godkendte, afviste og andre henvisninger.

Figur 56: Antal henvisninger i Region Sjælland fordelt på henvisningsstatus

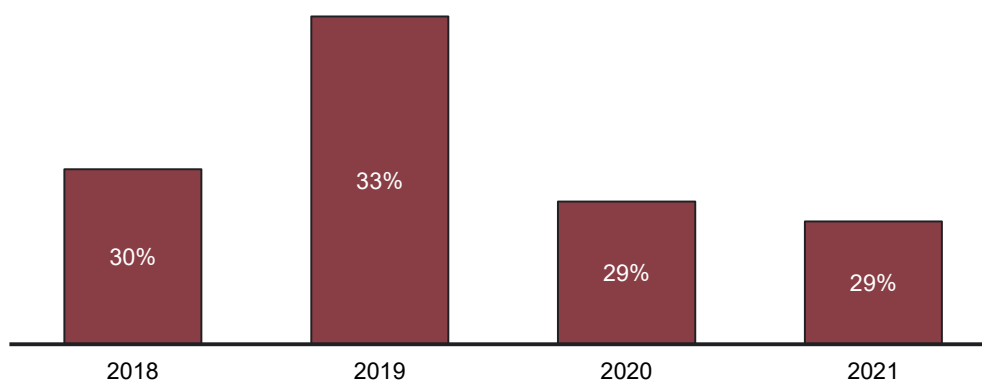


Note: Henvisningsstatus er inddelt i kategorierne Godkendt, Afvist og Andet. Andet dækker over kategorierne "Annulleret af henviser", "Annulleret af patient (død)", "Dobbelthenviisning", "Er i forløb i psykiatrien", "Flyttet til anden region" samt "Udeblevet".

Figur 56 viser, at der perioden fra 2018 til 2021 var mellem 164 og 188 henvisninger per 10.000 børn og unge i regionen om året. Antallet af henvisninger var størst i 2018 og lavest i 2021. Dette er dog forventeligt, da der mangler data for de sidste tre måneder af 2021, og det lave antal i 2021 kan derfor ikke fortolkes som en egentlig tendens. Størstedelen af henvisningerne blev godkendt, og andelen af *godkendte* henvisninger af det samlede henvisningsantal ligger på 60-65% i perioden.

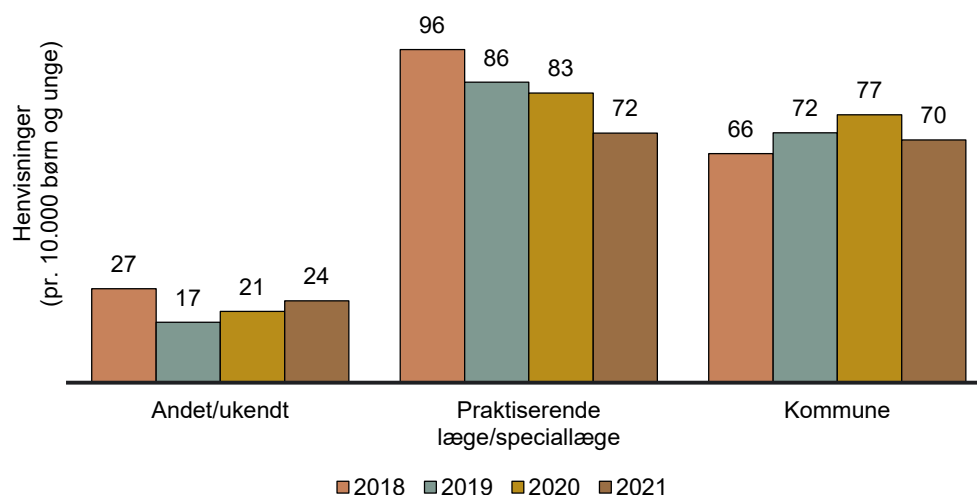
Andelen af afviste henvisninger er vist i Figur 57. Her ses det, at andelen af henvisninger, som blev afvist, lå relativt stabilt i perioden på omkring 30% af det samlede antal henvisninger. Der ses en lille stigning på 3 procentpoint fra 2018 til 2019, men andelen falder herefter igen med 4 procentpoint og ligger på 29% i både 2020 og 2021.

Figur 57:
Andel afviste henvisninger ud af det årlige henvisningsantal i Region Sjælland



I Figur 58 præsenteres antallet af henvisninger i Region Sjælland, fordelt på de forskellige henvisende instanser, kategoriseret som: *Kommune*, *Praktiserende læge/speciallæge* og *Andet/ukendt*.

Figur 58: Antal henvisninger i Region Sjælland fordelt på henviser



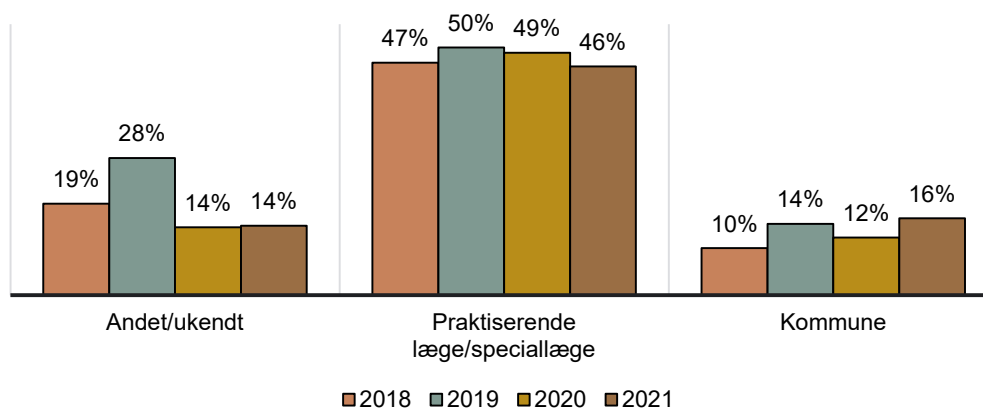
Note: Kategorien *Andet/ukendt* indeholder henvisninger fra "Akutordning", "Henvist fra sygehusafsnit", "Henvist fra sygehusafsnit, venteforløb", "Klinisk enhed", "Andet – tandlæge" samt henvisninger uden oplysninger om den henvisende instans. Kategorien *Praktiserende læge/speciallæge* indeholder henvisninger fra "Alment praktiserende læge", "Praktiserende læge" samt "Praktiserende speciallæge". Kategorien *Kommune* indeholder henvisninger fra "Anden (UNS)" eller "Andet (LPR2)", som ifølge Region Sjælland primært indeholder henvisninger fra kommunen. Kategorien kan dog muligvis også indeholde få henvisninger, som kommer fra en anden instans end kommunen.

Figur 58 viser, at størstedelen af henvisningerne i alle årene kommer fra de praktiserende læger eller praktiserende speciallæger, mens kommunerne også står for en stor del af henvisningerne. Antallet af henvisninger fra de *praktiserende læger/speciallæger* er faldende i perioden og går fra 96 henvisninger per 10.000 børn og unge i regionen i 2018 til 72 henvisninger i 2021. Samtidig ses der en stigning i antallet af henvisninger fra *kommunen*, som stiger fra 66 henvisninger per 10.000 børn og unge i 2018 til 77 henvisninger i 2020. I 2021 er antallet af henvisninger fra de praktiserende læger/speciallæger og antallet af henvisninger fra kommunerne således næsten samme størrelse. Antallet af henvisninger fra *andre/ukendte* henvisende instanser er markant mindre og falder i perioden fra 27 henvisninger til 24 henvisninger per 10.000 børn og unge i regionen.

Udviklingen i andelen af henvisningerne fra de henvisende instanser, som bliver afvist, er vist i Figur 59. Her ses det, at andelen af afviste henvisninger er størst for henvisninger fra de *praktiserende læger/speciallæger*, hvor knap 50% af henvisningerne blev afvist i perioden. Derimod blev kun 10-16% af henvisningerne fra *kommunen* afvist i perioden. Andelen af afviste henvisninger fra de *praktiserende læger/speciallæger* falder en smule i

løbet af perioden fra 50% i 2019 til 46% i 2021, mens andelen af afviste henvisninger fra *kommunen* stiger i perioden fra 10% i 2018 til 16% i 2021. Tages der ikke højde for forskelle i projektaktivitet projektkommunerne imellem, ser det ikke ud til, at projektaktiviteten generelt set har medvirket til færre afviste henvisninger fra kommunerne. Der kan dog også være andre underliggende faktorer, som kan være med til at forklare tendensen, og det kan derfor ikke entydigt konkluderes, at projektaktiviteten ikke har haft en effekt på andelen af afviste henvisninger fra kommunerne.

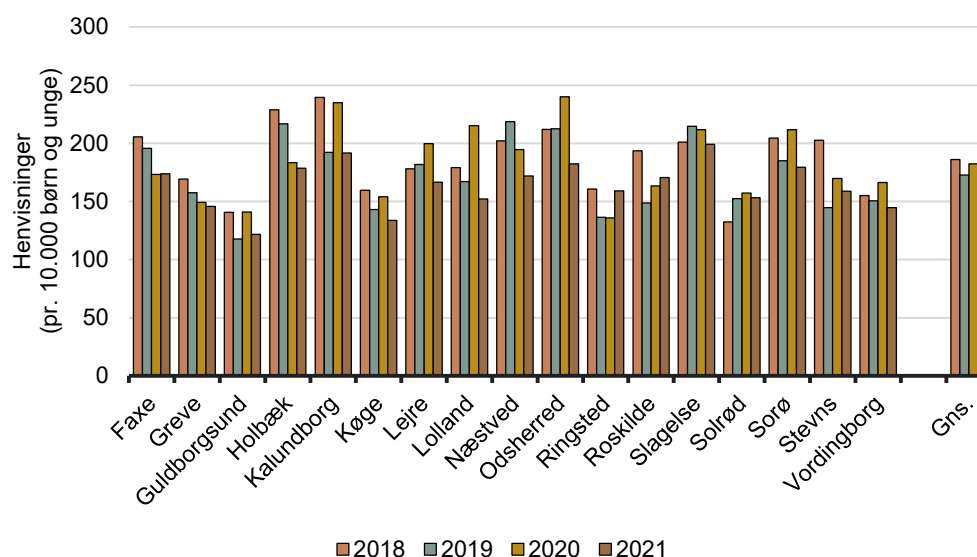
Figur 59: Andel afviste henvisninger i de tre grupper af henvisende instanser i Region Sjælland



Note: Se anmærkning til Figur 58.

Figur 60 viser udviklingen i antallet af henvisninger i Region Sjælland fordelt på den henvistes bopælskommune. Antallet af henvisninger er opgjort per 10.000 børn og unge i samme kommune.

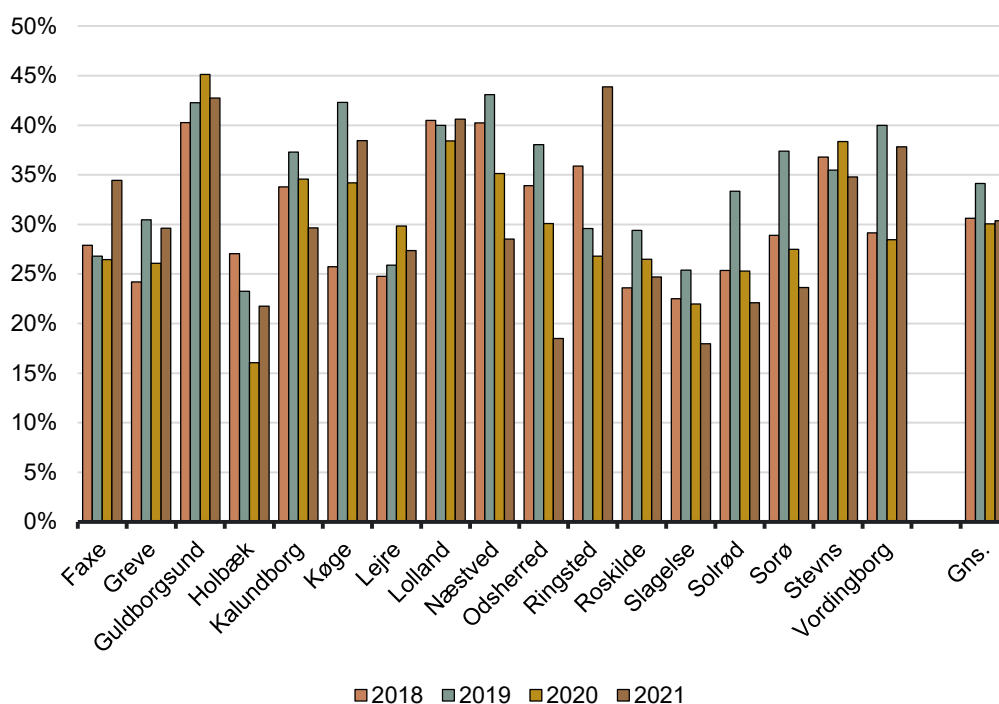
Figur 60: Antal henvisninger i Region Sjælland fordelt på kommune



Figur 60 viser, at Kalundborg og Odsherred Kommuner henviste flest børn og unge til psykiatrien i perioden med henholdsvis 215 og 212 henvisninger i gennemsnit om året per 10.000 børn og unge i kommunen. Det laveste antal henvisninger ses i Guldborgsund Kommune, hvor der i gennemsnit var 130 henvisninger om året per 10.000 børn og unge. Udviklingen i antallet af henvisninger per år varierer meget fra kommune til kommune, men i flere kommuner (Guldborgsund, Kalundborg, Køge, Lolland, Sorø, Stevns og Vordingborg) ses der et fald i antallet af henvisninger fra 2018 til 2019, en stigning fra 2019 til 2020 og herefter et fald igen fra 2020 til 2021. Dette stemmer overens med den overordnede tendens for Region Sjælland vist i Figur 49.

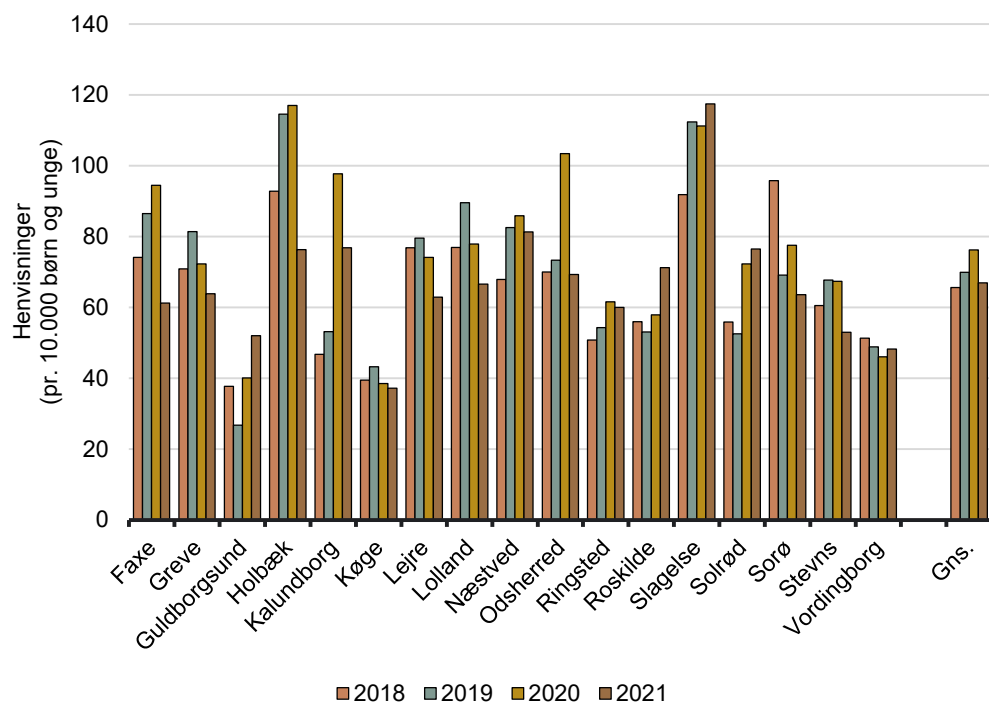
Ses der i stedet på den årlige andel af henvisningerne i kommunerne, som bliver afvist, skiller især Guldborgsund Kommune sig ud, hvor 43% af henvisningerne i gennemsnit bliver afvist om året i perioden fra 2018 til 2021. Slagelse og Holbæk Kommuner har den laveste gennemsnitlige andel af afviste henvisninger på 22%, jf. Figur 61.

Figur 61: Andel afviste henvisninger ud af det årlige henvisningsantal i hver kommune i Region Sjælland



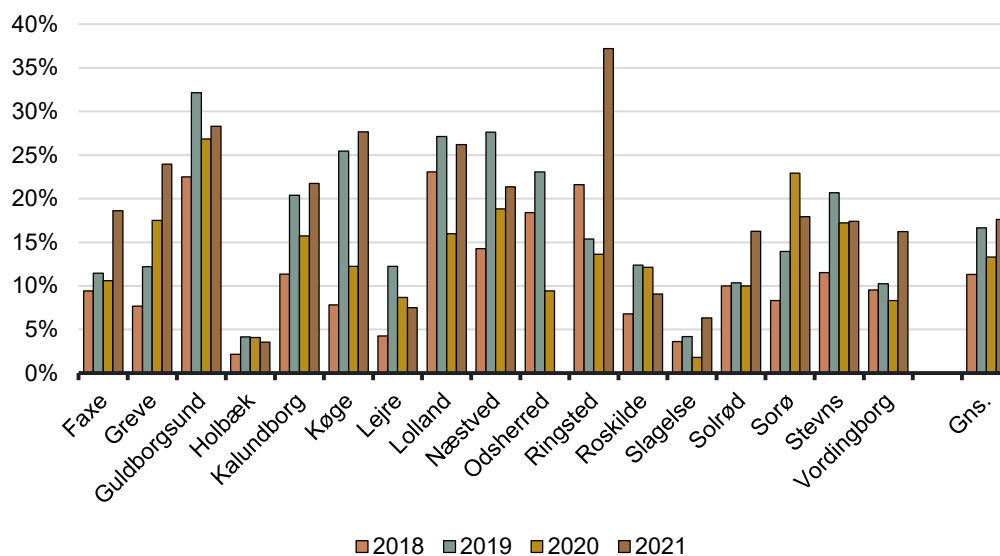
Antallet af henvisninger per 10.000 børn og unge, hvor kommunen er den henvisende instans, er vist fordelt på projektkommunerne i regionen i Figur 62. Her er det især Slagelse og Holbæk Kommuner, der skiller sig ud med et højt antal henvisninger fra kommunen på tværs af perioden, mens Guldborgsund og Køge Kommuner har færrest henvisninger fra kommunen.

Figur 62: Antal henvisninger i Region Sjælland, hvor kommunen er den henvisende instans, fordelt på kommuner



Fokuseres der på andelen af henvisninger fra kommunen, som bliver afvist, er det de samme kommuner, som skiller sig ud, jf. Figur 63. I Slagelse og Holbæk Kommuner bliver i gennemsnit kun 4% af henvisningerne fra kommunen afvist i perioden 2018 til 2021. I Holbæk Kommune ses der en lille stigning i antallet af afviste henvisninger fra 2% til 4% fra 2018 til 2019, hvorefter niveauet ligger stabilt resten af perioden. I Slagelse ses der derimod et fald fra 2019 til 2020, hvorefter der ses en relativ stor stigning fra 2% i 2020 til 6% i 2021. Den største andel af henvisninger, som bliver afvist, ses i Guldborgsund Kommune, hvor 27% af henvisninger fra kommunen i gennemsnit bliver afvist. Andelen er størst i 2019, hvorefter den falder, men der ses en lille stigning igen fra 2020 til 2021.

Figur 63: Andel henvisninger fra kommunen, som bliver afvist i hver kommune i Region Sjælland



Overordnet set er der ingen af kommunerne i Region Sjælland, hvor andelen af henvisninger fra kommunen, som bliver afvist, samlet set er faldet fra 2018 til 2021. Der er dermed igen ingen indikationer på, at projektaktiviteten i de forskellige kommuner er lykkedes med at reducere andelen af afviste henvisninger.

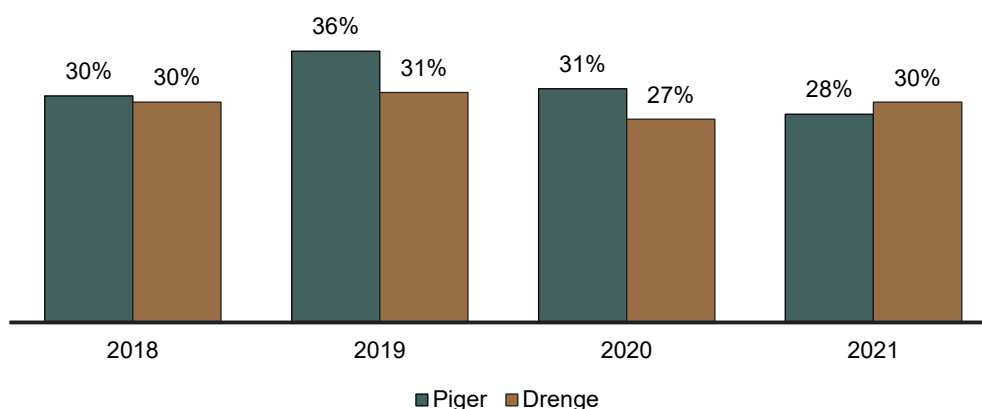
Tabel 9 viser antallet af afviste henvisninger og henvisninger i alt per 10.000 børn og unge i Region Sjælland fordelt på henholdsvis drenge og piger. Her ses det, at drengene i regionen har både flere henvisninger og flere afviste henvisninger på tværs af perioden. Forskellen er størst i 2018 og mindst i 2021, hvor både det totale antal henvisninger og antallet af afviste henvisninger kommer på næsten samme niveau som antallet for pigerne. Herved er der i 2021 en meget lille forskel på antallet af henvisninger i alt og antallet af afviste henvisninger for drenge og piger.

Tabel 9: Antal henvisninger i alt og antal afviste henvisninger fordelt på køn angivet per 10.000 børn og unge i Region Sjælland

	2018	2019	2020	2021	Total
PIGER					
Afviste henvisninger	25	29	27	23	104
Alle henvisninger	83	79	86	82	331
DRENGE					
Afviste henvisninger	31	30	26	24	111
Alle henvisninger	105	96	95	83	379

Figur 64 viser andelen af afviste henvisninger ud af det samlede antal henvisninger for henholdsvis piger og drenge i regionen.

Figur 64: Andel afviste henvisninger ud af det årlige henvisningsantal for henholdsvis piger og drenge i Region Sjælland



Ud fra figuren ses det, at pigerne i alle årene, undtagen i 2021, får afvist en større andel henvisninger end drengene, omend forskellen ikke er markant. I 2018 er der kun 1 procentpoint forskel på andelen af afviste henvisninger blandt piger og drenge, mens forskellen er størst i 2019, hvor den er på cirka 6 procentpoint. For både drenge og piger er andelen af afviste henvisninger størst i 2019. Dette kan, jf. Tabel 9, både tilskrives et fald i det samlede antal henvisninger og en stigning i antallet af afvisninger.

Det har ikke været muligt at inddele projektkommunerne i Region Sjælland ud fra deres aktivitetsniveau i perioden, da aktivitetsdata ikke er angivet på kommuneniveau. Derfor kan der ikke udledes noget omkring en mulig sammenhæng mellem projektaktivitet og udvikling i henholdsvis antallet af henvisninger henvist fra kommunerne samt andelen af afviste henvisninger henvist fra kommunerne.

6.5.1 Delkonklusion

Samlet set kan det konkluderes, at der for perioden januar 2018 til oktober 2021 i Region Sjælland har været et lille fald i antallet af henvisninger til børne- og ungdomspsykiatrien. Antallet af henvisninger i 2021 kan dog ikke sammenlignes med de øvrige år, da der mangler data for de sidste tre måneder af året. Andelen af henvisninger, som bliver afvist, har været relativt stabil i perioden på omkring 30%, dog med et lille udsving i 2019. De praktiserende læger og speciallæger stod for den største andel af henvisninger i perioden, men knap halvdelen af disse henvisninger er blevet afvist. Derimod blev kun 10-16% af henvisninger fra kommunen afvist, men denne andel har været stigende i perioden. Det tyder derfor ikke på, at projektaktiviteten overordnet set har medført en betydelig reduktion i andelen af henvisninger fra kommunen, som bliver afvist. Når der dykkes ned i de enkelte kommuner, ses et lignende billede for andelen af henvisninger fra kommunen, som bliver afvist; ingen af kommunerne har oplevet en samlet reduktion i andelen af henvisninger fra kommunen, som bliver afvist i perioden fra 2018 til 2021.

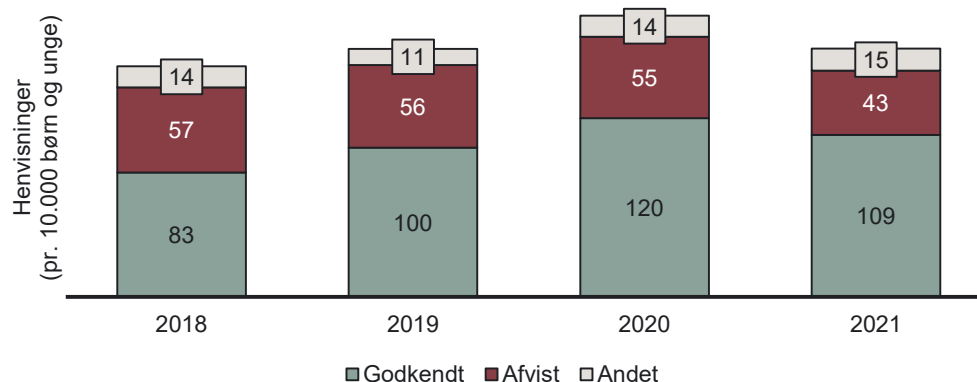
6.6 Udviklingen i henvisninger i Region Hovedstaden (2018-2021)

Børne- og ungdomspsykiatrien i Region Hovedstaden har i perioden fra januar 2018 til oktober 2021 modtaget 12.879 henvisninger. Antallet af henvisninger fordelt på årstal er vist i Tabel 10. Her ses det, at der i regionen var flest henvisninger i 2020 og færrest i 2018. I tabellen og alle figurer nedenfor skal der dog tages højde for, at tallene for 2021 kun indeholder henvisninger fra januar til og med september. Et lavere antal henvisninger i 2021 kan derfor ikke tolkes som en egentlig tendens, da der mangler data for de tre sidste måneder af året.

Tabel 10: Antal henvisninger i Region Hovedstaden i perioden januar 2018 til september 2021

	2018	2019	2020	2021	Total
Antal henvisninger	2.926	3.173	3.606	3.174	12.879

I Figur 65 er det samlede antal henvisninger vist per år og per 10.000 børn og unge. Søjlerne er delt i antallet af henvisninger, som er henholdsvis godkendte, afviste og andet.

Figur 65: Antal henvisninger i Region Hovedstaden fordelt på henvisningsstatus

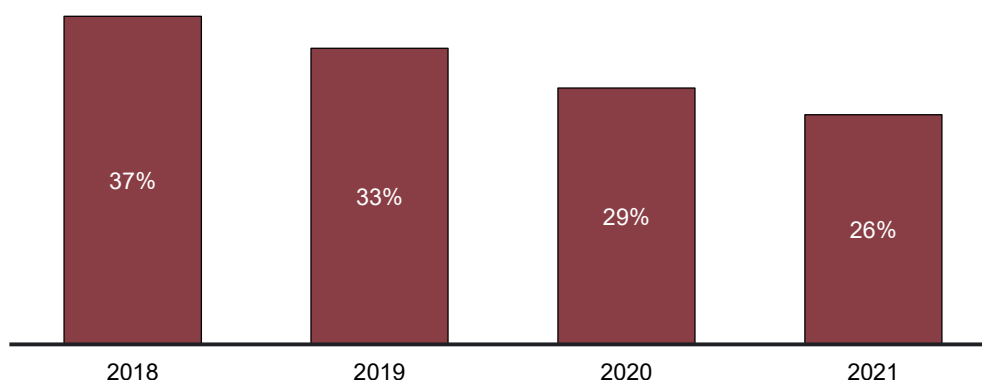
Note: Henvisningsstatus er inddelt i kategorierne Godkendt, Afvist og Andet. Andet dækker over kategorierne "Afventer gennemgang", "Annulleret", "Lukket" samt "Ufuldstændig".

Figur 65 viser, at der i perioden var mellem 154 og 189 henvisninger per 10.000 børn og unge i regionen om året. Fra 2018 til 2020 ses der en stigning i antallet af henvisninger per 10.000 børn og unge i regionen. Denne stigning er drevet af en stigning i antallet af godkendte henvisninger, mens antallet af andet og afviste henvisninger har været relativt konstant i løbet af perioden. Størstedelen af henvisningerne bliver godkendt, og andelen af godkendte henvisninger udgør mellem halvdelen og to tredjedele af det samlede henvisningsantal i løbet af perioden.

Figur 66 fokuserer specifikt på andelen af henvisningerne, som bliver afvist. Her ses det, at andelen af henvisningerne til børne- og ungdomspsykiatrien i Region Hovedstaden, som bliver afvist, er faldet med 11 procentpoint i perioden fra 37% i 2018 til 26% i 2021. Sammenholdes dette med Figur 59 ses det, at dette fald primært skyldes en stigning i antallet af godkendte henvisninger og ikke et fald i antallet af afviste henvisninger.

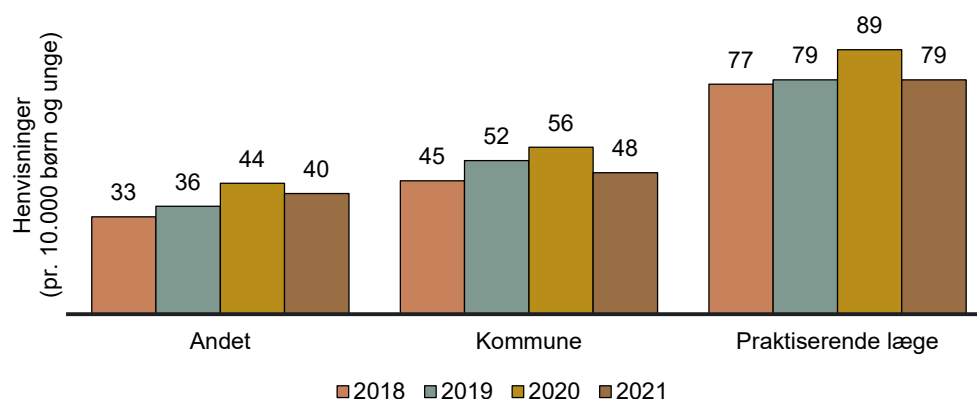
I Figur 67 præsenteres antallet af henvisninger i Region Hovedstaden fordelt på tre grupper af henvisende instanser. De henvisende instanser er kategoriseret som *Andet*, *Kommune* eller *Praktiserende læge*. Kategorierne er yderligere beskrevet under figuren.

Figur 66: Andelen af henvisninger som bliver afvist i Region Hovedstaden



I Figur 67 præsenteres antallet af henvisninger i Region Hovedstaden fordelt på tre grupper af henvisende instanser. De henvisende instanser er kategoriseret som *Andet*, *Kommune* eller *Praktiserende læge*. Kategorierne er yderligere beskrevet under figuren.

Figur 67: Antal henvisninger i Region Hovedstaden fordelt på henviser

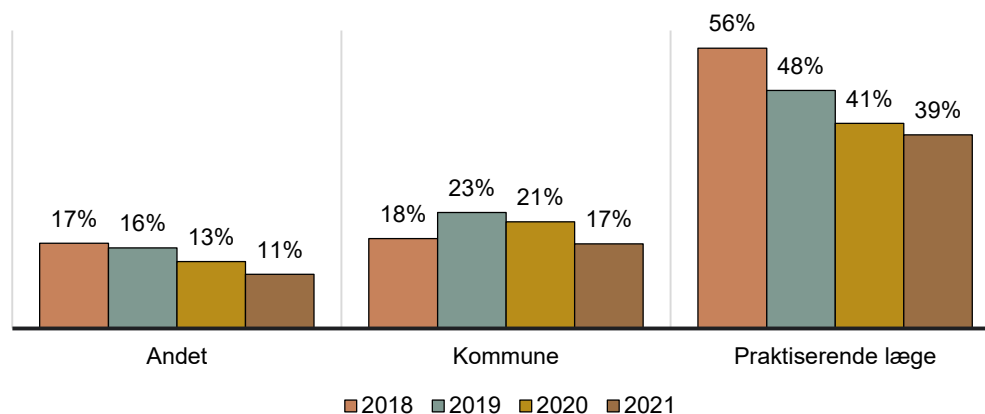


Note: *Andet* indeholder alle henvisninger, som ikke er blevet kategoriseret af regionen.

Figur 67 viser, at de praktiserende læger er den instans, der sender flest henvisninger til børne- og ungdomspsykiatrien i perioden 2018-2021 i Region Hovedstaden. De står i alle årene for cirka halvdelen af henvisningerne, mens kommunerne står for cirka 30% af det samlede antal henvisninger om året. Antallet af henvisninger har for alle tre instanser været jævnt stigende fra 2018 til 2020. Herefter falder antallet igen, men dette fald kan helt eller delvist forklares ved, at figuren ikke indeholder data for de sidste tre måneder af 2021.

I Figur 68 præsenteres udviklingen i andelen af henvisninger fra hver henvisende instans, som bliver afvist.

Figur 68: Andel afviste henvisninger i de tre grupper af henvisende instanser i Region Hovedstaden

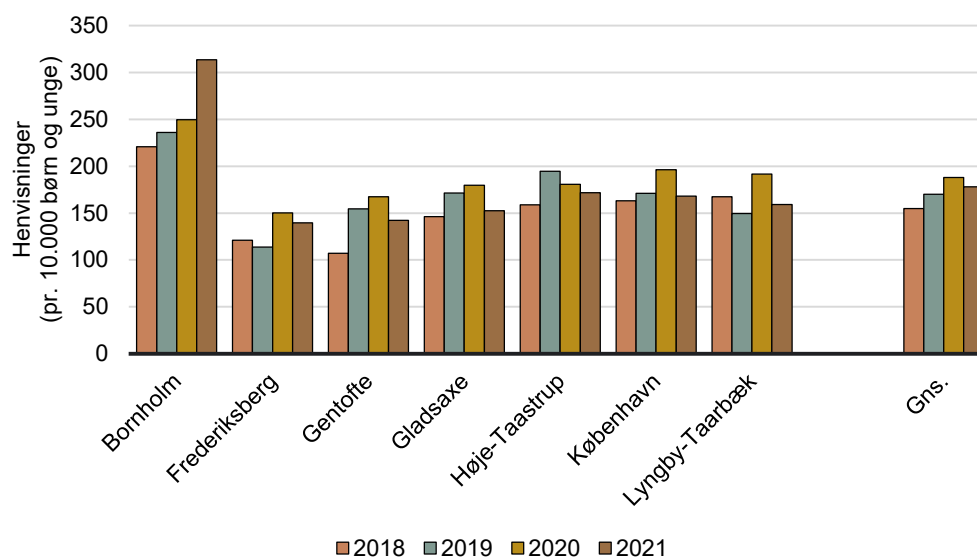


Note: Kategorien "Andet" indeholder henvisninger, hvor regionen ikke har angivet den henvisende instans.

Figur 68 viser, at de praktiserende læger har den største afvisningsandel blandt de tre grupper af henvisende instanser. Her bliver mellem 56% og 39% af henvisningerne afvist i løbet af perioden, mens kun mellem 17% og 23% af henvisninger fra kommunen bliver afvist. Afvisningsandelen for de praktiserende læger er dog faldende gennem hele perioden. For henvisninger fra kommunen ses der derimod en stigning på 5 procentpoint fra 2018 til 2019, hvorefter der ses et fald frem mod 2021. Den samlede udvikling i andelen af henvisninger fra kommunen, som bliver afvist, er dermed næsten uændret i løbet af perioden. Andelen af henvisninger fra *Andet*, som bliver afvist, er også faldet i løbet af perioden, fra 17% i 2018 til 11% i 2021.

Antallet af henvisninger i Region Hovedstaden fordelt på den henvistes bopælskommune er vist i Figur 69.

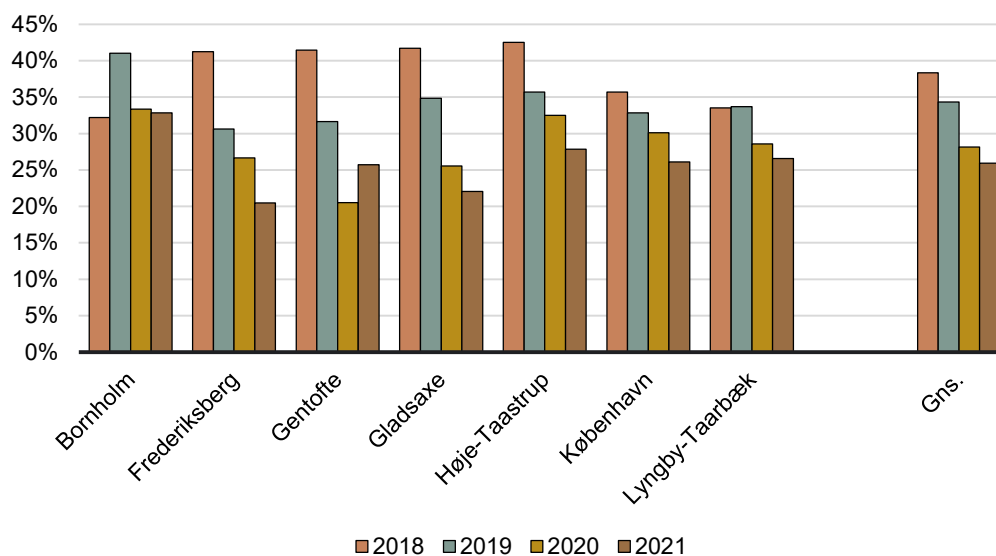
Figur 69: Antal henvisninger i Region Hovedstaden fordelt på projektkommuner



Figur 69 viser, at Bornholms Regionskommune har markant flest henvisninger per 10.000 børn og unge i kommunen i forhold til de øvrige projektkommuner i Region Hovedstaden, og at antallet har været stigende i løbet af perioden fra 221 henvisninger per 10.000 børn og unge i kommunen i 2018 til 314 henvisninger i 2021. Frederiksberg Kommune har i gennemsnit det laveste antal henvisninger per 10.000 børn og unge i kommunen, hvor antallet af henvisninger stiger fra 121 henvisninger i 2018 til 140 henvisninger i 2021. Generelt ses en stigning i antallet af henvisninger i løbet af perioden i alle projektkommunerne i Region Hovedstaden på nær Lyngby-Taarbæk Kommune, som har haft et lille fald i antallet af henvisninger.

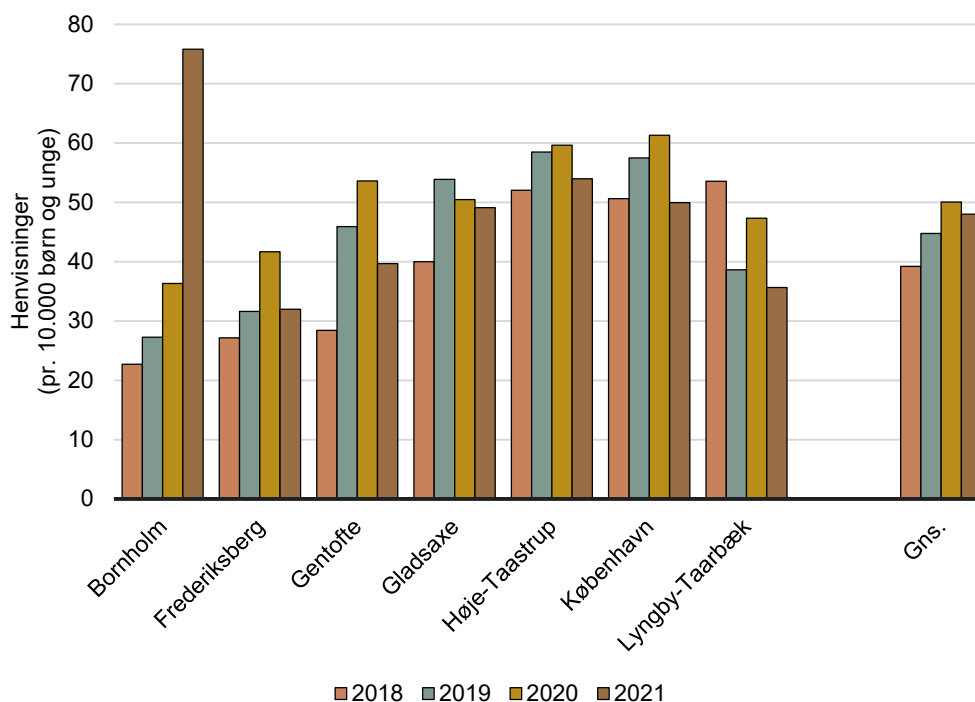
Andelen af henvisningerne i kommunerne, som bliver afvist, er vist i Figur 70.. Her ses en generel tendens til, at andelen af afviste henvisninger har været faldende i løbet af projektperioden i alle projektkommunerne i Region Hovedstaden på nær i Bornholms Regionskommune, hvor andelen har haft en lille stigning. Frederiksberg og Gladsaxe Kommune har begge oplevet et markant fald i andelen af afviste henvisninger på omkring 20 procentpoint fra henholdsvis 41% og 42% til 20% og 22%. Gentofte og Høje-Taastrup Kommune har ligeledes oplevet et stort fald på omkring 15 procentpoint i løbet af perioden fra 2018 til 2021.

Figur 70: Andel afviste henvisninger ud af det årlige henvisningsantal for hver projektkommune i Region Hovedstaden



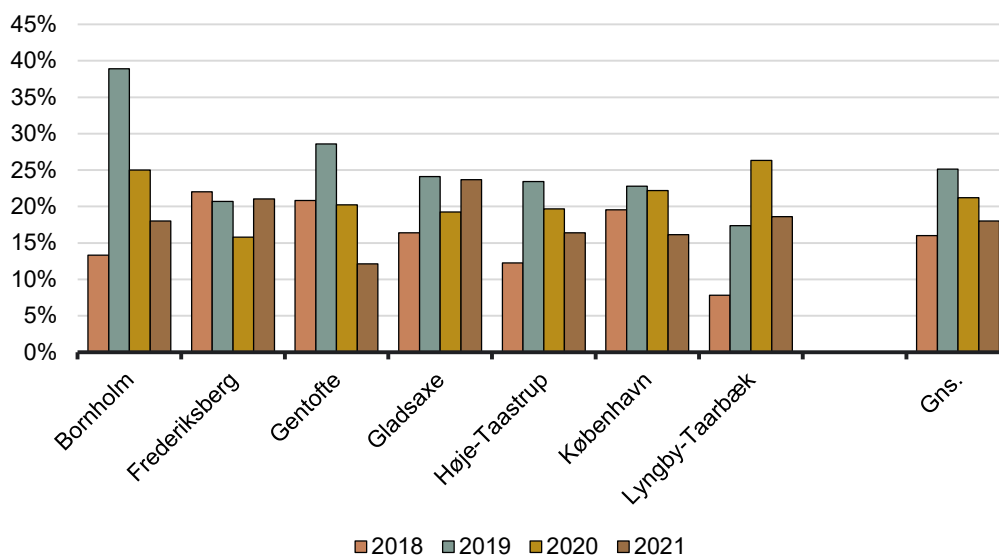
Figur 70 fokuserer specifikt på de henvisninger, hvor kommunen er den henvisende instans. Tendensen blandt kommunerne er ikke entydig, men mange kommuner har oplevet en stigning i antallet af henvisninger fra kommunen fra 2018 til 2020 og derefter et fald fra 2020 til 2021. Faldet fra 2020 til 2021 kan dog ikke tolkes som en egentlig tendens, da figuren mangler data for de sidste tre måneder af 2021. Den største stigning ses i Bornholms Regionskommune, hvor der især 2021 skete en stor stigning i antallet af henvisninger fra kommunen til 76 henvisninger per 10.000 børn og unge sammenlignet med blot 36 henvisninger året inden. Frederiksberg Kommune har i gennemsnit det laveste antal henvisninger fra kommunen i løbet af perioden (33 henvisninger), mens Høje-Taastrup har det højeste gennemsnit (56 henvisninger) af antal henvisninger fra kommunen per 10.000 børn og unge.

Figur 71: Antal henvisninger i Region Hovedstaden, hvor kommunen er den henvisende instans, fordelt på projektkommuner



Dykker vi ned i andelen af henvisninger, hvor kommunen er den henvisende instans, som bliver afvist, ses der varierende tendenser fra kommune til kommune. Dette er vist i Figur 71. Kun tre af de syv projektkommuner (Frederiksberg, Gentofte og København) har oplevet et fald i andelen af afviste henvisninger. Det største fald ses i Gentofte Kommune, hvor andelen af afviste henvisninger, hvor kommunen er den henvisende instans, er faldet med 9 procentpoint fra 21% til 12% i løbet af de fire år. Dermed ser det ud til, at projektaktiviteten kan have haft en effekt på andelen af afviste henvisninger fra kommunen i disse kommuner. Faldet kan dog også skyldes andre faktorer, og vi kan derfor ikke foretage entydige kausale fortolkninger baseret på disse data. I de resterende fire kommuner (Bornholm, Gladsaxe, Høje-Taastrup og Lyngby-Taarbæk) ses en stigning i andelen af afviste henvisninger i løbet af perioden, og det ser dermed ikke ud til, at projektaktiviteten har haft en nævneværdig effekt på andelen af afviste henvisninger i disse kommuner.

Figur 72: Andel henvisninger fra kommunen, som bliver afvist i hver projektkommune i Region Hovedstaden



I Tabel 11 præsenteres antallet af henvisninger per 10.000 børn og unge i Region Hovedstadens projektkommuner fordelt på køn.

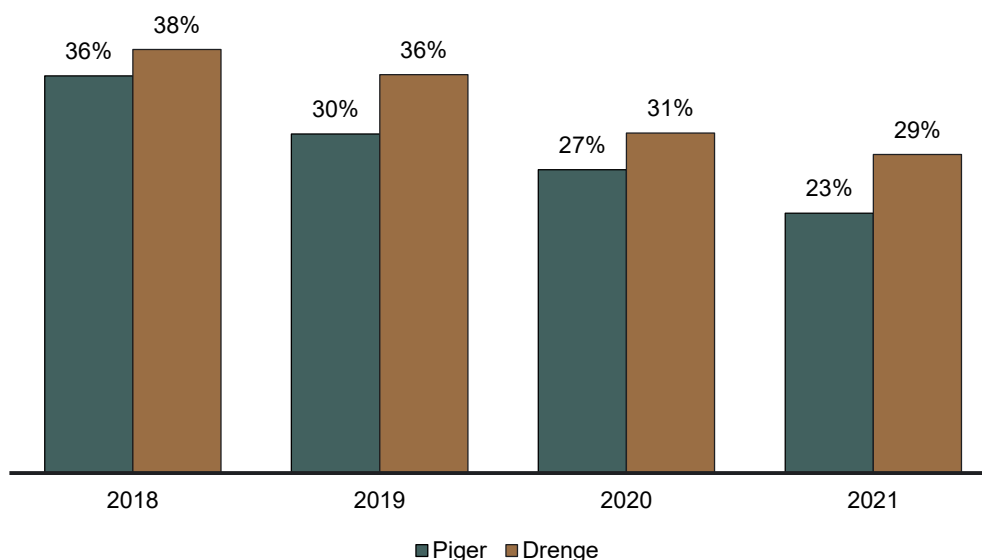
Tabel 11: Antal henvisninger i alt og antal afviste henvisninger fordelt på køn angivet per 10.000 børn og unge i Region Hovedstaden

	2018	2019	2020	2021	Total
PIGER					
Afviste henvisninger	25	23	26	20	94
Alle henvisninger	70	75	95	87	327
DRENGE					
Afviste henvisninger	32	33	29	23	117
Alle henvisninger	85	91	94	80	350

Tabel 11 viser, at projektkommunerne i regionen har henvist flere drenge end piger i løbet af projektperioden, og at der også er flere af disse henvisninger, som er blevet afvist. Antallet af henvisninger af piger er steget i løbet af perioden fra 70 til 87 henvisninger per 10.000 børn og unge, mens det for drengene er faldet fra 85 til 80 henvisninger per 10.000 børn og unge. Antallet af afviste henvisninger er faldet for både piger og drenge med henholdsvis 5 og 9 henvisninger per 10.000 børn og unge i regionen.

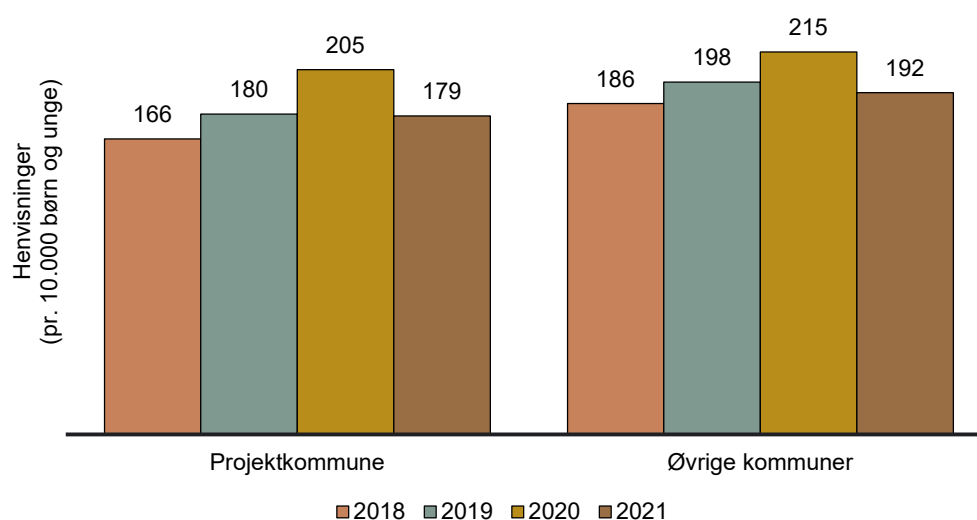
Dykes der ned i andelen af henvisningerne, som bliver afvist, ses det, at piger generelt får afvist en lavere andel af deres henvisninger i alle fire projektår, jf. Figur 73.. Andelen er dog faldet jævnt i løbet af projektperioden for både drenge og piger. For pigerne er andelen af afviste henvisninger faldet fra 36% til 23%, mens andelen for drengene er faldet fra 38% til 29%.

Figur 73: Andel afviste henvisninger ud af det årlige henvisningsantal for henholdsvis piger og drenge i Region Hovedstaden



Figur 73 præsenterer det årlige antal henvisninger fordelt på henholdsvis projektkommuner (Bornholm, Frederiksberg, Gentofte, Gladsaxe, Høje-Taastrup, København og Lyngby-Taarbæk) og øvrige kommuner uden for projektet i 2018-2021.

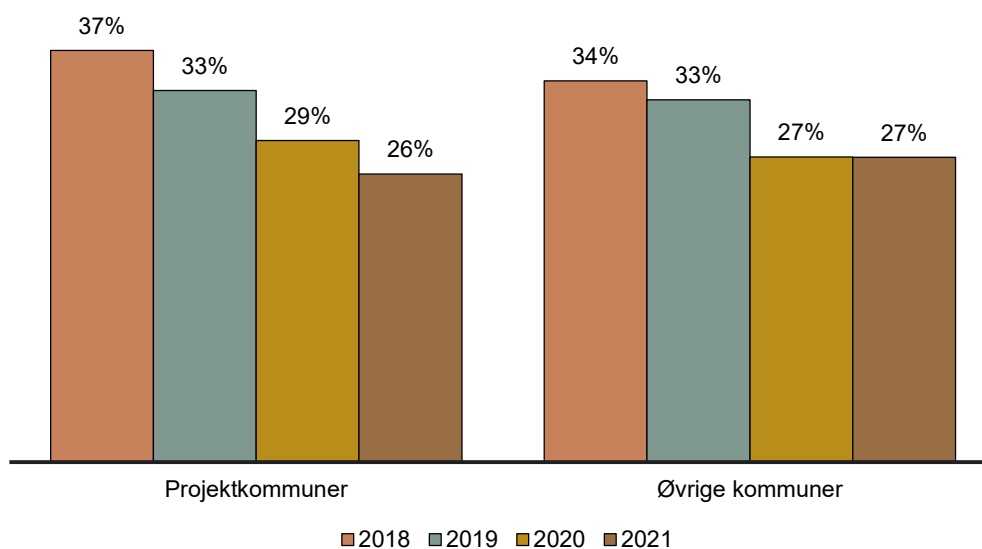
Figur 74: Antal årlige henvisninger i Region Hovedstaden fordelt på projektkommuner og øvrige kommuner



På figuren ses en stigning i antallet af henvisninger til og med 2020 blandt såvel projektkommuner som øvrige kommuner, hvorefter antallet falder (data for 2021 skal dog tages med det forbehold, at det ikke inkluderer oktober-december). Blandt projektkommunerne stiger antallet af henvisninger fra 166 henvisninger i 2018 til 205 henvisninger i 2020 – det vil sige en stigning på 39 henvisninger. Herefter falder det til 179 henvisninger, hvilket fortsat er et højere antal henvisninger end udgangspunktet i 2018, trods data for 2021 ikke er opdateret for årets sidste tre måneder. Blandt de øvrige kommuner stiger antallet af henvisninger fra 186 henvisninger i 2018 til 215 i 2020, det vil sige en stigning på 29 henvisninger, hvorefter antallet atter falder til 192 henvisninger – fortsat et stykke over udgangspunktet i 2018. Udviklingen i figuren tyder ikke på, at projektaktiviteten har haft en synlig indvirkning på udviklingen i antallet af henvisninger, når projektkommuner sammenlignes med øvrige kommuner. Dog kan der være en række underliggende faktorer, der også påvirker dette, hvorfor der ikke kan konkluderes på sammenhængen mellem projektaktivitet og udvikling i henvisningsantal.

Figur 74 viser andelen af afviste henvisninger ud af det samlede antal henvisninger i Region Hovedstadens projektkommuner i forhold til regionens øvrige kommuner.

Figur 75: Andel afviste henvisninger i Region Hovedstadens projektkommuner i forhold til regionens øvrige kommuner

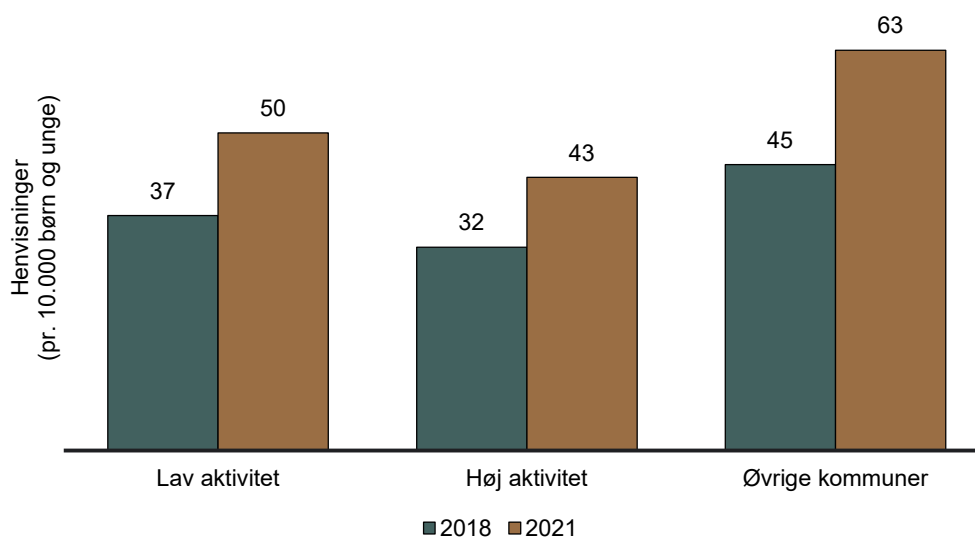


Figuren viser, at der i begge grupper af kommuner ses et fald i andelen af afviste henvisninger i løbet af projektperioden. I projektkommunerne er faldet på 11 procentpoint fra 37% i 2018 til 26% i 2021, mens det i de øvrige kommuner er på 7 procentpoint fra 34% i 2018 til 27% i 2021. Faldet er altså en smule større i projektkommunerne end i de øvrige kommuner. Dette tyder på, at projektaktiviteten kan have medvirket til et større fald i andelen af afviste henvisninger, selvom forskellen på projektkommunerne og de øvrige kommuner ikke er markant.

Figur 75 viser det årlige antal henvisninger i 2018 og 2021, som er henvist af kommunerne i Region Hovedstaden, fordelt på kommunerne, som ligger i den henholdsvis laveste og højeste kvartil af projektaktivitet (se anmærkning til Figur 75 for yderligere forklaring). Data

er udvalgt for 2018 og 2021, da årene repræsenterer baseline inden projektopstart samt det afsluttende år med projektaktivitet – netop for at undersøge udviklingen i antallet af henvisninger fra forinden projektopstart til slutningen af projektperioden. Da henvisningsdata for 2021 er opgjort til og med september 2021, er data for 2018 ligeledes korrigeret, så det udelukkende består af henvisninger henvist fra januar til september samme år. Projektaktivitet for perioden er opgjort som det samlede antal igangværende og afsluttede forløb for henholdsvis New Forest Parenting Programme, Forældrepiloter inddelt i henholdsvis gruppeforløb og individuelle forløb samt vejledning i læringsmiljø, FÅ STYR PÅ angsten, EMO-unge inklusive vejledning i læringsmiljø, SPIS og Selvskade i perioden marts 2019 til oktober 2021. Da projektaktivitet er opgjort som et summeret antal på tværs af år, skal inddelingen af kommunerne i henholdsvis lav og høj projektaktivitet tages med det forbehold, at kommunerne ikke nødvendigvis har haft et kontinuerligt lavt eller højt aktivitetsniveau i hele perioden. I nogle tilfælde kan aktiviteten i en given kommune eksempelvis have været høj i ét år og lav i de resterende år. Henvisningsdata for øvrige kommuner i Region Hovedstaden, der ikke har været en del af projektet, er ligeledes afbilledet i figuren.

Figur 76: Det årlige antal henvisninger i 2018 og 2021 i Region Hovedstaden for kommuner med lav og høj projektaktivitet samt øvrige kommuner

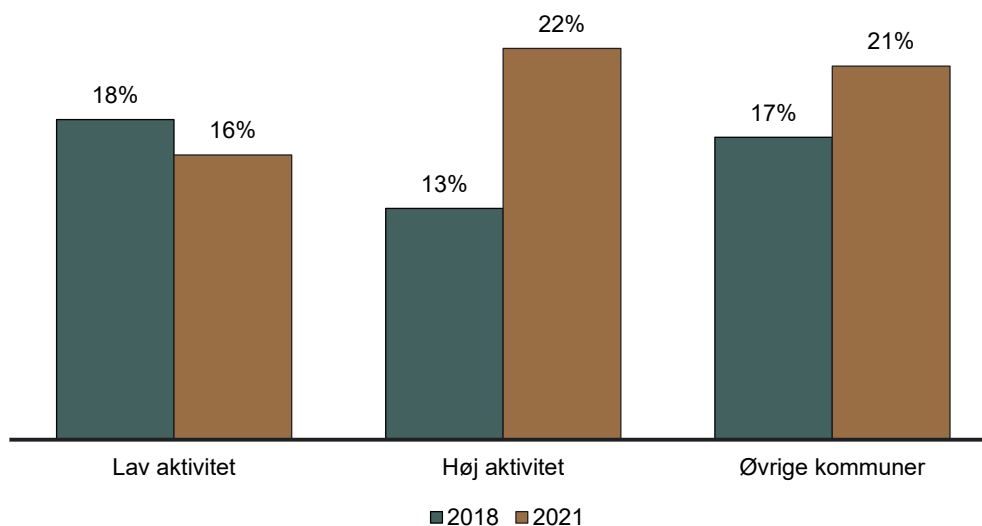


Note: Projektkommunerne er inddelt efter deres borgerrettede projektaktivitet i perioden 2019-2021. Afbilledet i grafen er de projektkommuner, der har henholdsvis de højeste og laveste projektaktiviteter relativt til befolkningsantallet for 0-17-årige i de pågældende kommuner samt øvrige kommuner, der ikke har indgået i projektet. Projektaktiviteten er i hver kommune summeret på tværs af borgerrettede projektaktiviteter og på tværs af år. Herefter er kommunerne inddelt i kvartiler efter deres aktivitetsniveau. Kategorien "Høj aktivitet" indeholder således de kommuner, hvor projektaktiviteten er i den 4. kvartil, mens "Lav aktivitet" indeholder de kommuner, hvor projektaktiviteten er i den 1. kvartil. Projektkommuner med projektaktivitet i henholdsvis 2. og 3. kvartil er ikke afbilledet i grafen. 1. kvartil indeholder Høje-Taastrup og Københavns Kommuner, mens 4. kvartil indeholder Lyngby-Taarbæk og Gladsaxe Kommuner. Øvrige kommuner indeholder alle kommuner, der ikke har indgået i projektet.

Det ses på figuren, at der forekommer nogenlunde samme udvikling i antallet af henvisninger henvist fra kommunen på tværs af kommuner med lav og høj projektaktivitet samt øvrige kommuner uden for projektet. For kommuner med lavt aktivitetsniveau ses en stigning i antallet af henvisninger per 10.000 børn og unge fra 37 henvisninger i 2018 til 50 henvisninger i 2021. For kommuner med et højt aktivitetsniveau ses en stigning i antallet af henvisninger fra 32 henvisninger i 2018 til 43 henvisninger i 2021, mens øvrige kommuner oplever en stigning fra 45 til 63 henvisninger fra 2018 til 2021. Sammenlignes antallet af henvisninger i 2021 for de tre kommuneinddelinger ses en variation i antallet, hvor projektkommuner med et højt aktivitetsniveau oplever det laveste antal af henvisninger (43 per 10.000 børn og unge), mens øvrige kommuner uden for projektet oplever det højeste antal henvisninger (63 henvisninger per 10.000 børn og unge), det vil sige en difference på 20 henvisninger per 10.000 børn og unge.

Figur 76 viser udviklingen i andelen af afviste henvisninger ud af det årlige antal henvisninger henvist af kommunerne i Region Hovedstaden fordelt på kommuner, som ligger i den henholdsvis laveste og højeste kvartil af projektaktivitet (samme inddeling af projektaktivitet som i ovenstående figur, se anmærkning til Figur 76 for yderligere forklaring på inddeling af projektaktivitet). Andelen af afviste henvisninger er præsenteret for 2018 (baseline inden kommunerne påbegyndte projektaktivitet) og 2021 til og med september.

Figur 77: Andel afviste henvisninger fra kommunen i Region Hovedstaden for kommuner med lav og høj projektaktivitet



Note: Projektkommunerne er inddelt efter deres borgerrettede projektaktivitet i perioden 2019-2021. Afbilledet i grafen er de projektkommuner, der har henholdsvis de højeste og laveste projektaktiviteter relativt til befolkningsantallet for 0-17-årige i de pågældende kommuner. Projektaktiviteten er i hver kommune summeret på tværs af borgerrettede projektaktiviteter og på tværs af år. Herefter er kommunerne inddelt i kvartiler efter deres aktivitetsniveau. Kategorien "Høj aktivitet" indeholder således de kommuner, hvor projektaktiviteten er i den 4. kvartil, mens "Lav aktivitet" indeholder de kommuner, hvor projektaktiviteten er i den 1. kvartil. Projektkommuner med projektaktivitet i henholdsvis 2. og 3. kvartil er ikke afbilledet i grafen. 1. kvartil indeholder Høje-Taastrup og Københavns Kommuner, mens 4. kvartil indeholder Lyngby-Taarbæk og Gladsaxe Kommuner.

På figuren ses, at der for kommuner med den laveste projektaktivitet sker et lille fald på 2 procentpoint i andelen af afviste henvisninger fra kommunen fra 2018 til 2021. For kommuner med den højeste projektaktivitet ses en markant stigning i andelen af afviste henvisninger henvist fra kommunen fra 13% i 2018 til 22% i 2021, det vil sige en samlet stigning på 9 procentpoint. Blandt øvrige kommuner uden for projektet sker en lille stigning i antallet på 17-21% i perioden.

Af de viste figurer over projektaktivitet fremgår det, at der ikke kan ses en betydelig forskel i udviklingen af henvisninger mellem de kommuner, der har en høj projektaktivitet, til de kommuner, der har en lav projektaktivitet, samt blandt øvrige kommuner. Fokuseres der på andelen af afviste henvisninger ses, at den største stigning i andelen af afviste henvisninger samt den største andel af afviste henvisninger i 2021 er at finde blandt kommuner med højt aktivitetsniveau i perioden.

Dette betyder *ikke*, at projektaktiviteterne ikke kan have en positiv virkning på udviklingen i antal af henvisninger. Det viser blot, at denne virkning i projektperioden ikke i sig selv har været så markant, at den ændrer den samlede udvikling i henvisninger fra kommunerne til børne- og ungdomspsykiatrien sammenlignet med kommuner med mindre projektaktivitet.

6.6.1 Delkonklusion

Samlet set kan det konkluderes, at antallet af henvisninger til børne- og ungdomspsykiatrien i Region Hovedstaden er steget i regionens projektkommuner i løbet af projektperioden fra 2018 til 2021. Denne stigning er især drevet af en stigning i antallet af henvisninger, som bliver godkendt. Dermed er andelen af det samlede henvisningsantal, som bliver afvist, faldet i løbet af perioden. De praktiserende læger står for den største andel af henvisningerne, men en stor andel af disse bliver afvist. Kommunerne står for en mindre andel af det samlede henvisningsantal, men en markant lavere andel af henvisningerne fra kommunen bliver afvist. Bornholms Regionskommune er den kommune, der har flest henvisninger per 10.000 børn og unge i kommunen, mens Frederiksberg Kommune har færrest. Andelen af henvisninger, der bliver afvist, er faldende på tværs af næsten alle projektkommuner i perioden, men dykkes der ned i andelen af afviste henvisninger, hvor kommunen er den henvisende instans, ses der ingen entydig tendens på tværs af kommunerne, hvor nogle har oplevet en generel stigning i andelen af afviste henvisninger, mens andre har oplevet et fald. Sammenlignes projektkommuner med øvrige kommuner, ses samme tendens for udviklingen i både antal henvisninger og andelen af afviste henvisninger, dog med et større fald i andelen af afviste henvisninger blandt projektkommunerne. Samtidig kan der ikke ses en positiv indvirkning på henvisningsudviklingen, når kommunerne sammenlignes på lavt og højt aktivitetsniveau, hvorfor der ikke ses et entydigt billede på sammenhængen mellem projektaktivitet og udvikling i henvisninger.

7 Bilag B: Kort beskrivelse af hvert satspuljeprojekt

7.1 Region Nordjylland: Tværfagligt Udgående Team

7.1.1 Målgrupper

I projektet i Region Nordjylland er den fremskudte funktion rettet mod børn og unge med psykiske vanskeligheder, hvor kommuner har behov for sparring om problemstillinger og udfordringer i indsatsen, og hvor der ikke i forvejen er en aktiv sag i børne- og ungdomspsykiatrien.

7.1.2 Organisering

Projektet er et fælles projekt på tværs af børne- og ungdomspsykiatrien i Region Nordjylland og alle kommuner beliggende i regionen. Alle kommuner er således repræsenteret i styregruppen for projektet sammen med børne- og ungdomspsykiatrien.

Projektet er bygget op om, og en videreførelse af, en udgående enhed i psykiatrien kaldet Tværfagligt Udgående Team (TUT). Dette team tilbyder sparring med kommunerne med et psykiatrifagligt perspektiv. Der sparres om, hvori de psykiske vanskeligheder hos barnet eller den unge kan bestå samt mulige tiltag i nærmiljøet, der kan afhjælpe vanskelighederne. Teamet leverer alene sparring. I kommunerne skal man således selv følge op på den sparring, der gives i forhold til udfordringer og muligheder for det enkelte barn og dennes familie. Teamet består af mellem tre en halv og fire stillinger bemandet af socialrådgivere, specialpsykolog og sygeplejerske.

Der er endvidere en aftale med den centrale visitation i børne- og ungdomspsykiatrien om, at hvis et barn eller en ung har været drøftet med TUT, og der er mistanke om en psykiatrisk problemstilling, så skal henvisning ikke afvises. Omvendt kan den centrale visitation og ambulatorierne (i udvalgte sager på konference) anbefales inddragelse af TUT.

Projektet har været organiseret i tæt sammenhæng med projekt om implementering af forløbsprogrammer for børn og unge med psykiske lidelser. Der er derfor et vist overlap i aktiviteter i de to projektføløb.

7.1.3 Praksis i den fremskudte funktion

Funktionen er bygget op om to elementer: deltagelse i konsultative netværksmøder og fremskudt psykiatri. Begge elementer handler om at give en psykiatrifaglig og sektorspecifik sparring i enkeltsager, hvor kommune (eller almen praksis) oplever at have brug for sparring i forhold til børn, hvor der er – eller er mistanke om – psykiske vanskeligheder.

Ved de konsultative netværksmøder deltager ansatte i TUT i netværksmøder om enkeltsager. Møderne er arrangeret af og forankret i de enkelte kommuner. Fra september 2019 til september 2021 havde TUT deltaget i 256 konsultative netværksmøder.

Som fremskudt psykiatri deltager TUT hver måned i et tværfagligt sparringsforum i hver enkelt kommune. Her kan kommunale praktikere og almen praksis bede om at få en sag drøftet. Fremskudt psykiatri afholdes en fast dag hver måned, og der er afsat tre timer til

dette. Aalborg er dog en undtagelse. Her er der afsat fem timer grundet Aalborgs størrelse. TUT har fra september 2019 til september 2021 givet sparring på 483 sager som fremskudt psykiatri.

Tilgangen bygger på en stepped care-model, hvor tiltag på et lavere specialiseringsniveau skal afprøves, før der kan henvises til eller inddrages repræsentanter fra et højere specialiseringsniveau. Denne tilgang ligger i forlængelse af arbejdet med at implementere forløbsprogram for børn og unge med psykiske lidelser.

7.1.4 Øvrige elementer i den fremskudte funktion

Der har i projektet også været fokus på generel kompetenceudvikling blandt det kommunale personale. Der er udviklet program for undervisningsdage om henholdsvis spiseforstyrrelser, skolevægring og unge i mistro, hvor der samtidig på undervisningsdagene er blevet gjort opmærksom på mulighederne i TUT. Hver kommune har kunnet vælge at modtage to undervisningsdage i løbet af projektperioden. Det er ansatte i Tværfagligt Udgående Team, der har forestået undervisningen. Cirka 1.000 kommunalt ansatte medarbejdere på tværs af pædagoger, lærere, psykologer, sundhedsplejersker og socialrådgivere har deltaget i denne undervisning frem til oktober 2021.

Der er ligeledes afholdt fire tværgående temadage om a) tværsektoriel samskabelse – de fælles børn, b) ledelsesseminar om strategisk forankring og implementering, c) det forebyggende mindset og d) lederseminar om bedre forløb. I alt har mellem 600 og 700 ledere og medarbejdere deltaget i disse temadage.

Opbygning af tværsektoriel forståelse er endvidere blevet understøttet af muligheden for tværsektoriel praktik. Her har særligt kommunalt personale været på endagspraktik i de psykiatriske ambulatorier. Der har været stor efterspørgsel efter dette.

To psykologer fra hver kommune har kunnet modtage supervision fra regionalt ansat personale. Her er der særligt blevet givet supervision i forhold til konkrete forhold i konkrete sager og mere generelt i forhold til, hvornår en problemstilling er relevant for psykiatrisk behandling, og hvornår den ikke er.

7.2 Region Midtjylland: Fremskudt psykiatri

7.2.1 Målgrupper

I projektet i Region Midtjylland er der arbejdet med tre delprojekter, hvor den fremskudte funktion har været målrettet forskellige målgrupper. I delprojekt 1: Forebyggelse af angst og depression hos børn og unge har målgrupperne været henholdsvis børn og unge i alderen 0-18 år med symptomer på angst (Cool Little Kids, Cool Kids og Chilled) og børn og unge i alderen 0-18 år med behov for behandling i forhold til depressive symptomer, hvor de depressive symptomer enten er eneste symptom eller dominerende symptom. I delprojekt 2: Forebyggende indsats ved begyndende skolevægring har målgruppen været skolebørn med bekymrende fravær, hvor der ikke har været mere end to måneders sammenhængende fuldstændigt fravær. Her har 190 børn modtaget en indsats fra september 2019 til oktober 2021. I delprojekt 3: Henvisning for almen praksis har den direkte målgruppe været almen praksis og den kommunale forvaltning, hvor læge

vurderer, at der eventuelt er behov for en støttende kommunal indsats til familier med børn med psykiske vanskeligheder.

7.2.2 Organisering

Delprojekt 1 om angst og depression er gennemført i et samarbejde mellem Børne- og Ungdomspsykiatrisk Afdeling (BUA) i Region Midtjylland og Aarhus, Skive, Ikast-Brande, Favrskov, Syddjurs, Silkeborg og Odder Kommuner (Samsø Kommune udgået efter 2019). I dette delprojekt er den konkrete borgerrettede indsats forankret i de deltagende kommuner, der tilbyder manualbaseret lettere behandlende indsatser for de to målgrupper efter en række systematiske vurderinger, herunder blandt andet telefonisk opkald (tjekliste), opstartsmøde med caseformulering, samtaler, diverse spørgeskema/vurderinger med mere. Dette gøres på baggrund af uddannelse af kommunalt ansatte terapeuter, der har gennemgået Cool Kids-certificering i CEBU og kompetenceudvikling via BUA i forhold til angst.

Der er endvidere i hver kommune nedsat et Tværfagligt Rådgivningsteam (TRT), hvor der er tilknyttet faste psykologer fra BUA. BUA tilbyder fast sparring og supervision til alle TRT'ere.

Delprojekt 2 om skolevægring er gennemført i et samarbejde mellem Børne- og Ungdomspsykiatrisk Afdeling (BUA) i Region Midtjylland og Viborg, Herning, Lemvig, Ringkjøbing-Skjern, Struer, Syddjurs, Norddjurs, Favrskov og Silkeborg Kommuner. Også i dette delprojekt er den konkrete borgerrettede indsats forankret i de deltagende kommuner, hvor der tilbydes et standardiseret struktureret – men ikke manualbaseret – indsatsforløb med gennemgående tovholder til de deltagende børn og unge.

Også her varetages undervisning af kommunalt personale (tovholdere) af ansatte fra BUA. Der tilbydes ligeledes fast sparring og videorådgivning i hver kommune fra ansatte ved BUA, hvor der er specifikke BUA-medarbejdere knyttet til hver kommune. BUA har varetaget den del af undervisningen, der drejer sig om psykopatologi. Der er ligeledes indhentet ekstern kompetenceudvikling.

Delprojekt 3 om henvisning fra almen praksis er gennemført i samarbejde mellem praktiserende læger og Viborg og Herning Kommuner. Speciallæge fra BUA har afsat tid til sparring hver uge. Der har dog været meget få henvendelser.

KOMMUNE	DELPROJEKT 1	DELPROJEKT 2	DELPROJEKT 3
AARHUS	x		
FAVRSKOV	x	x	
HERNING		x	x
IKAST-BRANDE	x		
LEMVIG		x	
NORDDJURS		x	
ODDER	x		
RINGKØBING-SKJERN		x	
SILKEBORG	x	x	
SKIVE	x		
STRUER		x	
SYDDJURS	x	x	
VIBORG		x	x

7.2.3 Den borgerrettede praksis

I delprojekt 1 om angst og depression har der været arbejdet med almen forebyggelse, målrettet rådgivning og målrettet behandling. Se mere om den almene forebyggelse nedenfor. Den målrettede rådgivning har bestået af tværfaglig rådgivning organiseret i tværfaglige rådgivningsteam, der har været nedsat i hver af de deltagende kommuner. Til hvert TRT har der været tilknyttet medarbejdere fra BUA, der kan indgå i sparring og supervision. Her er 318 børn blevet drøftet i de tværfaglige rådgivningsteam fra september 2019 til oktober 2021. Den målrettede behandling har bestået af standardiserede individuelle og gruppebaserede forløb med lettere behandling gennem Cool Kids, Chilled, eget udviklet depressionsforløb og individuelt tilpassede forløb. Alle forløb har været baseret på kognitiv adfærdsterapi. Per oktober 2021 har 464 børn været igennem et lettere behandlingsforløb.

Endvidere har der i TRT'erne per oktober 2021 været gennemført supervision på cirka 180 sager.

I delprojekt 2 om skolevægring har der været arbejdet med at iværksætte standardiserede strukturerede individuelle forløb for børn med bekymrende skolefravær. Det særlige har her været, at der er blevet tildelt en gennemgående tovholder, der har koordineret den samlede indsats og været kontaktperson til barn og familie. Der har været løbende opfølgning på indsatsen. Frem til oktober 2021 har 189 børn og unge været optaget i et individuelt tilrettelagt forløb.

BUA har været til rådighed for konkret rådgivning (via video) ugentligt for de deltagende kommuners tovholdere og eventuelle andre relevante parter. Ligeledes er der tilbudt faglig sparring og supervision hver fjerde uge på gruppebasis for de kommunale tovholdere. Der har ifølge projektregistreringer i oktober 2021 været gennemført sparring på 355 sager, og der er gennemført 130 supervisionssessioner.

I delprojekt 3 om henvisninger fra almen praksis har man søgt at styrke dialogen mellem almen praksis og den kommunale indsats. Dette er gjort, ved at der er udviklet et korrespondancemodul, der kan anvendes i de praktiserende lægers fagsystem, hvor der har været mulighed for direkte skriftlig kommunikation mellem almen praksis og den kommunale forvaltning. Tanken har været, at den praktiserende læge kan rette direkte henvendelse til kommunen, når almen praksis oplever familier, hvor der er børn med psykiske vanskeligheder, der eventuelt kan have behov for kommunal støtte. Ligeledes kan kommunen informere om iværksatte tiltag for de givne familier.

Der er kun modtaget data om antal henvisninger fra almen praksis til den ene kommune i projektet. Her har der været 126 henvendelser frem til juli 2021, hvoraf cirka 34 vurderes relevante i kommunen.

7.2.4 Øvrige elementer i den fremskudte funktion

Den almene forebyggelse er primært gennemført som oplæg, udarbejdelse af materiale og undervisning til frontpersonale i skoler og dagtilbud. Der er per oktober 2021 gennemført oplæg for fagprofessionelle i alle i kommuner i projektet fordelt på i alt 51 oplæg.

7.3 Region Syddanmark

7.3.1 Målgruppe

- Den primære målgruppe for indsatsen i Region Syddanmark er børn og unge i alderen 6-17 år med tegn på mistvivsel og/eller lettere psykiske problemstillinger.
- Derudover er der i projektet gennemført aktiviteter målrettet henholdsvis forældre og pårørende til børn i målgruppen samt de fagprofessionelle i kommunerne.

7.3.2 Organisering

Projektet er etableret i et samarbejde mellem Region Syddanmark og de 22 kommuner i regionen. Projektet er regionalt forankret i henholdsvis Børne- og Ungdomspsykiatri Odense og Børne- og Ungdomspsykiatri Sydjylland og i kommunerne – som oftest i kommunernes PPR.

Der er i forbindelse med projektet etableret en udgående fremskudt funktion, der med ansættelse af 10 fremskudte regionale medarbejdere tilsammen dækker 21 lokale sparringsfora (Fanø hører under Esbjerg). Derudover er der ansat en psykiatrifaglig konsulent, der varetager en supervisionsrolle i forhold til de udgående regionale medarbejdere.

Som en del af projektet er kommunernes PPR ligeledes opnormeret med henblik på at sikre ressourcer til at varetage en lettere behandlende rolle sammen med de udgående medarbejdere fra psykiatrien samt til at koordinere indsatsen i kommunen.

7.3.3 Den borgerrettede praksis

Indsatsen i projektet er bygget op om en række elementer, der tilsammen skal understøtte arbejdet med at identificere og hjælpe børn og unge i psykisk mistrivsel tidligere og i nærmiljøet, henholdsvis:

- Regional deltagelse i månedlige kommunale sparringsmøder om enkeltsager i den enkelte kommune.
- Forskellige typer af direkte indsatser, hvor region og kommune begge er involveret, herunder forebyggende og lettere behandlende indsatser.

Sparringsmøderne fungerer som et gensidigt mødeforum, hvor kommunen kan bringe sager med, som de har udfordringer med, og psykiatrien kan bringe sager ind, som ikke hører til i psykiatrien. Derudover kan de regionale medarbejdere bringe sager med, der kommer gennem henvendelse fra almen praksis. Møderne holdes i kommunen for at være tæt på barnets nærmiljø. Der er på tværs af kommunerne drøftet 858 sager på sparringsmøder igennem forløbet frem til medio oktober 2021.

Formålet med sparringsmøderne er i kraft af den tværsektorielle deltagelse helt overordnet at få identificeret og handlet på barnet eller den unges udfordringer og psykiske mistrivsel, inden disse udvikler sig til en mere indgribende problematik, der kræver et egentligt behandlingsforløb i psykiatrien. Målet er samtidig at sikre en bedre koordinering på tværs, herunder at understøtte sammenhængende forløb og bedre overgange mellem indsatser, når der iværksættes støtte til den enkelte.

På tværs af kommunerne er der afsat mellem 45 minutter til halvanden time per sag. I flere kommuner arbejdes der ligeledes med opfølgning på tidligere sager på møderne.

- Et resultat af sparringsmøderne er i flere tilfælde, at den kommunale PPR, ofte i samarbejde med den regionale medarbejder, i en kortere periode tilrettelægger et lettere behandlingsforløb i sammenhæng med andre indsatser omkring barnet eller den unge.
- De direkte indsatser, hvor de regionale medarbejdere er involveret, har meget forskellig karakter og dækker over eksempelvis:
 - Afklarende samtaler
 - Samtaleforløb med psykoedukation
 - Deltagelse i møder med kommunen
 - Kvalificering af henvisninger
 - Tilbage melding til praktiserende læge
 - Supervision af fagpersonale

7.3.4 Øvrige elementer i den fremskudte funktion

Ud over den direkte borgerrettede indsats er der samtidig i projektet arbejdet tværsektorielt med henholdsvis:

- Kompetenceudvikling på skoler og for andre fagprofessionelle i kommunerne
- Forældrekurser
- Webinarer målrettet henholdsvis frontmedarbejdere og forældre
- Sparring til forældre

Der er i forløbet afholdt i alt ni forældrekurser, men det skal overordnet bemærkes, at afholdelse af forældrekurser har været udfordret grundet COVID-19. På tværs af kommuner og region har man derfor forsøgt at finde andre løsninger undervejs, eksempelvis i form af tilbud om telefonsparring eller onlinesparring 1:1 til de forældrepar, der gerne vil deltage i forældretilbud, men som blev ramt af COVID-19 restriktioner.

Der er ligeledes produceret et redskabsbaseret webinar om følelser og følelsesregulering målrettet forældre til skole- og teenagebørn. Der er derudover afviklet webinarer om angst og OCD ad tre omgange – hver gang med 20-30 tilmeldte.

Kompetenceudviklingen af frontpersonalet har ligeledes været udfordret af COVID-19, hvorfor der også her er arbejdet med produktion af og deltagelse i webinarer, der samtidig har vist sig at være lettere at prioritere for medarbejderne i en travl hverdag. Der er således produceret et webinar om angst hos børn og unge målrettet frontpersonale samt været deltagelse i webinar med Foreningen for Støtte til Transkønnede Børn, webinaret "Tilbage til Skole" fra Børne- og Ungdomspsykiatrien Odense samt webinar om PDA (Pathological Demand Avoidance) med oplægsholdere fra SPUTNIK.

7.4 Region Sjælland: Bakkehuset

7.4.1 Målgruppe

Målgruppen for Bakkehusets indsats er defineret som børn og unge, der har henvendt sig til den psykiatriske akutmodtagelse (PAM) i Roskilde, hvor henvendelsen ikke har ført til en indlæggelse.

Der har i registreringsperioden været i alt 1.588 forløb i Bakkehuset, hvoraf 467 forløb er afsluttet til psykiatrien, og 928 er afsluttet til egen læge. 75 børn eller unge har haft mere end ét forløb i Bakkehuset i perioden.

7.4.2 Organisering

Region Sjælland har i samarbejde med fire kommuner, henholdsvis Faxe, Roskilde, Holbæk og Kalundborg, som den eneste region etableret og afprøvet en egentlig tværsektoriel enhed: Bakkehuset.

Roskilde og Kalundborg Kommuner deltager hver med frikøbt arbejdskraft i den nye enhed sammen med børne- og ungdomspsykiatrien, der er repræsenteret med 12 medarbejdere med erfaring fra psykiatrien, henholdsvis børne- og ungdomspsykiater, sygeplejersker, socialrådgiver, specialpsykolog/psykologer, lærer og pædagog med flere.

De kommunale medarbejdere er sagsbehandlere, som samtidig har en deltidsstilling i deres egen kommune. Denne organisering betyder i praksis, at de bibeholder følingen med socialfagligheden samt udvikling i praksis i kommunerne, som kan bringes aktivt i spil i Bakkehuset. Det opleves samtidig som en styrke, at flere kommuner er repræsenteret i Bakkehuset, fordi det giver et indblik i forskellighederne kommunerne imellem i forhold til eksempelvis kommunale tilbud og visitationspraksis.

De regionale medarbejdere refererer til Afdeling for Børne- og Ungdomspsykiatri, og de kommunale medarbejdere refererer til den kommune, hvorfra de er frikøbt.

7.4.3 Den borgerrettede praksis

Hensigten med Bakkehuset er at tilbyde børn, unge og familier støtte til det videre forløb efter henvendelsen. Afsættet for den indsats, der tilbydes i Bakkehuset, er at bidrage til at understøtte tværsektoriel koordinering og skabe en sammenhængende indsats på Trin 2 i terminologien udviklet i forbindelse med de nationale forløbsprogrammer for børn og unge med psykiske lidelser.

Bakkehusets indsats består i praksis af to hovedelementer, henholdsvis facilitering af samarbejde, udredning og koordinering af aktører på tværs af de relevante sektorer på et tidspunkt, hvor familierne har oplevet ikke at kunne få støtte andre steder, samt tilbuddet om et fast kontaktpunkt og samtaleforløb.

Alle børn/unge får tildelt en fast kontaktperson i forbindelse med indsatsen i Bakkehuset, og den løbende kontakt med familierne består af familiernes fremmøde i Bakkehuset, støttende samtaler, deltagelse i netværksmøder, telefonkonsultationer og hjemmebesøg. Formen på de støttende samtaler er fleksibel, og det er et særligt fokus hos medarbejderne, at familierne skal kunne mødes, hvor det giver mening og opleves som trygt for dem.

Da alle i målgruppen per definition er blevet afvist som relevante for umiddelbar indlæggelse på psykiatrisk afdeling, følger Bakkehuset op på igangværende indsatser og vurderer, om der skal iværksættes en uddybende vurdering og indsats, eller om der skal ske yderligere udredning, diagnosticering og behandling i børne- og ungdomspsykiatrien. Hvis der skal iværksættes uddybende vurdering og indsats, optræder Bakkehuset som tovholder i denne proces, hvor der knyttes en specifik kontaktperson til familien. Bakkehuset har kompetencerne til at udrede, men varetager ikke denne opgave. Fokus er på koordinering og styrkelse af det tværsektorielle samarbejde samt at sikre familierne et fast holdepunkt, imens det vurderes, hvilken indsats der er brug for og hvor.

7.4.4 Øvrige elementer i den fremskudte funktion

Det er et grundlæggende princip i Bakkehusets praksis, at kompetenceudvikling og udbredelse af erfaringerne fra arbejdet i Bakkehuset spredes gennem det eksemplariske princip. Således er der ikke planlagt kompetenceudvikling gennem kurser, temadage eller lignende. I stedet arbejder Bakkehuset på at være til stede i det konkrete arbejde med børn, unge og deres familier i samarbejde med de øvrige aktører for igennem denne kontakt at være med til at opkvalificere indsatsen i den konkrete sag, med håb om at dette vil have en mere generel indflydelse på indsatsen hos de relevante aktører.

Endvidere gøres erfaringerne fra arbejdet i Bakkehuset til genstand for fælles drøftelser i det formelle forum for samarbejde mellem regionens psykiatri og kommunerne i regionen.

7.5 Region Sjælland: headspace

7.5.1 Målgruppe

Målgruppen for projektet er som udgangspunkt børn og unge i alderen 12-25 år, der henvender sig til headspace. Målet er, at børn og unge, der har behov for et forløb i psykiatrien, får det rigtige brobyggende tilbud, samt at hjælpe unge, der har det svært og mistrives, men ikke falder inden for målgruppen for PAM.

Der har i headspace Roskilde været tilknyttet 961 unge i perioden 2019-2021. På tværs af de 961 unge er der i alt blevet afholdt 1.929 samtaler med medarbejdere/frivillige i headspace og 86 samtaler alene med den regionale fremskudte medarbejder tilknyttet headspace i projektperioden. Det er uklart, hvor mange samtaler der er afholdt, hvor både en medarbejder eller frivillig fra headspace samt den fremskudte medarbejder har deltaget.

7.5.2 Organisering

Projektet er gennemført i et samarbejde mellem Psykiatrien Region Sjælland og headspace Danmark med udgangspunkt i headspace Roskilde.⁴

En psykiatrisk sygeplejerske fra det regionale TOP-team (Tidlig Opsporing af Psykose) er frikøbt til fysisk tilstedeværelse som fremskudt medarbejder i headspace otte timer om ugen. Den psykiatriske sygeplejerske er ansat i psykiatrien, og alt, der har med personaleledelse at gøre, er således varetaget i psykiatrien.

I headspace er den fremskudte medarbejder betragtet som en integreret del af headspace-teamet på lige fod med øvrige medarbejdere og frivillige og er således tænkt ind i hverdagen som en del af den samlede personale- og frivilligruppe. Der er afholdt halvårslige evalueringsmøder af den fremskudte funktion med den psykiatriske sygeplejerske i forhold til indhold og aktiviteter, og vedkommende er tilbudt de samme kurser i facilitering af frivillige og samtaletilbud som øvrige medarbejdere.

I den organisering, der er afprøvet i forbindelse med projektet, kan den fremskudte regionale medarbejder ikke brobygge direkte til psykiatrien, men skal igennem TOP-team eller, hvis det er akut, igennem PAM. Den primære brobygning fra headspace foregår til praktiserende læge.

⁴ I projektføreløbet er der søgt om og fået godkendelse til at anvende uforbrugte midler til også at ansatte fremskudte regionale psykiatrimedarbejdere i headspace Kalundborg, Slagelse, Lolland og Guldborgsund. Disse indgår ikke i evalueringen.

7.5.3 Den borgerrettede praksis

Den fremskudte psykiatriske sygeplejerske har i stort omfang i fællesskab med medarbejdere og frivillige i headspace selv defineret sin rolle ud fra den overordnede opgavebeskrivelse og de lokalt afdækkede behov. Dette har resulteret i en opgaveportefølje rettet mod de unge bestående af:

- Samtaler med unge – både samtaler, der er varetaget udelukkende af den psykiatriske sygeplejerske, og samtaler, der er afholdt sammen med frivillige og ansatte. Samtalerne er et vigtigt redskab i arbejdet med såvel opsporing, som brobygning.
- Input til og facilitering af gruppeforløb blandt andet om NÆB (nervøsitet, ængstelighed og bekymring) og forløb overleveret fra socialpsykiatrien om autismespektrumforstyrrelser.

7.5.4 Øvrige elementer i den fremskudte funktion

En væsentlig del af den samlede opgave for den fremskudte medarbejder er opkvalificering af frivillige og medarbejdere i headspace i forhold til problemstillinger, der falder inden for psykiatriens felt. Opkvalificeringen er både formaliseret gennem undervisning, gennem deltagelse i samtaler og gennem sparring.

- Væsentlige aktiviteter i opkvalificeringen:
- Opkvalificering af frivillige blandt andet gennem sparringsamtaler – med særligt fokus på før-/eftersparring i forbindelse med samtaler med unge eller pårørende.
- Kompetenceudvikling gennem undervisning blandt andet i psykiatriens opbygning, den praktiserende læges rolle, psykoser, spørgeteknikker i forhold til selvmordstanker med mere samt rådgivning, i forhold til hvad der er inden for normalområdet og kan rummes i headspace, og hvad der skal håndteres i psykiatrien.
- Det bliver fremhævet af de interviewede fra headspace, at såvel undervisning som den løbende sparring fra den psykiatriske sygeplejerske har medført en langt større sikkerhed i forhold til konkrete vurderinger af, hvorvidt en problemstilling kan håndteres i headspace, eller der skal noget mere til. Samtidig bliver det fremhævet, at der er en stor tryghed i, at den fremskudte medarbejder kan være med til at kvalitetssikre den enkeltes vurdering i tvivlstilfælde.

7.6 Region Hovedstaden: STIME – Styrket Tværsektoriel Indsats for Børn og Unges Mentale Sundhed

7.6.1 Målgruppe

STIME-projektet er et omfattende og mangefacetteret projekt, der har omfattet en række forskellige målgrupper. Projektets fire spor har omfattet indsatser målrettet henholdsvis børn og unge fra 10 til 17 år med tidlige tegn på spiseforstyrrelser, børn og unge fra 12 til 17 år med selvskadende adfærd, børn og unge fra 6 til 17 år med tegn på angst eller depression og børn og unge fra 3 til 10 år med udfordringer i forhold til uro, opmærksomhed eller impulsivitet.

Per 1. oktober 2021 var der på tværs af de fire målgrupper afsluttet 854 forløb med børn, unge eller forældre, og 242 var i gang. Her er afbrudte forløb og henvisninger til anden type indsats ikke medregnet.

Mere end 1.000 familier fordelt på de syv deltagende kommuner har således modtaget en indsats i projektperioden. Vi har ikke data på, om nogle familier har deltaget flere gange eller med flere personer, og der kan derfor ikke gives et præcist antal.

7.6.2 Organisering

Kommunerne visiterer til og gennemfører lettere behandlingsforløb og opkvalificerer egne fagpersoner. Den lettere behandling og opkvalificering gennemføres af STIME-behandlere ansat i kommunernes PPR (i Københavns Kommune dog personale ansat i Rådgivnings- og behandlingsenhed for unge med spiseforstyrrelser). Psykologer ansat i Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center (BUC) uddanner og superviserer STIME-behandlerne i kommunerne og tilbyder kommunerne lettilgængelig rådgivning. Der uddannes til de specifikke behandlingsforløb og generelt i kognitiv adfærdsterapi.

Der har været et løbende samarbejde om udvikling af indsatser og tilgang i et fælles samarbejdsforum. Det har her været vigtigt, at dette var et ligeværdigt forum, hvor der ikke var en egentlig projektejer. Det har været nødvendigt at arbejde på baggrund af enighed om beslutninger og tilgang. Samarbejdsmodellen er ikke formaliseret yderligere end de af styregruppen nedsatte arbejdsgrupper.

7.6.3 Den borgerrettede praksis

Inden for hver af de fire målgrupper er der blevet arbejdet med tre gensidigt afhængige indsatsområder:

- Lettere behandlingsarbejde med barnet/den unge og familien
- Vejledning i læringsmiljøet med henblik på understøttelse af behandlingsarbejdet
- Kompetenceudvikling med henblik på tidlig opsporing, præcis visitation og varetagelse af lettere behandling

Den lettere behandling har bestået af seks forskellige behandlingsprogrammer, hvor to er i forvejen eksisterende og evidensbaserede programmer, og fire programmer er udviklet som led i projektet:

- Når tanker om krop og mad fylder for meget (per 1. oktober 2021 har 83 gennemført eller er i gang med forløbet)
- Når svære følelser fører til selvskade (per 1. oktober 2021 har 95 gennemført eller er i gang med forløbet)
- Når bekymring eller tristhed fylder for meget – få styr på angsten (per 1. oktober 2021 har 576 gennemført eller er i gang med forløbet)
- Når bekymring eller tristhed fylder for meget – lettere behandling af unge (per 1. oktober 2021 har 140 gennemført eller er i gang med forløbet)
- Når uro, opmærksomhed eller impulsivitet er en udfordring – New Forest Parenting Programme (per 1. oktober 2021 har 95 familier gennemført eller er i gang med forløbet)
- Når uro, opmærksomhed eller impulsivitet er en udfordring – forældreпилoterne (per 1. oktober 2021 har 107 familier gennemført eller er i gang med forløbet)

7.6.4 Vejledning og kompetenceudvikling for professionelle

Der er i projektet også et stort fokus på at understøtte udviklingen af kompetencerne hos de fagprofessionelle, der arbejder tættest på børn og unge i hverdagen. Således er der udviklet guides, som STIME-behandlere og PPR-medarbejdere kan bruge til at vejlede de lærere og pædagoger, der varetager det almene trivselsarbejde, i, hvor de i hverdagen kan støtte op om det lettere behandlingsforløb, barnet eller den unge deltager i. Der er per 1. oktober 2021 gennemført 46 vejledningsforløb.

Der gennemføres endvidere uddannelse af STIME-behandlere, der består af kommunalt personale, der varetager den lettere behandling, jf. de seks programmer beskrevet ovenfor. Uddannelsen omfatter undervisning i de fire STIME-udviklede programmer og varetages af psykologer ansat i BUC. Desuden undervises i de to evidensbaserede programmer. Denne undervisning varetages af eksterne leverandører. Der er per 1. oktober 2021 uddannet 201 STIME-behandlere.

STIME-behandlerne tilbydes desuden metodesupervision hver fjerde uge. Dette suppleres med mulighed for akut råd og vejledning om visitation og konkrete sager gennem telefonrådgivning. Der har i oktober 2021 været over 100 telefoniske henvendelser. Supervision og vejledning varetages af psykologer ansat i BUC, der har modtaget supervisorsuddannelse og supervision.

Endelig har der været fokus på opkvalificering til fagprofessionelle, der har den direkte kontakt med familierne, det vil sige PPR, lærere, pædagoger, socialrådgivere, sundhedsplejersker, udgående medarbejdere, ledere i dagtilbud og skole, AKT, ressourcepersoner og studievejledere. Opkvalificering af frontpersonale varetages af de uddannede STIME-behandlere i kommunerne og skal understøtte kompetencerne til at opfange og handle relevant og STIME-understøttende på centrale tegn på psykisk mistrivsel i forhold til de fire målgrupper. Per 1. oktober 2021 har cirka 3.200 kommunalt ansatte deltaget i opkvalificering.

8 Bilag C: Anvendt metode

I dette afsnit uddybes evalueringsdesignet som præsenteret i kapitel 2 med overvejelser om datakilder og dataindsamling. Først gøres der rede for de anvendte datakilder, hvorefter der gøres yderligere rede for databehandlingen i forbindelse med den gennemførte analyse af data om henvisninger til børne- og ungdomspsykiatrien.

8.1 Datakilder

Evalueringen gør brug af såvel kvalitative som kvantitative datakilder. I det følgende præsenteres de konkrete datakilder, der anvendes til at besvare evalueringens undersøgelsesspørgsmål.

8.1.1 Kvalitative datakilder

Interviews

Der er i forbindelse med evalueringen gennemført en række interviews med relevante aktører i de seks projekter for at afdække det oplevede indhold og de oplevede resultater af de gennemførte forsøg med fremskudt funktion. Der har ligeledes været fokus på udfordringer og muligheder i arbejdet med at implementere de fremskudte funktioner i praksis. Der er således søgt gennemført fokusgruppeinterviews med følgende interessenter i hvert af projekterne:

- Styregruppen for det pågældende projekt, bestående af repræsentanter for kommuner, region og i et enkelt tilfælde almen praksis
- Projektledelsen, bestående af ledere og udviklingskonsulenter i region og kommune, der har haft dagligt ansvar for projektet
- Projektmedarbejdere fra kommune og region, som har været udførende, ansvarlige eller koordinerende i forhold til den projektspecifikke praksis
- Samarbejdspartnere, herunder projekternes vigtigste regionale og kommunale samarbejdspartnere, samt repræsentanter for almen praksis, der har været påvirket af projektarbejdet. Der har her været en stor repræsentation blandt kommunalt PPR-ansatte og skoleledelser

I forbindelse med evalueringen er der ligeledes søgt gennemført interviews med forældre til børn eller unge, der har været i kontakt med en eller flere af de fremskudte funktioner. I et enkelt tilfælde har barnet deltaget i interview sammen med en forælder, og endvidere har to unge deltaget i et fællesinterview. Interviews med forældre er hovedsageligt gennemført som enkeltinterviews.

Interviewene er ikke kvantitativt repræsentative på tværs af de mange og differentierede borgere, der har været i målgruppen for indsatsen i de seks projekter. Interviewene fungerer som vigtige udsagn, der nuancerer erfaringerne med de fremskudte funktioner set fra en brugervinkel.

Det er projektledelsen i de seks projekter, der har udvalgt interviewpersoner på anmodning fra Implement. Det er således de enkelte projekter, der har indhentet kontaktoplysninger og i de fleste tilfælde arrangeret interviews med de professionelle interviewpersoner. I forhold til brugerinterviews så har de lokale projektledelser – på baggrund af samtykke og udleveret orienteringsskrivelse – udleveret kontaktoplysninger til Implement, der efterfølgende har taget kontakt og har planlagt interviews.

Interviewene har, afstemt efter deltagerne, været tilrettelagt med afsæt i følgende hovedtemaer:

- Beskrivelse af den nye praksis – og forandringen fra tidligere praksis
- Beskrivelse af, hvilke metoder der har været behov for i den nye praksis, og hvilke der har været anvendt og er blevet udviklet i forbindelse med projektet
- Beskrivelse af, hvordan den nye praksis har været organiseret i praksis, herunder hvem der har været de relevante aktører, og hvordan indsatsen er blevet ledet
- Hvad er der kommet ud af den nye praksis – med særligt fokus på betydningen for børn, unge og deres forældre
- Vurdering af, hvad der har haft størst betydning i de fremskudte funktioner
- Vurdering af væsentligste erfaringer med implementering af de fremskudte funktioner

Der er udarbejdet skriftlig meningskondensering af alle gennemførte interviews.

Dokumenter

Der er endvidere indsamlet skriftlige dokumenter, der omfatter relevante projekt-, proces- og vejledningsbeskrivelser, flow charts, projekternes egne gennemførte evalueringer (inkl. en omkostningsvurdering), udarbejdede borgerrejser, udarbejdet undervisningsmateriale og registreringer af gennemførte projektaktiviteter. Det har været op til det enkelte projekt at vurdere, hvilke dokumenter der er relevante i evalueringssammenhæng.

Dokumenterne er i analysen i overvejende grad brugt som data i forbindelse med analysen af indsatsernes indhold og de anvendte kompetencer.

8.1.2 Kvantitative datakilder

De kvantitative data, der anvendes i evalueringen, udgøres af to elementer. For det første indsamles og analyseres data om alle henvisninger til børne- og ungdomspsykiatrien i 2018 til oktober 2021 i hele Danmark. Dette gøres for at undersøge mulige sammenhænge mellem de fremskudte funktioner og udviklingen i omfang og resultat af henvisningerne. Data indhentes fra de relevante fagsystemer i de regionale børne- og ungdomspsykiatrier. Indsamling og behandling af disse data gennemgås nærmere i selvstændigt afsnit nedenfor, da denne analyse udgør en omfattende og væsentlig del af den samlede evaluering.

For det andet indsamles og behandles data om projektaktiviteter. Disse data varierer på tværs af de seks projekter (og delprojekter) og består af løbende registreringer gennemført af projekterne selv. Det drejer sig om følgende typer af data:

- Deltagere i undervisnings- og kompetenceudviklingsaktiviteter
- Gennemførte kompetenceudviklingsaktiviteter
- Evaluering af kompetenceudviklingsaktiviteter
- Gennemførte sparringsmøder
- Gennemførte netværksmøder
- Måling af trivsel hos børn og familier (SDQ)
- Måling af kommunernes vurdering af samarbejdet med børne- og ungdomspsykiatrien

De fleste data har været indsamlet systematisk gennem hele projektperioden af de enkelte projekter med udgangspunkt i et udarbejdet og af Sundhedsstyrelsen godkendt projektspecifikt evalueringsdesign. De enkelte projekter har endvidere kunnet supplere med øvrige data, som projektet selv har fundet relevant at inddrage.

8.2 Metodiske overvejelser om indsamling og undersøgelse af henvisningsdata

En væsentlig datakilde til evaluering af projekterne og undersøgelse af resultaterne af de fremskudte funktioner er data om henvisninger til den regionale børne- og ungdomspsykiatri. Data er indsamlet med henblik på at kunne følge en eventuel påvirkning af antallet af henvisninger og omfanget af afviste henvisninger.

Der er i analysen søgt anvendt et såkaldt difference-in-difference-design, hvor udviklingen over en årrække i henvisninger fra projektkommuner sammenlignes med udviklingen i ikke-projektkommuner for på den måde at kunne identificere eventuelle forskelle i udviklingen. For at muliggøre denne type analyse er udviklingen i henvisninger sammenholdt med aktivitetsdata for at identificere mulig samvarians.

Det er en meget væsentlig præmis, at projekterne er gennemført i en periode, der har været påvirket væsentligt af COVID-19-pandemien. Det betyder, at den udvikling, der sammenlignes, ikke kan siges at være en normal udvikling, og at der derfor ikke kan konkluderes i forhold til de fremskudte funktioners påvirkning af de normale henvisningsmønstre. Til gengæld betyder netop difference-in-difference-tilgangen, at variationen følges ens på tværs af de fem regioner, at forskellen i udvikling (forskellen på forskellen) derfor stadig – alt andet lige – burde kunne identificeres, hvis effekten er stor nok. Hertil skal det dog bemærkes, at COVID-19 ikke kan forudsættes at have lige stor indflydelse over hele landet. Det har ikke været muligt inden for rammerne af nærværende evaluering at kontrollere for variansen i den geografiske udbredelse af COVID-19.

Der bør endvidere tages en række forbehold i forhold til direkte sammenligning af henvisninger og projektaktivitet.

- Forskellige opgørelsesmetoder for henvisninger og særligt for resultatet af disse
- Forskellige målgrupper i projekterne
- Forskellige typer af aktivitet i projekterne
- Forskellige måder at opgøre samme aktivitet på i de forskellige projekter
- Forskelle i, hvor omfattende de forskellige typer af aktivitet har været
- Variationen i betydningen af COVID-19-udbredelse og restriktioner på tværs af de danske kommuner

Alle disse forhold giver anledning til, at resultaterne af analysen skal tolkes med forsigtighed. Dette gælder både i forhold til afvisning og bekræftelse af hypoteser om sammenhænge.

8.2.1 Henvisningsdata

Data om henvisninger er indsamlet ved at anmode de fem regioner om data om alle henvisninger til børne- og ungdomspsykiatri i perioden 1. januar 2018 til 1. oktober 2021, herunder henvisningsdato, henviser (kategori, for eksempel privatpraktiserende læge, kommune med mere), henvisningsdiagnose, så vidt denne eksisterer, resultat af henvisningen (for eksempel afvisning, omvisitering, kontakt med mere), bopælskommune, alder og køn.

Den deskriptive analyse af udviklingen i henvisninger til børne- og ungdomspsykiatrien (Bilag A) for de fem regioner er således baseret på henvisningsdata tilsendt fra regionerne for perioden januar 2018 til september 2021. I tilfælde hvor henvisningsdata præsenteres som antallet af henvisninger til børne- og ungdomspsykiatrien er dette opgjort per 10.000 børn og unge i alderen 0-17 år (befolkningsdata er indhentet fra Danmarks Statistik fra 4. kvartal i hvert af de pågældende år for hver kommune i regionen for børn og unge i aldersgruppen 0-17 år). Det er vigtigt at understrege, at henvisningsdata for 2021 ikke repræsenterer et helt år, men blot til og med september 2021. Det er derfor ikke muligt at konkludere på det endelige antal henvisninger for 2021. For at give mulighed for en indikation på udviklingen set i forhold til de tidligere år er antallet af henvisninger for oktober, november og december 2021 estimeret ved at multiplicere henvisningstallet for de ni første måneder med 1,33 (12/9).

Kategorisering af henvisninger:

Henvisningsstatus er i behandlingen af datamaterialet inddelt i kategorierne Godkendt, Afvist og Andet. Nedenfor er kategoriseringen beskrevet for hver region.

- **Region Hovedstaden:** Andet dækker over kategorierne "Afventer gennemgang", "Annulleret", "Lukket" samt "Ufuldstændig". Godkendte og Afviste henvisninger dækker over kategorierne "Godkendt" og "Afvist".
- **Region Midtjylland:** Afviste henvisninger består af kategorierne "Afvist" samt "Afsluttet til praktiserende speciallæge". Det har ikke været muligt at inddele henvisningerne i Region Midtjylland ud fra henvisningsstatus "Andet" samt "Godkendt" grundet ændringer i regionens registreringspraksis af henvisningsdata undervejs i perioden.
- **Region Nordjylland:** Afviste henvisninger består af kategorien "Annullerede". Godkendte henvisninger dækker over kategorierne "Afsluttet til ambulans kontakt" samt "Afsluttet til indlæggelse". Andet dækker over "Omvisiteret til ekstern samarbejdspartner" samt "Venter på visitation".
- **Region Sjælland:** Andet dækker over kategorierne "Annulleret af henviser", "Annulleret af patient (død)", "Dobbelthenviisning", "Er i forløb i psykiatrien", "Flyttet til anden region" samt "Udeblevet". Godkendte og Afviste henvisninger dækker over kategorierne "Godkendt" og "Afvist".

- **Region Syddanmark:** Afviste henvisninger består af kategorien "Afsluttet uden forløb". Henvisninger afsluttet uden forløb dækker over flere delkategorier, der ud fra datasættet ikke er mulige at underkategorisere. En større andel af delkategorierne dækker over afviste henvisninger. Dog kan det også gælde årsager såsom "Patient er begyndt på behandling et andet sted", "Patient har sagt nej til behandling" samt "Patienten er i igangværende forløb". Godkendte henvisninger dækker over kategorierne "Fysisk eller virtuel kontakt" samt "Venter på 1. kontakt". Andet dækker over "Venter på visitation/kontakt" samt "Afsluttet uden kontakt".

8.2.2 Opgørelse af aktivitetsdata

I Bilag A er henvisningsdata også opgjort i forhold til projektkommunernes projektaktivitetsniveau. Her er projektkommunerne inddelt i kvartiler efter aktivitetsniveau. For hver region præsenteres det årlige antal henvisninger i 2018 og 2021, som er henvist af kommunerne i den pågældende region, fordelt på kommunerne, som ligger i den henholdsvis laveste og højeste kvartil af projektaktivitet. Det samme er gjort for andelen af afviste henvisninger ud af det årlige antal henvisninger henvist fra kommunerne. Projektkommunerne i regionen er inddelt efter deres borgerrettede projektaktivitet i perioden 2019-2021. For Region Hovedstaden og Region Midtjylland er der øvrige kommuner, som ikke er indgået i projektet. Disse kommuners udvikling i henvisninger er ligeledes afbilledet som referencegruppe til kommuner med henholdsvis lav og høj projektaktivitet. Henvisningsdata præsenteres udelukkende for de projektkommuner, der har henholdsvis de højeste og laveste projektaktiviteter relativt til befolkningsantallet for 0-17-årige i de pågældende kommuner. Befolkningstallene er indhentet fra Danmark Statistik for 4. kvartal i hvert af de pågældende år. Projektaktiviteten er i hver kommune summeret på tværs af borgerrettede projektaktiviteter og på tværs af år, da data ikke tillader fordeling per år for alle aktivitetstyper og -opgørelser. Herefter er kommunerne inddelt i kvartiler efter deres aktivitetsniveau. Kategorien "Høj aktivitet" indeholder således de kommuner, hvor projektaktiviteten er i den øverste 4. kvartil, mens "Lav aktivitet" indeholder de kommuner, hvor projektaktiviteten er i den 1. kvartil. Projektkommuner med projektaktivitet i henholdsvis 2. og 3. kvartil er ikke præsenteret i bilaget.

Data er udvalgt for 2018 og 2021, da årene repræsenterer baseline inden projektopstart samt det afsluttende år med projektaktivitet netop for at undersøge udviklingen i antallet af henvisninger fra før projektopstart til slutningen af projektperioden. Da henvisningsdata for 2021 er opgjort til og med september 2021, er data for 2018 ligeledes korrigeret, så det udelukkende består af henvisninger henvist fra januar til september samme år. Da projektaktivitet er opgjort som et summeret antal på tværs af år, skal inddelingen af kommunerne i henholdsvis lav og høj projektaktivitet tages med det forbehold, at kommunerne ikke nødvendigvis har haft et kontinuerligt lavt eller højt aktivitetsniveau i hele perioden. I nogle tilfælde kan aktiviteten i en given kommune eksempelvis have været høj i ét år og lav i de resterende år.

Aktivitetsdata per region

- **Region Hovedstaden:** Projektaktivitet er opgjort som det samlede antal igangværende og afsluttede forløb for henholdsvis New Forest Parenting Programme, Forældrepiloter inddelt i henholdsvis gruppeforløb og individuelle forløb samt vejledning i læringsmiljø, FÅ STYR PÅ angsten, EMO-unge inklusive vejledning i læringsmiljø, SPIS og Selvskade i perioden marts 2019 til oktober 2021.
- **Region Midtjylland:** Projektaktivitet er opgjort som det samlede antal TRT-indsatser samt sparringsindsatser summeret på tværs af delprojekterne om *Angst og Depression* og *Skolevægning* i perioden 2019 til oktober 2021.
- **Region Nordjylland:** Projektaktivitet er opgjort som det samlede antal sager drøftet på henholdsvis faglige sparringsmøder og konsultative netværksmøder afholdt i perioden januar 2019 til og med september 2021.
- **Region Sjælland:** Det har ikke været muligt at inddele projektkommunerne i Region Sjælland ud fra deres aktivitetsniveau i perioden, da aktivitetsdata, grundet organiseringen af den fremskudte funktion, ikke er angivet på kommuneniveau.
- **Region Syddanmark:** Projektaktivitet er opgjort som det samlede antal sager per sparringsteam i perioden marts 2019 til oktober 2021.

Implement Consulting Group

Strandvejen 54

2900 Hellerup, Denmark

implementconsultinggroup.dk

Phone: +45 4586 7900

Email: info@implement.dk

CVR: 32767788

BANK: Danske Bank